

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

### Commissions parlementaires

#### Commission permanente des affaires sociales

Consultations particulières sur le projet de loi n° 39 — Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives (3)

Le jeudi 20 février 1997 — N° 59

Président: M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	115,00 \$
Débats des commissions parlementaires	325,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'aménagement et des équipements	105,00 \$
Commission du budget et de l'administration	75,00 \$
Commission des institutions	70,00 \$
Commission des affaires sociales	65,00 \$
Commission de l'économie et du travail	60,00 \$
Commission de l'éducation	40,00 \$
Commission de la culture	35,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	20,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	10,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec  
Distribution des documents parlementaires  
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195  
Québec, Qc  
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754  
Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des  
commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes  
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 20 février 1997

### Table des matières

#### Auditions

Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM)	1
Association canadienne pour la santé mentale, division du Québec (ACSM-Québec)	8
AMI Québec	17
Comité des usagers du centre hospitalier Robert-Giffard	24
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	33
Parrainage civique de la banlieue Ouest	40
Institut Philippe Pinel de Montréal	47

#### Intervenants

M. Rosaire Bertrand, président  
Mme Diane Barbeau, présidente suppléante

M. Jean Rochon  
M. Pierre Marsan  
M. André Gaulin

- \* M. Yvan Goyette, SPCUM
  - \* Mme Marie-Michèle Daigneault, idem
  - \* M. Léopold Vézina, ACSM-Québec
  - \* Mme Ella Amir, AMI Québec
  - \* Mme Elizabeth Tremén, idem
  - \* M. Pieter Boudens, idem
  - \* Mme Lorna Moscovitch, idem
  - \* Mme Kathleen Simpson, idem
  - \* M. André Perreault, Comité des usagers du centre hospitalier Robert-Giffard
  - \* Mme Michèle Sheaff, idem
  - \* M. Éric Bilocq, idem
  - \* M. Réjean Girard, idem
  - \* Mme Denise Lévesque-Boudreau, OIIQ
  - \* Mme Andrée Duplantie, idem
  - \* Mme Céline Pilon, idem
  - \* Mme Mary Clare Tanguay, Parrainage civique de la banlieue Ouest
  - \* Mme Suzanne Desparois, idem
  - \* M. Paul Landry, idem
  - \* M. Paul-André Lafleur, institut Philippe Pinel de Montréal
  - \* Mme Jocelyne Brault, idem
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 20 février 1997

## Consultations particulières sur le projet de loi n° 39

*(Dix heures cinq minutes)*

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Nous recommençons nos travaux. Je vous rappelle simplement le mandat de la commission. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à des consultations particulières et tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 39, Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne) sera remplacée par M. Thérien (Bertrand).

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Nous recevons la représentante et le représentant du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. Je crois comprendre, M. Goyette, que c'est vous qui allez débiter la présentation et présenter la personne qui vous accompagne. Mais avant, j'aimerais demander à mes collègues des deux côtés s'ils accepteraient une motion de prompt rétablissement et de retour le plus rapide possible à la santé au député de Nelligan et vice-président à la commission, M. Russell Williams. Je pense bien que c'est adopté unanimement. Alors, Mme la secrétaire... Si vous voulez y aller, s'il vous plaît.

## Auditions

## Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM)

**M. Goyette (Yvan):** Merci. Alors, je me présente...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Allez-y.

**M. Goyette (Yvan):** Je me présente: Yvan Goyette. Je suis adjoint à l'assistant-directeur de la Direction de la gendarmerie, au Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. Je suis accompagné de Me Marie-Michèle Daigneault, de la division des Affaires juridiques de notre Service.

Le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal est très heureux de répondre à l'offre qui lui a été faite de participer à cette consultation sur le projet de loi n° 39 touchant la protection des personnes atteintes de maladie mentale. Dans un premier temps, nous tenons à vous rappeler que les plus grands centres

spécialisés dans le domaine au Québec, soit les centres hospitaliers Louis-Hippolyte-LaFontaine, Douglas ainsi que l'institut Philippe Pinel, sont situés sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal.

Les policiers de la CUM répondent annuellement à plus de 13 000 appels de services pour des personnes blessées ou malades, dont plus de 3 000 de ces appels touchent des personnes atteintes de problèmes psychologiques. Le Service de police n'a pas la prétention d'être expert en droit ou en psychiatrie, mais ses nombreuses interventions avec des personnes atteintes de déficience intellectuelle ou de maladie mentale en font un intervenant de grande expérience. D'ailleurs, afin de formuler nos commentaires sur ce projet de loi, nous avons procédé à une consultation auprès de nos policiers qui sont impliqués quotidiennement auprès de ces personnes.

C'est aussi dans ce contexte que le Service de police de la CUM s'est attaché aux articles ayant un impact direct sur le travail policier. Le projet de loi n° 39 modifie grandement le rôle du policier, puisqu'il passe d'un rôle d'assistance à celui d'intervenant décisionnel.

D'abord et avant tout, nous croyons que la seule base de l'intervention policière est l'urgence et le danger que représente la personne pour elle-même ou pour autrui. Tout doit tourner autour de ce concept. Donc, toutes nos remarques tendront vers ce but. Nos remarques porteront sur trois aspects: la décision et le transport, la garde hors établissement et le problème particulier de la garde en établissement.

Quant à la décision et au transport, tout d'abord, nous sommes heureux que le législateur statue sur le pouvoir du policier de prendre une telle décision. Ainsi, même si déjà, au Service de police de la CUM, nous intervenons par devoir de protection de la vie et de la sécurité des personnes, en se basant, entre autres, sur la «common law», la Loi de police, la loi de la CUM ou la Charte des droits et libertés de la personne, il est bon qu'enfin une loi donne clairement ce pouvoir de décision aux policiers et évite ainsi toute contestation quant à sa légitimité.

Quant à la décision quant aux paramètres de l'exercice de cette fonction, soit cette prise de décision, la base de l'intervention étant le danger pour la personne elle-même ou pour autrui, le policier ne doit pas intervenir sur simple requête de la famille ou d'un proche ou pour seule raison de maladie mentale, mais bien si, en plus, il y a cette notion d'urgence et de danger.

Nous voudrions, par cette recommandation, éviter toute forme d'abus possible dans laquelle certaines personnes pourraient être tentées de tomber. On ne voudrait pas prétendre à la malhonnêteté des gens, mais l'expérience nous démontre qu'en certaines occasions les membres de la famille ou les proches peuvent vivre des

situations pénibles et avoir besoin de support, support qu'ils ont, à l'occasion, de grandes difficultés à obtenir, amenant ici une tentation de s'appuyer sur des moyens légaux ou encore sur la police pour obtenir un répit.

• (10 h 10) •

Par contre, la loi doit prévoir que le policier puisse aussi agir de son propre chef lorsqu'un danger existe, alors sans demande de la famille ou d'un proche. À titre d'exemple, la demande de qui le policier devrait-il attendre pour intervenir auprès d'un itinérant, auprès d'une personne seule ou d'une personne hors de son milieu familial? Ce sont là des pouvoirs qui existent déjà et que le policier doit continuer d'exercer.

Quant au besoin d'assistance, le policier n'a pas toutes les connaissances requises pour appuyer son jugement et n'est pas l'expert en ce domaine, nous le reconnaissons. Le policier a donc besoin d'aide pour mener à bien ce genre d'intervention, car c'est lui qui est sur le terrain et qu'il ne faut pas oublier qu'ultimement il pourrait être contraint à l'utilisation de la force et à la privation de liberté d'une personne, du moins pour le temps de l'amener à l'hôpital. C'est donc une décision très importante et souvent prise dans un contexte très émotif.

Nous considérons donc comme un besoin, premièrement, de clarifier la notion de danger imminent. Un récent jugement du juge Morton Minc, de la Cour municipale de Montréal, nous porte à croire en la nécessité de cette demande. Dans ce dossier, deux policiers et deux ambulanciers répondaient à un appel d'un homme qui disait vouloir mettre fin à ses jours. Ils constatèrent, arrivés sur les lieux, que l'homme était incohérent et qu'il semblait intoxiqué par l'alcool. De plus, les policiers remarquaient des couteaux sur la table du salon, qui pouvaient présumer que l'individu pouvait passer à l'acte. Ils décidèrent donc de le conduire à l'hôpital pour lui faire subir un examen psychiatrique, ce qu'il accepta dans un premier temps. Quelques instants plus tard, l'homme devint violent, se porta à des voies de fait sur les policiers et ambulanciers et leur proféra des menaces de mort. Le juge Minc déclara l'homme coupable de menaces de mort, mais l'acquitta des accusations de voies de fait en concluant que la vie du défendeur n'était pas immédiatement en danger et que les policiers n'avaient pas à l'amener de force à l'hôpital.

Deuxièmement, il est important de prévoir dans la loi une obligation d'assistance, par un médecin ou par un spécialiste, afin d'évaluer l'état mental d'une personne, puisque cette question relève essentiellement du domaine de la médecine et non de celui de la police. Ainsi, dans certains cas douteux, il serait avantageux que le spécialiste se déplace sur les lieux d'un événement afin de constater l'état de son patient en crise plutôt que d'attendre de le voir à l'urgence de l'hôpital alors que l'effet de crise a pu diminuer, voire même être presque inexistant.

Présentement, un projet conjoint entre le Service de police de la CUM et le CLSC des Faubourgs, au centre-ville de Montréal, appelé Urgence psychosociale,

prévoit le déplacement de travailleurs sociaux, formés spécialement en maladie mentale, pour assister les policiers dans leurs interventions et même pour éviter une judiciarisation, dans bien des cas, qui s'avère inutile. Ces agents d'urgence psychosociale peuvent prendre en charge des personnes atteintes de maladie mentale et assurer les démarches pour apporter l'aide appropriée à ces personnes, et ce, 24 heures sur 24. C'est là un exemple de bonne collaboration entre deux services.

Troisièmement, nous voyons comme un besoin de prévoir une obligation d'assistance pour effectuer le transport. Le Service de police de la CUM, comme la majorité des services policiers, n'a plus l'équipement requis pour effectuer ce genre de transport en toute sécurité. L'effectuer peut devenir dangereux pour les policiers et pour la personne elle-même.

La majorité d'entre nous avons probablement vu récemment, aux différents bulletins de nouvelles, cet homme qui a enfoncé avec son véhicule la porte du parlement à Ottawa, et nous avons probablement tous vu ce qui est arrivé lorsqu'il a été placé dans l'autopatrouille des policiers et qu'il a brisé la vitre arrière à coups de pied. On ne voudrait pas ici présumer de l'état mental de cet homme, mais il nous a clairement démontré qu'il peut être dangereux de transporter une personne en état de crise violente pour elle-même et pour les autres. Ce même principe peut aussi s'appliquer lors du transport de personnes présentant un danger pour elles-mêmes et pour autrui. Il devient donc primordial que les services ambulanciers nous apportent l'assistance nécessaire à nos interventions et que cette obligation, tout comme pour le diagnostic, soit inscrite à la loi.

Dans le transfert de responsabilités décisionnelles, tel que prévu au projet de loi, la seule obligation du policier doit demeurer l'évaluation du danger pour transporter une personne vers un centre hospitalier. Le policier ne doit pas statuer sur l'état mental de la personne ni sur le besoin de garde de cette personne. Il n'est pas de sa compétence de le faire. Le policier ne doit donc pas être impliqué dans le reste de l'intervention qui relève plus du monde médical et où il y a plus de responsabilités et là où il n'a plus le contrôle de la personne. C'est pourquoi sa responsabilité s'arrête à la porte de l'hôpital, c'est-à-dire au triage.

Il devient alors hors de question que les policiers attendent deux, trois ou même quatre heures dans des salles d'attente d'urgence alors que les centres hospitaliers ont sur place du personnel qualifié pour prendre en charge de telles personnes. Ce n'est pas non plus la responsabilité policière que de faire le transfert d'un hôpital à un autre si un problème de surpopulation, par exemple, survient à l'endroit où la personne fut amenée, tout comme les policiers ne doivent pas devenir des agents de sécurité pour les hôpitaux. C'est, selon nous, une responsabilité qui incombe aux centres hospitaliers.

Pour continuer sur la responsabilité, le présent projet de loi confère des pouvoirs très larges aux policiers et des responsabilités très importantes dans des interventions très délicates. Nous n'entendons pas nous

défiler des responsabilités que nous donne la loi, mais il y a tout de même lieu de prévoir une clause de protection lorsque le policier agit dans l'exercice de ces fonctions que lui confie cette loi. Le législateur pourrait s'inspirer de l'article 257 du Code criminel qui prévoit, entre autres, une clause de protection pour le médecin qui intervient dans des cas de facultés affaiblies.

Quant à la garde hors établissement — ici, on se réfère à l'article 12 — le Service de police de la CUM n'entend pas s'immiscer dans le domaine de la médecine. Cependant, nous demandons que certaines normes s'ajoutent quant à la garde hors établissement et, plus spécifiquement, dans les congés que le médecin traitant peut accorder à son patient. Entre autres, nous demandons de recevoir par écrit, possiblement par télécopieur, l'endroit où séjourne la personne qui reçoit un congé. De plus, des informations sur l'état ou les troubles particuliers de la personne en séjour externe renseigneraient les policiers adéquatement en cas d'intervention auprès de ces personnes. Un mécanisme d'accès à ces renseignements doit donc être prévu.

Nous demandons aussi que l'avis de révocation ne soit justifié que par des motifs de danger pour le patient ou son entourage. Le policier ne doit pas intervenir si sa seule question est le bénéfice que retire la personne de cette permission de séjour externe, ce qui n'est pas dans ses fonctions ni dans sa mission qui, nous le rappelons, est d'assurer la paix et la sécurité des citoyens.

Le policier ne saurait devenir un exécuter aveugle du traitement, tout comme le policier ne doit être partie à l'intervention médicale ou encore devenir un chauffeur de taxi. Sur ce point, une récente décision de la Cour supérieure nous préoccupe beaucoup. Cette décision ordonnait aux policiers de conduire une personne à l'hôpital à tous les deux jadis afin qu'elle reçoive un traitement et qu'elle soit ensuite ramenée chez elle, ce qui nous semble totalement contraire au mandat de la police. Or, de telles décisions sont de plus en plus fréquentes.

De plus, l'avis de révocation ne doit pas être utilisé comme élément de chantage où, au moindre défaut de se conformer aux conditions de ces congés, on fasse intervenir la police pour corriger la situation. Dans ce même contexte, nous demandons que l'avis de révocation soit transmis par écrit aux policiers, tout en spécifiant les motifs de cette révocation. Et nous insistons pour souligner que ces motifs doivent être basés uniquement sur les dangers inhérents au prolongement du congé. À défaut de recevoir ces informations par écrit, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal n'interviendra pas.

Quant au problème particulier de la garde en établissement, le Service de police de la CUM désire profiter de cet exercice de consultation pour demander au législateur de prévoir dans la loi l'obligation pour l'institution hospitalière d'exercer une surveillance adéquate de ses patients. Nous comptons un nombre presque exagéré de rapports de fugues ou de disparitions

dans les institutions hospitalières qui, par ailleurs, n'ont pas de système ou d'habitude de contrôle. La majorité des institutions ont des agents de sécurité qui n'ont pour mandat que la sécurité de l'édifice et non celle des personnes qui s'y trouvent. Ces agents assistent régulièrement impuissants au départ de patients, puis communiquent avec les services policiers. Nous connaissons même des situations où le personnel hospitalier refuse d'intervenir pour ramener un patient, sous prétexte qu'il se trouve à l'extérieur de l'édifice, même s'il est sur les terrains de l'institution, et à ce moment-là on fait appel aux policiers.

• (10 h 20) •

Il ne faut pas perdre de vue que l'ordonnance de cure émise par la cour interpelle d'abord et avant tout l'institution, les agents de la paix ne jouant dans l'exécution de cette ordonnance qu'un rôle accessoire quant au transport de la personne. La responsabilité première du maintien en établissement revient donc essentiellement aux institutions. Ainsi, nous ne saurions intervenir systématiquement afin de chercher une personne alors que l'établissement fait preuve de négligence évidente ou que cette même personne ne représente pas de danger immédiat pour elle-même ou autrui. Or, si on garde en institution des personnes, c'est soit parce que leur état de santé le requiert, qu'elles ont besoin de traitement, ou parce qu'elles représentent un danger soit pour elles-mêmes ou pour autrui. Donc, il revient aux institutions d'assurer un contrôle adéquat. Enfin, ce n'est pas parce que les institutions font appel à la police qu'elles obtiennent l'immunité sur le plan civil.

En conclusion, nous tenons à dire que nous sommes conscients que le policier a un rôle important à jouer dans ce domaine de l'intervention auprès de la personne atteinte mentalement, mais qu'il ne saurait le faire seul, ne saurait le faire sans les outils nécessaires, ni ne saurait le faire s'il n'est pas considéré comme un intervenant à part entière. C'est pourquoi nous demeurons disponibles pour toute étape subséquente de discussions sur le projet de loi et offrons toujours notre collaboration aux différents intervenants du milieu. Ce n'est que par une telle collaboration que nous pourrions, tous ensemble, offrir le meilleur service à ceux qui en ont besoin. Je vous remercie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. J'inviterais maintenant M. le ministre à commencer l'échange.

**M. Rochon:** Merci. Merci beaucoup pour votre présentation et votre mémoire. Je pense qu'on sait que les policiers sont, au cours des dernières années, devenus des collaborateurs importants et ont aidé les gens dans des situations parfois très difficile. C'est la première fois que, sur la base de cette expérience, d'ailleurs, l'agent de la paix apparaît dans le texte de loi. Alors, c'est important qu'on connaisse votre point de vue et qu'on puisse bénéficier de votre expérience en la matière.

J'aurais trois questions autour de l'article 8 — je pense que c'est assez charnière dans votre présentation et dans votre implication — dans le but de bien préciser votre lecture de l'article et ce que vous nous recommandez, et ça touche vos recommandations 1, 2 et 4, en fait. La première recommandation que vous nous faites est à l'effet que le policier, l'agent de la paix, puisse évaluer par lui-même la présence du danger imminent. Ma lecture de l'article était — tel qu'il est dans le projet de loi — que c'est ce que ça veut dire ou ce que ça essaie de dire. On dit: «Un agent de la paix peut, à la demande [...] et s'il a des motifs sérieux de croire que l'état de santé mentale présente un danger imminent». S'il a des motifs de croire et l'étant, l'agent de la paix, je pense.

Alors, ma question: Est-ce que vous voulez que ce soit encore plus explicite ou dit autrement? Est-ce que c'est assez clair ou pas, comme notion?

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** Le problème qu'on voyait dans la rédaction, c'est qu'on semblait peut-être imposer un double critère, à savoir: à la demande de la famille et si l'agent de la paix a des motifs sérieux de croire. Donc, on se disait: On ne voudrait pas que l'agent de la paix, dans des cas, par exemple, d'itinérance ou d'une personne qui est seule, soit pris avec un double critère d'attendre toujours la demande de la famille. Il faut que ce soit possible à la demande de la famille, tel que prévu à 8, mais il faudrait que ce soit possible aussi seulement si lui seul a des motifs sérieux.

**M. Rochon:** Oui. Ça, c'est votre deuxième recommandation...

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** C'est ça.

**M. Rochon:** ...qui touche ça. Mais votre première dit...

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** Ah!

**M. Rochon:** ...spécifiquement: Pour éviter toute forme d'abus — je lis votre texte...

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** Oui

**M. Rochon:** ...nous croyons donc primordial que la demande d'une famille de transporter une personne en établissement contre son gré soit supportée par l'évaluation du policier quant à la présence du danger imminent. Et ma lecture de l'article, c'est ce qu'on dit, c'est que, si le policier a des motifs sérieux de croire qu'il y a un danger imminent, c'est lui un peu qui décide de ça, comme dit l'article.

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** O.K. Donc, ce serait la première situation.

**M. Rochon:** Oui, ça, j'ai l'impression qu'on se rejoint là-dessus.

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** Oui.

**M. Rochon:** Bon. Ma deuxième question faisait référence plus à ce que vous venez de dire, que le policier, l'agent de la paix puisse intervenir même s'il n'est pas sollicité.

Ma question, à ce moment-là: Est-ce que ce n'est pas déjà la situation, que, dans le mandat qu'a un agent de la paix, dans les pouvoirs qu'il a... si, dans un endroit public, il en arrive à la conclusion que le comportement d'un individu peut constituer un danger imminent pour lui-même ou pour quelqu'un d'autre, que l'agent peut et même doit intervenir? L'article 8 vient rajouter plutôt la possibilité pour l'agent de la paix d'intervenir dans des endroits privés où, normalement, il ne doit pas se retrouver, à moins qu'on ne l'appelle.

L'idée, je pense qu'on est assez d'accord que l'agent de la paix puisse intervenir par lui-même s'il constate un danger imminent, mais mon impression était que c'est déjà un pouvoir et un mandat qu'il a pour toute personne et pas nécessairement une personne qui a un problème de santé mentale, qu'il n'a même pas à juger quel est le problème derrière le comportement dangereux. C'est l'imminence du danger qui doit être jugée.

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** De fait, sur la base, et comme on le répétait, des pouvoirs de «common law», des devoirs, même, de «common law» qui sont imposés, même de la Charte, à l'article 2, la Charte québécoise qui nous oblige à porter assistance à une personne qui est en péril, par exemple, ou à aller chercher de l'assistance, ce que souvent les gens font, ils vont chercher les policiers dans des cas où ils sont démunis, de fait, ce sont des pouvoirs et des devoirs que le policier a.

Par contre, je vous dirai qu'on a souvent des demandes... Bon, mon pouvoir, pourquoi on ne le clarifie pas spécifiquement que j'ai le pouvoir de faire ces gestes-là? Parce que, pour leur dire, aux policiers et aux services, que, oui, vous avez le pouvoir, il faut faire le détour par la «common law», par la Charte des droits et libertés, par notre loi constitutive, la Loi de police et la loi sur la communauté urbaine, qui viennent dire: Vous avez un devoir de protéger la vie et d'assurer la sécurité des gens. Et là on leur dit: Vous avez cette base-là, oui, pour exercer ces devoirs-là. Et, en plus, vous avez, bon, le Code civil qui vous dit: En cas de danger, oui, vous pouvez amener la personne contre son gré.

Mais imaginez que, évidemment, ça fait beaucoup de détours à faire et, nous, ce qu'on voyait comme opportunité, c'est que, si, de fait, on prend la peine de l'inscrire maintenant dans une loi que, oui, à la demande de la famille, on peut intervenir, bien, profitons de l'exercice pour clarifier que le policier aussi, qui a des motifs sérieux, peut agir. Parce qu'il peut être appelé à agir à l'égard d'une personne seule, même dans un endroit privé.

Là, on prend, par exemple, la personne suicidaire ou la personne qui est barricadée, ou des choses comme

ça. Donc, aller dire aux policiers: Oui, vous pouvez intervenir, faire un périmètre, aller même ouvrir la porte, dans certains cas, pour chercher ces gens-là qui sont peut-être en état de crise, en disant: Bien, c'est votre devoir général... Il y a toujours une interrogation sur la source du pouvoir, autant chez les policiers que chez d'autres intervenants.

Donc, on croit important de profiter de l'exercice de la rédaction du projet de loi pour le clarifier.

**M. Rochon:** O.K. Alors, là, il faudrait peut-être voir avec les spécialistes si ce projet de loi là est le bon véhicule, parce que celui-ci est spécifique sur la protection d'une personne qui a des problèmes ou des troubles mentaux.

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** Oui.

**M. Rochon:** Je pense que, si je comprends bien, la situation à laquelle vous réferez est plus générale, est pour toute personne dont le comportement pourrait nécessiter une intervention. Sans préjuger ou présumer que c'est un trouble mental; ça peut être un problème dû à l'alcool, à la drogue ou à n'importe quoi d'autre.

**M. Goyette (Yvan):** Il faut bien comprendre que, lors de l'intervention, il est difficile de demander aux policiers d'évaluer si la personne...

**M. Rochon:** C'est ça.

**M. Goyette (Yvan):** ...est bel et bien atteinte de maladie mentale, ou si ce n'est pas d'autres troubles, ou si elle n'est pas intoxiquée, ou autre, ce qui laisse une zone grise.

**M. Rochon:** O.K. Mon point est plus qu'il faudrait voir si c'est vraiment cette loi-là ou une loi de portée plus générale sur les mandats et pouvoirs de l'agent de la paix qui sera le bon véhicule pour ça. Mais je comprends très bien maintenant ce que vous recommandez.

● (10 h 30) ●

Finalement, votre quatrième recommandation, qui dit que «la notion de danger imminent pour elle-même ou pour autrui devrait être circonscrite dans le texte même de la loi puisqu'elle amène de nombreuses interprétations»... Là, j'ai peut-être manqué, au moment de votre présentation, mais est-ce que vous avez des suggestions ou... Quand vous dites «mieux circonscrite», ça voudrait dire quoi exactement, et comment?

Et, plus spécifiquement, vous recommandez ici, vous proposez que, à la suite d'une recommandation dans le même sens que la vôtre, on pourrait s'en référer à des balises qui ont été... ou une définition... les critères pour juger de l'imminence d'un danger qui ont été proposés par, je pense, ce qu'on a appelé la Conférence sur l'uniformisation des lois au Canada. Est-ce que vous êtes familiers avec ce document et est-ce que c'est à ce

genre de balises que vous pensez, ou avez-vous d'autres suggestions plus précises à ce sujet?

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** De fait, ce serait ce genre de critères qui, évidemment, quand on fait une énumération qui n'est pas nécessairement exhaustive... On ne peut pas couvrir toutes les possibilités, sauf que l'agent a besoin d'avoir, comme vous dites, des balises pour agir. C'est sûr que, dans des situations de crise ou de danger, il y a toujours une part d'appréciation qui entre en jeu, sauf qu'il faut guider l'agent de la paix.

L'exemple qu'on vous donnait du jugement récent où on arrive sur les lieux, la personne a des couteaux sur la table du salon et dit: Je vais me tuer, je vais me tuer! les ambulanciers et les policiers disent qu'il y a un danger et tentent d'amener la personne. On arrive avec des jugements où on nous dit: Non, il n'y avait pas de danger imminent. On peut prendre un autre exemple. On a eu, avant les Fêtes, le monsieur, dont j'oublie le nom, qui était allé signaler aux policiers que son ami allait peut-être se suicider. Là, les policiers ont évalué qu'il n'y avait pas de danger. Et finalement, malheureusement, la personne est passée à l'acte.

Donc, c'est sûr qu'on ne peut pas arriver avec des critères stricts, mais il faut avoir des paramètres d'intervention supportés, évidemment, par... peut-être l'intervention de spécialistes et une plus grande disponibilité des spécialistes sur les lieux comme, entre autres, dans le cas du projet avec le CLSC des Faubourgs où on a des gens disponibles et qui vont vraiment connaître la problématique de l'intervention dans ce domaine-là et qui vont compléter, de fait, l'intervention de l'agent de la paix à ce moment-là.

**M. Rochon:** Juste une complémentaire qui me vient avec votre dernier commentaire. Est-ce que, dans la pratique, surtout à Montréal, il s'est développé une certaine collaboration avec des groupes communautaires ou des groupes qui se spécialisent dans des interventions de crise?

**M. Goyette (Yvan):** Effectivement, il y en a, particulièrement dans le domaine de la formation où actuellement on a établi une nouvelle session de formation et qui est en collaboration avec un organisme qui gère des centres de crise, l'organisme Tracom. Il y a aussi des tables de concertation. Il y a aussi des comités de travail. Il y en a un auquel le ministère de la Sécurité publique siège aussi, qui est un groupe de travail à évaluer toutes les interventions policières qui sont faites avec des gens ayant des problèmes d'ordre psychologique ou ayant des tendances suicidaires. On a aussi ce comité qu'on appelle Urgence psychosociale, qui travaille avec le CLSC. Il y a des accords aussi dans l'ouest de l'île de Montréal avec l'hôpital Douglas, où il y a de très bonnes ententes. Il y a de la collaboration avec les organismes communautaires et les organismes publics et parapublics.

**M. Rochon:** O.K. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Oui. À mon tour de vous remercier bien sincèrement. D'abord, si vous le permettez, M. le ministre et M. le Président, je voudrais juste faire une courte digression. J'avais le privilège, je pense, la semaine passée de participer à l'ouverture des postes communautaires dans les villes de Dollard-des-Ormeaux et de Pierrefonds, dans mon comté évidemment. Je voudrais souligner l'excellent travail qui est fait par l'ensemble des policiers qui sont associés de près ou de loin à cette nouvelle philosophie.

Je voudrais aussi souligner le leadership de votre chef, M. Jacques Duchesneau, qui permet aujourd'hui, je pense, à beaucoup de jeunes et de citoyens d'avoir une relation qu'on peut qualifier sûrement de beaucoup plus humaine et non pas seulement dans le cadre qu'on connaît habituellement, le cadre d'intervention des policiers. Alors, je pense que c'est à l'honneur de tous ceux qui font partie de la police de la CUM et j'en profite pour les remercier.

Le deuxième point, évidemment, c'est l'appréciation que nous avons de la qualité de votre mémoire que vous présentez aujourd'hui. Je voudrais peut-être d'emblée... Parce que j'ai entendu, à différentes reprises et aussi dans vos écrits, qu'il semble y avoir des difficultés entre les établissements de santé, ou certains établissements de santé, et après le moment où vous avez fait votre intervention. Lorsque vous devez rencontrer l'établissement de santé, vous faites allusion... Qu'arrivera-t-il lorsque les policiers amenant une personne mentalement troublée se verront refuser la prise en charge par les établissements? Et c'est important. Moi, pour un, je viens... J'ai une autre vie dans les établissements de santé et jamais... Ce n'était pas admissible de refuser un patient et c'est toujours comme ça qu'on a véhiculé auprès soit des différents pavillons psychiatriques ou des urgences qu'on pouvait avoir...

Alors, j'aimerais vous entendre sur ces difficultés-là. Vous faites référence aussi... À la page 10, vous parlez que «la nouvelle loi devrait prévoir que l'agent de la paix aura la responsabilité de la personne malade mentalement jusqu'à ce qu'il l'ait amenée à un établissement de santé et non jusqu'à ce qu'elle ait été prise en charge par cet établissement». Alors, c'est une nuance extrêmement importante. Et je voudrais vous entendre sur des difficultés que vous avez connues, par rapport aux établissements.

**M. Goyette (Yvan):** Alors, ce qu'on connaît actuellement, et c'est la raison pour laquelle régulièrement on s'assoit avec les directions des différents centres hospitaliers, c'est encore... dans certains centres, il va arriver que les policiers vont se présenter à l'urgence et devront attendre parce que le spécialiste n'est pas de garde ou parce que le spécialiste n'est pas sur place, ou

que, à l'étape du triage, on évalue que c'est une priorité 4 ou 5 et que le ou les policiers doivent attendre avec une personne à l'urgence pendant, des fois, trois, quatre, cinq heures. Il nous semble que ce n'est plus de notre responsabilité, à partir du moment où on arrive dans un centre hospitalier où les personnes responsables et les mieux placées sont normalement sur place, de prendre charge de ces personnes-là.

Ce n'est pas dans tous les centres hospitaliers, je vous l'avoue, et, lorsque la problématique se pose, il faut, dans bien des cas, s'asseoir avec les directions d'hôpitaux et voir comment on peut avoir une mécanique d'intervention, d'avoir, dans bien des cas, un genre de protocole d'entente pour accélérer le traitement lorsque les policiers arrivent sur les lieux. On ne tient pas à avoir un passage privilégié, mais on ne voudrait pas non plus être recalés parce que, dans bien des cas, lorsqu'on arrive à l'urgence avec une personne, elle a, bien des fois, décanté, si on veut, et elle est moins violente, donc sa situation devient moins urgente.

Alors, lorsqu'on arrive à l'étape du triage, bien des fois on est recalés et on doit attendre parce qu'on a encore cette obligation-là... On l'a amenée bien des fois contre son gré au centre hospitalier. On ne peut pas juste la laisser sur place, parce qu'on a encore cette responsabilité-là jusqu'à temps que le centre hospitalier en prenne charge. Alors, il y a une période de temps un peu flottante, mais qu'on aimerait voir écourtée.

**M. Marsan:** Est-ce que cela vous aiderait si nous inscrivions dans le projet de loi une liste d'établissements qui d'emblée auraient vraiment l'obligation de vous recevoir et, évidemment, de recevoir le patient pour qu'il puisse être aidé? Est-ce que vous verriez ça comme un ajout, une bonification au projet de loi?

**M. Goyette (Yvan):** Oui. Même ce n'était pas directement inscrit dans le projet de loi, s'il y avait des ententes, par la suite, supportées par les instances gouvernementales, ça aiderait, oui, effectivement.

**M. Marsan:** Peut-être un peu... dans la même ligne encore, puis je vais arriver à certains articles du projet, ensuite. Mais, par rapport à votre mandat, vous nous avez aussi mentionné qu'on vous a fait faire — peut-être pas nécessairement à vous, là, mais à d'autres agents — des transferts d'un hôpital à un autre. Vous jouez, à certains moments, aux agents de sécurité, et contre votre gré, j'imagine, dans les hôpitaux. Et on sait que les hôpitaux ont les budgets pour des services de sécurité. Là aussi, j'aimerais vous entendre juste nous parler de cette problématique-là. «C'est-u» quelque chose qui arrive très, très souvent ou si c'est plutôt limité?

**M. Goyette (Yvan):** Malheureusement, c'est des situations qui arrivent très souvent, ce que, nous, on juge trop souvent, effectivement, dans la majorité des centres hospitaliers. Je pense que les agents de sécurité n'ont pas le mandat de contrôler ou de surveiller les

patients qui sont dans l'établissement, mais davantage d'assurer la sécurité de l'édifice, ce qui fait que, dans bien des occasions, ils voient les patients passer devant eux et ils n'ont aucun pouvoir, aucun droit d'empêcher que ces gens-là quittent l'institut. Du moment que les gens sont à l'extérieur, ils appellent la police et, dans bien des cas, on retrouve ces gens-là sur les terrains mêmes du centre hospitalier, quelquefois à quelques mètres de la porte d'entrée, mais personne ne veut aller les chercher, personne ne peut aller les chercher. Et là, on demande à la police de faire ce travail-là, de prendre ces gens-là et de les rentrer à l'intérieur. Plusieurs sont sous garde fermée et là on nous appelle pour nous dire: Bien, écoutez, on voudrait rapporter disparue telle personne. On regarde les moyens de contrôle que ces gens-là pouvaient avoir et ils sont presque inexistantes.

• (10 h 40) •

**M. Marsan:** Dans l'intervention des agents de la paix, à l'article 8, vous suggérez que la nouvelle loi devait donc permettre à l'agent d'intervenir de son propre chef lorsqu'il a des motifs sérieux de croire que la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Et, un peu plus loin, vous mentionnez: «La nouvelle loi devait donc obliger le personnel médical aussi à conseiller les policiers.»

Est-ce qu'il n'y a pas un certain paradoxe, là, où, d'un côté, l'agent peut intervenir, et ce serait votre volonté, puis, de l'autre côté, deux pages plus loin, vous nous dites: Bien, il peut intervenir, mais après le conseil d'un professionnel de la santé?

**Mme Daigneault (Marie-Michèle):** Lorsqu'on dit que l'agent doit intervenir lorsqu'il a des motifs sérieux, c'est évident que, dans des cas flagrants, la personne est en état de crise, elle est violente, etc., le policier va facilement acquiescer ces motifs sérieux. Par contre, il y a des situations de crise qui ne présentent pas nécessairement de manifestations extérieures qui sont si violentes que ça, mais où l'agent de la paix va être appelé à intervenir. Par exemple, soit par... Bon, on prend la notion de motif sérieux, là, il peut le faire seul, mais, évidemment, à la demande de la famille, par exemple, qui nous dit, par exemple, s'il ne prend pas sa médication, ou parfois c'est des hôpitaux aussi qui nous avisent. On parlait de fugue, tout à l'heure, la personne a quitté, il faut la retracer et, si elle ne prend pas ses médicaments, là, dans deux heures, ça va devenir dangereux, etc.

Donc, à ce moment-là, on a besoin de cet avis-là, soit de l'institution ou on peut arriver, par exemple, sur les lieux d'une personne, on voit une personne qui est seule et avoir besoin, dans ce qu'on appelle les cas douteux, de ce support-là, de l'intervention du spécialiste ou du médecin pour nous dire: Oui, c'est sérieux. Donc, pour acquiescer ces motifs-là, à ce moment-là. Parce que ce n'est pas toujours, évidemment, ou tout blanc ou tout noir.

Donc, c'est dans ce sens-là qu'on dit «lorsqu'on a besoin d'aide». Il faudrait, à ce moment-là, que, oui,

on ait cette aide-là. Dans certains cas de fugues, par exemple, on a déjà vu un psychiatre appeler les policiers et dire: Écoutez — on parle des congés externes, là — il est en congé, là, la famille nous avise, il ne prend plus ses médicaments, il va devenir dangereux, etc. Allez le chercher, mais ne lui dites pas que c'est moi qui vous ai appelé parce que ça casserait le lien de confiance qu'on a, etc.

Sauf qu'il reste que pour intervenir, à ce moment-là, il faut quand même avoir... Tu sais, pour bâtir nos motifs sérieux, si on arrive face à cette personne-là, probablement que la personne va être très calme, ne présentera pas de signe de crise, etc., mais, de fait, elle présente un danger. Donc, c'est dans des situations comme ça où on a besoin d'avoir le support du personnel, soit psychiatrique ou des spécialistes. Dans le cas de la collaboration avec le CLSC des Faubourgs, ce sont des travailleurs sociaux qui sont très près de ces personnes-là.

**M. Marsan:** Si on va dans le sens de l'article 8 où on veut donner un pouvoir accru aux agents de la paix, croyez-vous que la formation actuelle des agents est suffisante ou si vous croyez qu'il faudrait ajouter ou bonifier la formation par rapport à la problématique spécifique des patients qui souffrent de problèmes en santé mentale?

**M. Goyette (Yvan):** C'est sûr que, si on ajoutait ça à la loi, nous, il faudrait prévoir un plan de formation. Déjà, on en a un qui débute, où, dans le cadre de la police de quartier, nos 290 sergents et 290 agents seniors vont être formés davantage avec la problématique des gens suicidaires, ou des gens ayant des problèmes d'ordre psychiatrique. Mais il faudrait aller alors encore un peu plus loin, et ça, on est prêt à le faire, sans faute.

**M. Marsan:** O.K. Une dernière question, M. le Président. J'imagine que, comme tout le monde, vous lisez les journaux, vous voyez ce qui se passe un peu dans différents milieux, comme celui de la santé. Vous avez sûrement pris connaissance du fait qu'on veut réduire le nombre de lits disponibles pour les patients en santé mentale de 6 000 à 3 000. Est-ce que ça a suscité des inquiétudes chez vous, particulièrement au niveau des conséquences sur l'itinérance, sur souvent la violence, en tout cas, sur le cercle vicieux qui est associé un peu à ces patients-là qui n'ont pas toujours les ressources alternatives au moment où on procède à la fermeture de lits?

**M. Goyette (Yvan):** Effectivement, on le vit même actuellement parce que déjà cette philosophie-là est enclenchée depuis plusieurs années. Oui, on le voit. On a à faire beaucoup plus souvent avec ces gens-là. On vous parlait en tout début de notre présentation d'environ 3 000 appels-année. Il y a quelques années, il y a moins de 10 ans, c'était à moins de 1 000 par année. Alors, oui, notre nombre d'interventions augmente rapidement parce que bien des fois ces gens-là

se retrouvent avec un soutien familial et, dans bien d'autres cas, le soutien familial fait aussi défaut. Alors, on a à intervenir plus fréquemment. C'est sûr que plus on va enlever de ces gens-là sous un certain contrôle en institution, plus on va avoir à intervenir régulièrement avec ces gens-là.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. Est-ce qu'il y a d'autres questions? M. le député de Robert-Baldwin, pour votre conclusion.

**M. Marsan:** Oui. Alors, évidemment, un gros merci pour l'éclairage que vous apportez. Ça nous a permis aussi... L'échange nous a permis de déborder un peu du projet de loi puis de cibler les difficultés, comme au début de notre échange, sur l'intervention des policiers versus l'intervention dans l'établissement où il y a des difficultés certaines sur le mandat des policiers. On a parlé de transferts d'un hôpital à un autre, où on vous fait jouer un rôle d'agent de sécurité, mais surtout aussi sur le rôle accru qui est possible à travers le projet de loi. Moi, j'apprécie beaucoup votre réponse où vous confirmez qu'il y aurait des plans de formation. Donc, je pense que ça viendrait aider et ajouter une façon de régler un problème qui est extrêmement difficile. Alors, encore une fois, merci de votre éclairage, merci de la qualité de votre présentation.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre, pour votre conclusion.

**M. Rochon:** Oui. Merci. Alors, encore une fois, merci beaucoup. Je vais dire, là, que votre collaboration est particulièrement précieuse parce que la loi veut venir baliser une pratique, renforcer, encadrer une pratique qui s'est déjà établie et rendre le travail plus facile, j'espère, et plus sûre pour tout le monde, y compris pour l'agent de la paix.

Maintenant, je tiens à vous dire aussi qu'on est très conscient que ce projet de loi là, tout important qu'il soit, est un élément d'une politique et d'un programme beaucoup plus vastes. Comme vous le savez, dans quelques semaines, on va rendre publiques ce qu'on a appelé des orientations ministérielles qui visent essentiellement à développer de façon beaucoup plus intensive différents types d'interventions, par tous les moyens d'alternatives ambulatoires de ressources communautaires. Je pense que, ça, ça va vraiment dans le sens de ce que vous souhaitez, là.

Le projet de loi pourrait encadrer certaines pratiques, mais il faudra voir tout ce qui va venir dans le cadre de la politique et du plan d'action pour faire vraiment un programme complet sur lequel on va mettre un bon degré de priorité pour le mettre en oeuvre au cours des prochaines années. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mme Daigneault, M. Goyette, au nom de la commission, merci de votre présentation.

J'invite maintenant les représentants de l'Association canadienne pour la santé mentale (division du Québec) à se présenter.

(Consultation)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, M. Vézina, si j'ai bien compris, vous allez être seul.

• (10 h 50) •

**M. Vézina (Léopold):** C'est bien ça.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Alors, si vous voulez procéder à votre présentation de 20 minutes.

#### Association canadienne pour la santé mentale, division du Québec (ACSM-Québec)

**M. Vézina (Léopold):** Alors, M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs de la commission, incorporée depuis 1961, la division du Québec est un organisme bénévole et communautaire voué à la promotion de la santé mentale, à la prévention de la maladie mentale et à la réalisation d'activités de soutien auprès de toute la population. Actuellement, l'ACSM-Québec regroupe 12 filiales dans huit régions du Québec. Ensemble, elles forment la division du Québec dont le conseil d'administration se compose d'un représentant par filiale. Je suis le représentant du Saguenay et je suis président de la division.

À l'ACSM-Québec, nous croyons qu'il faut aider les personnes, les groupes et les collectivités à maintenir et à améliorer leur santé mentale et à exercer un meilleur contrôle sur leur vie. Également, nous croyons à la nécessité de faire la promotion des droits des individus et des collectivités en regard de la santé mentale. Nous croyons enfin qu'à travers notre mission et nos actions nous sommes un agent de changement pour l'amélioration et la qualité de vie des personnes dans leur environnement.

Nous voulons d'abord remercier la commission de l'Assemblée nationale de donner à l'Association pour la santé mentale, division du Québec, l'opportunité d'exprimer ses commentaires à l'occasion du dépôt du projet de loi. Nous devons adresser nos félicitations au législateur québécois qui, après bien des années de mise en chantier, propose enfin à la population une version dépourvue, rafraîchie, une réforme de la loi qui suit de peu l'adoption et l'entrée en vigueur des dispositions du Code civil.

Le nouveau projet de loi, intitulé Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale, veut compléter à sa face même, la disposition préliminaire est très claire, les articles du Code civil portant sur la garde par un établissement des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'examen psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde.

L'objet de la nouvelle loi, tout comme de l'ancienne, vise donc toujours à contrôler la dangerosité, pour elles-mêmes et pour autrui, des personnes dont l'état mental fait problème, en permettant leur garde et leur examen psychiatrique. Ostensiblement, les fins recherchées par la loi ne sont pas d'assurer le traitement des personnes qui présentent des troubles de santé mentale, le Code civil y pourvoit amplement.

Toutefois, de façon paradoxale, le titre de la loi ne s'arrime pas à l'objet recherché. En premier lieu, on annonce une loi sur la protection alors qu'en réalité on recherche surtout une loi sur le contrôle de la dangerosité. En second lieu, on entend protéger des personnes atteintes alors que, fondamentalement, on veut protéger autant leurs proches que la population. En troisième lieu, le titre de la loi mentionne expressément «maladie mentale» alors que très souvent, dans le corps même du texte, on utilise plutôt une expression différente: «l'état mental». Finalement, on annonce une loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale alors qu'on ne vise, somme toute, qu'une infime partie de ces dernières, surtout celles qui sont dangereuses.

Nous croyons que le législateur serait fort inspiré en remaniant le titre du projet de loi pour le rendre conforme aux attentes qu'il génère.

La nouvelle loi fait disparaître l'obligation de procéder à deux examens psychiatriques avant de conclure à la nécessité d'une garde en établissement. Si, après une première analyse, il nous apparaît malheureux que le Parlement renonce au principe de recourir obligatoirement à deux professionnels de la santé, dont le second serait nécessairement un psychiatre, nous devons néanmoins convenir, après plus ample réflexion, qu'en pratique l'examen du deuxième praticien se moulait à peu près toujours sur le premier, avec toutes les conséquences inhérentes.

Nous nous interrogeons toutefois vivement sur la légitimité d'une garde en établissement lorsqu'il aura été impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile et que l'examen psychiatrique sera effectué par tout autre médecin. Quoiqu'il faille ne voir dans cette expression aucune intention inavouable et qu'il nous apparaisse par ailleurs peu probable qu'un neurologue, orthopédiste, autre spécialiste, voire même un généraliste oeuvrant en obstétrique ne se voient demander, parce qu'ils ont pu acquérir un certain jour un fond de connaissances pertinent, de produire un rapport d'examen psychiatrique, nous croyons la chose possible en fait et en droit, en raison de la formulation actuelle de l'article 2.

Le législateur devrait, selon nous, conserver l'obligation de recourir à un second examen psychiatrique fait par un psychiatre, comme le prescrit l'article 12 de la loi actuelle, lorsqu'il est impossible d'obtenir pour le premier les services d'un psychiatre en temps utile et qu'un examen est fait par une autre catégorie de médecins. L'article 2 du projet de loi devrait être récrit en conséquence.

L'article 2 de la loi nouvelle, tout comme l'article 3 de l'ancienne, impose certaines règles de déontologie au médecin qui procède à l'examen psychiatrique. Toutefois, les deux textes divergent et, si l'on peut parler de progrès sous certains aspects, on doit convenir d'un recul à d'autres égards.

Le nouveau texte établit que l'interdiction vaut tant entre le médecin et la personne examinée qu'entre le médecin et celle qui fait la demande d'examen. Net progrès. Autre amélioration que la prohibition faite maintenant de procéder à l'examen psychiatrique de son conjoint. Nous sommes toutefois loin de croire que la possibilité maintenant donnée à un médecin de passer un examen psychiatrique à un allié, par exemple un beau-frère ou une belle-fille, comme à une personne qui n'est pas un proche parent, cousine, si elle ne résulte pas d'une erreur de rédaction, n'origine tout simplement pas d'une idée mal explorée.

Le deuxième alinéa de l'article 2 mériterait sans doute énormément d'être amendé, tant dans l'intérêt de la personne examinée que du médecin lui-même, mais aussi pour favoriser le maintien de rapports familiaux harmonieux. On pourrait lire utilement: «Celui qui fait l'examen ne doit être ni un conjoint, ni un parent, ni un allié.»

Nous avons rappelé plus haut que l'objectif recherché par la loi était de s'assurer que la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui puisse subir un examen psychiatrique. Le rapport d'examen psychiatrique visé à l'article 3 devrait, à notre avis, refléter cet aspect. Si l'on doit décider, en définitive, de la garde d'une personne dangereuse, le rapport d'examen devrait nécessairement comporter des points de référence, des détails, des éléments qui permettent au médecin de croire en la dangerosité et, par conséquent, en la nécessité d'une garde. Et non seulement d'y croire, mais aussi de l'affirmer noir sur blanc.

On nous semble effleurer du bout des lèvres la question. On paraît avoir peur d'écrire le mot «danger» dans l'un ou l'autre des six paragraphes de l'article 2. On pourra probablement affirmer, avec raison sans doute, que le paragraphe 4° répond justement et suffisamment à nos attentes. Toutefois, les paragraphes s'avèrent, dans l'ensemble, d'une portée beaucoup trop générale alors que nous nous trouvons au coeur même de la loi, là où se trouvent consignées les données objectives qui auront éventuellement pour effet de priver la personne d'un de ses droits les plus fondamentaux: la liberté.

Nous souhaiterions vivement que les paragraphes 4° et 6° soient modifiés pour tenir compte de ces observations en ajoutant, au paragraphe 4°, «plus particulièrement le danger pour la personne et pour autrui», et, au paragraphe 6°, «les questions posées à la personne, les réponses données».

Il a été dit que c'est l'état mental et le danger qu'il présente qui intéressent ici le législateur. Pourquoi, à ce compte, traiter de l'état mental de la personne, au paragraphe 3°, et de la maladie, au paragraphe 4°? Ne

serait-il pas approprié et plus cohérent d'utiliser constamment la même expression et, si deux réalités pourraient à la limite être visées, de le mentionner expressément? Nous suggérons en ce sens une autre correction au paragraphe: «son opinion sur la gravité de l'état mental, de la maladie s'il y a lieu».

Par ailleurs, constamment dans la même orientation du respect des droits fondamentaux de la personne, il nous apparaît impérieux qu'elle puisse juger a posteriori du sérieux de l'examen qui pourra avoir été effectué, en saisissant bien le moment précis où cet examen aura été pratiqué et la période de temps durant laquelle il se sera échelonné. Ces détails revêtent souvent une grande importance et mériteraient d'être rapportés au paragraphe 2° de l'article 3.

Nous avons vu que le législateur impose, à l'article 2, certaines règles déontologiques qui doivent présider aux examens psychiatriques. Dans cet ordre d'idées, nous croirions judicieux qu'un nouveau paragraphe soit ajouté à l'article 3, de manière à ce que le contenu du rapport d'examen fasse état du fait que le médecin n'est ni un conjoint, ni un parent, ni un allié de la personne qui subit l'examen ou qui en fait la demande. On pourrait ainsi y ajouter un paragraphe 7°.

● (11 heures) ●

L'expression «danger imminent» laisse place à beaucoup de subjectivité de la part de tous les futurs intervenants potentiels. N'y aurait-il pas lieu que le législateur, au lieu de s'en remporter au sens du dictionnaire, balise plutôt la signification de cette expression en la définissant de façon adéquate dans la loi ou en mettant dans cette dernière des points de référence suffisamment clairs qui permettront d'associer le danger à des comportements antisociaux auxquels pourrait se livrer la personne?

Par ailleurs, l'article 8 du projet de loi n° 39 permet à un agent de la paix, s'il a des motifs sérieux de croire que l'état de santé mentale d'une personne présente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui, de l'amener contre son gré auprès d'un établissement visé à l'article 6. La personne dont l'état mental fait problème selon cet article est traitée de la même façon que celle qu'on suspecte d'être une criminelle: on l'arrête sans mandat.

Nous croyons que, à compter du moment où la personne n'a plus d'autre choix que celui de se plier à la demande faite par l'agent de la paix, elle doit être considérée détenue au sens juridique de ce terme et que, par voie de conséquence, elle a droit, sans délai, d'en prévenir ses proches, de recourir à l'assistance d'un avocat et d'être promptement informée de ses droits, comme le stipule la Charte. Plus particulièrement, l'agent de la paix a, dans ce cas, l'obligation d'informer la personne de l'existence et de l'accessibilité des services juridiques pouvant lui être offerts. Non seulement l'agent de la paix a-t-il l'obligation de faire état des services, mais également l'obligation d'informer la personne de la façon d'y avoir accès.

L'agent de la paix doit, au surplus, s'assurer que la personne est en mesure de comprendre ses droits. Cet

agent de la paix se trouve en face d'une personne particulièrement démunie et vulnérable, et elle ne comprendra généralement pas la situation dans laquelle elle se retrouve. Dans le but de respecter ses droits fondamentaux, certes, mais également, de façon plus pragmatique, afin de lui permettre de diminuer de façon significative la tension importante générée par une telle situation, il nous apparaît éminemment souhaitable — et nous disons également constitutionnellement nécessaire — d'inscrire à l'article 8 du projet de loi les droits prévus à l'article 29 de la Charte.

L'article 12 du projet de loi introduit, afin de favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion d'une personne sous garde, la possibilité pour le médecin de lui permettre une absence temporaire à certaines conditions. On prend soin de préciser que la personne est toujours sous garde malgré ces absences temporaires et que le médecin peut révoquer cette permission sans préavis.

Est-il besoin de le rappeler, l'existence de l'examen psychiatrique et de la garde est prévue, au Code civil comme à la loi, pour contrôler le danger que présente pour elle-même ou pour autrui l'état mental de certaines personnes? Il n'y a aucune garde s'il n'y a pas au préalable, selon la loi, un danger originant de l'état mental d'une personne. À partir du moment où le médecin en vient à la conclusion, lors de l'examen, qu'un tel danger est encore présent, la garde se doit d'être maintenue. Si, au contraire, il n'y a plus aucun danger lorsqu'il procède à un examen périodique, le médecin délivre un certificat en ce sens, et la garde prend fin. En somme, ou la personne est dangereuse et elle est gardée, ou elle inoffensive et elle est libérée. Il n'y a ni demi-mesure ni autre façon de brasser les concepts.

Avec tout le respect dû au législateur, nous affirmons, sans trop de risques de nous tromper, que, avec l'introduction de l'absence temporaire dans la nouvelle loi, on confond garde et traitement et qu'on conditionne le second à la première. La garde en établissement, rappelons-le, n'est pas destinée à procurer à une personne des soins ou des traitements qu'elle refuse catégoriquement de recevoir. La requête du Code civil est: là pour répondre à ce besoin. La garde existe pour contrôler la dangerosité et la faire disparaître éventuellement.

Avec l'article 12, de droit nouveau, la garde semble se transformer malheureusement en instrument potentiel de chantage entre les mains du médecin traitant, instrument utilisé de façon à amener subtilement la personne atteinte à recevoir des soins requis ou non par son état de santé alors qu'elle n'est plus dangereuse. Nous ne pouvons pas concevoir qu'un médecin traitant puisse, en même temps, penser que l'état mental d'une personne atteinte comporte suffisamment de danger pour la garder en établissement et écrire dans un certificat motivé que sa présence temporaire en milieu ouvert ne présente pas de risques sérieux et immédiats. Le danger imminent est défini à la loi comme un péril grave et immédiat — défini entre guillemets, là. Nous trouvant devant ce que nous considérons comme la quadrature du

cercle, nous nous devons de nous prononcer contre l'introduction de la garde à distance ou absence temporaire en dépit des bonnes intentions que cette mesure présuppose.

Ceci dit, nous n'aurons pas besoin de préciser comment la seule idée de pouvoir maintenir au-dessus de la tête de la personne atteinte une épée de Damoclès semblable à l'éventuelle révocation du médecin traitant heurte nos instincts vitaux de défenseurs des droits et recours d'une telle personne. La détention lors de la garde provisoire nous apparaissant à la limite une catastrophe nécessaire et suffisante, il nous apparaît inutile d'en rajouter.

Nous sommes en accord avec le libellé actuel de l'article 15 du projet de loi s'il est tenu compte au préalable, à l'article 8, de nos remarques relatives à l'inclusion des droits inscrits dans la Charte, sinon il y aurait lieu d'intégrer à l'article 15 les correctifs déjà proposés à l'occasion de nos remarques.

Par ailleurs, le droit, pour une personne détenue, de pouvoir sans délai prévenir ses proches, de recourir à l'assistance d'un avocat et d'être promptement informée de ses droits ne nous apparaît d'aucune manière sauvegardé par l'inclusion partielle qui en est faite à l'article 16 du projet de loi. Le droit n'est pas exercé sans délai si on diffère son exercice de cette manière en ne l'imposant pas au départ à l'agent de la paix et en ne consacrant finalement son existence ou son exercice qu'au moment de la prise en charge de la personne par l'établissement ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements. Une telle attitude résulte probablement — encore une fois, nous espérons qu'il en soit autrement — d'une manifestation viscérale du préjugé à l'égard des personnes atteintes qui ne sont pas présumées en mesure de comprendre leurs droits.

L'article 18 du projet de loi n° 39 reprend, en le remaniant, le contenu de l'article 29 de la Loi sur la protection du malade mental. Si on peut ne pas s'inquiéter de voir disparaître la possibilité de communiquer en toute confidentialité avec certaines catégories de personnes, il faut se réjouir que la personne puisse bénéficier du même droit dans sa relation verbale ou écrite avec son représentant. Toutefois, selon nous, le terme «représentant», d'après ce que la loi mentionne, c'est plus la personne autorisée à donner le consentement si elle est incapable de le faire. D'ailleurs, cette interprétation nous apparaît très légitime, puisque le mot «représentant» est immédiatement suivi de l'expression «personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé».

Nous devons avouer notre déception, et ce, pour deux motifs. Nous comprenons très bien que la personne atteinte puisse communiquer avec son représentant ou la personne habilitée à consentir aux soins. La chose nous apparaît normale, que la personne sous garde soit apte ou non à consentir elle-même aux soins. Toutefois, les termes employés par le législateur perpétuent, selon nous, la perception, jadis légitime, mais aujourd'hui

erronée, selon laquelle la personne gardée en établissement est inapte à consentir aux soins ou à les refuser. Notre second motif de déception provient du fait que nous aurions souhaité que le législateur saisisse ici l'occasion offerte pour mettre en oeuvre l'une des orientations de la politique de santé mentale en permettant à la personne sous garde de pouvoir communiquer en toute confidentialité avec un représentant d'un organisme d'aide et d'accompagnement dans la défense des droits.

L'introduction de l'article 24 du projet de loi, relatif aux mesures de protection auxquelles il sera désormais possible de recourir, nous pose problème. Tout d'abord, il ne nous apparaît pas aussi évident qu'au législateur que la force, la contention, etc. soient des mesures de protection dans la réalité des choses ou dans la perception qu'en aura la personne atteinte. Dans le contexte actuel de l'assainissement des finances publiques et du virage ambulatoire, une telle disposition sera davantage assimilée à une mesure économique et à un moyen facile de soulager le personnel tout autant que l'établissement. Par ailleurs, nous voyons mal comment de telles mesures de protection, qui pourraient en réalité s'appliquer à toutes les personnes dangereuses, qu'elles soient atteintes ou non de maladie mentale, ne visent, en vertu de la loi, que les personnes qui en sont atteintes. Nous voyons mal également qu'on puisse édicter de telles mesures qui ne s'appliqueraient qu'à des personnes, sous garde ou non, dans une loi qui ne traite fondamentalement que d'examen psychiatrique ou de garde, alors que nous les verrions plutôt, compte tenu des remarques précédentes, dans une loi comme, par exemple, la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

● (11 h 10) ●

En définitive, il ne nous apparaît pas souhaitable que les mesures de protection que prévoit l'article 24 soient codifiées de quelque façon que ce soit. L'idée avancée par l'Association des groupes d'intervention en défense de droits semble souhaitable, plutôt intéressante, et nous l'endossons volontiers. Un groupe de travail au niveau ministériel composé de divers intervenants devrait être mis sur pied le plus rapidement possible de manière à analyser toute la problématique de l'isolement et de la contention et à se pencher sur les solutions de remplacement.

En conclusion, l'Association pour la santé mentale du Québec félicite donc le législateur pour son initiative de proposer une réforme de la Loi sur la protection du malade mental. Le geste s'imposait. Toutefois, tout comme l'être humain, le projet de loi nous semble perfectible à maints égards, et nous n'avons pas manqué de livrer au cours de nos remarques le contenu de certaines recommandations quant à des changements et améliorations à y apporter.

L'Association tient donc, par mon intermédiaire, à remercier la commission et elle espère que sa contribution très minime aux réflexions et travaux du comité aura pu apporter un éclairage utile et elle remercie vivement les membres de la commission des affaires sociales de leur intérêt.

**La Présidente (Mme Barbeau):** Merci beaucoup. M. le ministre.

**M. Rochon:** Oui, merci. Merci beaucoup, M. Vézina. Il y a peut-être deux ou trois éléments sur lesquels je souhaiterais qu'on précise un peu ce que vous nous recommandez. Ça vise d'abord l'article 8. D'abord, une remarque pour être bien sûr de comprendre ce que vous nous dites à la toute fin de la page 10 de votre mémoire, et je cite: «La personne dont l'état mental fait problème selon cet article est traitée de la même façon que celle qu'on suspecte d'être criminelle: on l'arrête sans mandat.»

Est-ce que vous comprenez vraiment et vous associez les mesures du projet de loi à une forme d'arrestation? Parce que je pense que l'intention était plus d'avoir la collaboration d'un agent de la paix qui peut agir, aider et collaborer sans nécessairement procéder à une arrestation. Il faudrait que ça soit très clair. Si le projet de loi, dans sa formulation, comporte une ambiguïté à cet égard, il me semble que ça serait important qu'on clarifie. Ce serait ma première question.

**M. Vézina (Léopold):** C'est une question très pertinente. Moi, je ne suis pas criminaliste, je suis un civiliste, je tiens à le dire quand même, mais, dans le cadre de la préparation de ce travail pour le compte de l'Association, j'ai consulté quand même d'autres personnes, et, à partir du moment, M. le ministre, où une personne atteinte se trouve devant un agent de la paix et qu'elle n'a plus d'autre choix que de se laisser amener à un centre hospitalier pour y recevoir les soins que requiert l'urgence ou le danger imminent qu'on appréhende, elle est privée de sa liberté. La personne, pour des motifs valables, non pas parce qu'elle a commis un acte criminel, mais parce qu'il y a un danger imminent qui se présente, se trouve privée de sa liberté, et, à partir de ce moment-là, il y a détention. Légitime, légale, mais il y a détention. À partir de ce moment-là, la personne doit se considérer comme n'importe quel autre détenu. Pas pour des motifs semblables, mais elle doit se considérer détenue, et c'est la raison pour laquelle on peut appliquer la Charte. Je comprends que la Charte québécoise stipule qu'une personne, à l'instant où elle est détenue, entre guillemets, voit l'application de la Charte se faire, mais il n'en reste pas moins qu'il faut que la loi sur la protection des personnes atteintes donne les mêmes droits.

Si vous remarquez, un peu plus loin dans la loi, rendue à l'établissement hospitalier, la personne malade va se voir donner ses droits. Par exemple, le centre hospitalier sera obligé — je le dis un peu plus loin dans mon mémoire — le centre hospitalier ou l'établissement, devrais-je dire, va être obligé de lui faire savoir qu'elle peut communiquer avec ses proches et un avocat, ajoutent-on. Sauf que vous voyez tout de suite qu'il y a un décalage entre le moment où ses droits lui sont communiqués, c'est-à-dire au moment où elle prise en charge par l'établissement, et le moment où, dans le fond, elle aurait été gardée provisoirement.

Alors, c'est la raison qui nous amène à inciter la commission à faire bien attention à cette question-là et à réfléchir davantage sur la question. Et on n'est pas les seuls, je pense, à se poser la question. Il nous semble que la personne, à partir du moment où elle se voit contrainte par un agent de la paix de le suivre et d'aller dans un établissement, elle est en détention.

**M. Rochon:** O.K. En fait, vous nous dites: Même si — dans la mesure où mon interprétation du projet de loi est correcte — c'est seulement en vertu de l'article 7 que, dépendant de la décision du médecin, il y a légalement, selon le projet de loi, détention, vous dites qu'il y a une détention de faite dans les minutes qui précèdent, dès le moment où on contraint la personne.

Mais là ma question, à ce moment-là, serait: Comment on peut réconcilier... Puis je peux voir la logique de votre argument, mais ma compréhension de cette mesure, là, qui a été introduite de pouvoir permettre à un agent de la paix d'intervenir est que, à l'expérience, on a eu beaucoup de situations, semble-t-il, où le comportement d'une personne pouvait être violent ou avoir d'autres aspects qui faisaient que la famille, les proches, l'entourage étaient dans une grande difficulté et qu'on devait appeler à l'aide pour amener une personne à l'hôpital dans le but de l'aider d'abord, et que souvent on a réalisé que c'est l'agent de la paix qui est peut-être le plus disponible, le mieux préparé professionnellement pour pouvoir faire affaire avec quelqu'un qu'on doit contenir un peu à cause de son comportement et le faire de la façon la plus minimale et la plus jaugée possible.

Comment on peut concilier, un peu, la réalité d'une situation où on veut mettre quelqu'un en situation pour qu'une décision soit prise en vertu de l'article 7? Oui ou non, il y a lieu à détention?

**M. Vézina (Léopold):** Je comprends que, à première vue, ça puisse comporter des difficultés, mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que l'agent de la paix, comme vous l'avez mentionné tout à l'heure dans l'autre intervention antérieure, va être appelé à intervenir non seulement dans des cas où il y a une problématique de santé en jeu, mais également dans des cas de violence conjugale, d'ivresse excessive — en tout cas, on en passe — de toxicomanie. Donc, à partir de ce moment-là, où il y a d'autres problématiques qui sont en jeu, ces problématiques-là amènent aussi d'autres formes de violence où la personne perd le contrôle, et est-ce qu'on peut penser sérieusement que la personne va comprendre mieux lorsque d'autres problématiques se présentent? Est-ce que l'agent de la paix qui va se présenter à d'autres personnes va se dispenser, parce que ce sont d'autres problématiques qui sont en cause, de faire connaître les droits de la personne? La Charte continue de s'appliquer, peu importe la maladie dont on est atteint, que ce soit une maladie physique ou que ce soit une maladie mentale. Et, moi, je répondrais de cette manière-là.

C'est évident que le policier, il ne faut pas trop lui en demander non plus. C'est que, quand il voit

arriver une situation d'urgence, il ne doit pas faire un cours pour savoir quelle sorte de problématique il a devant lui. Il est appelé à agir de façon urgente. Par contre, à partir du moment où il est sensibilisé aux droits de la personne devant lui, je pense qu'il peut l'informer utilement.

Je me souviens, il y a plusieurs années, dans ma pratique, un jeune homme m'avait appelé dans une situation semblable, et le fait de parler à un avocat, à l'époque, avait permis de diminuer beaucoup l'intensité de la crise. Ça ne l'a pas empêché, quand même, d'être conduit — parce que, je connaissais la loi, il n'avait pas le choix de suivre l'agent de la paix — mais ça m'a permis, par contre, d'aller le voir tout de suite à l'hôpital puis d'avoir un meilleur contact. Alors, moi, personnellement, je ne vois pas de difficulté majeure dans cette remarque-là.

**M. Rochon:** C'est ça. Donc, une personne peut communiquer avec un avocat, par exemple, même avant d'être transportée...

**M. Vézina (Léopold):** Oui.

**M. Rochon:** ...agir de façon plus préventive. O.K. Bien, je pense que c'est très clair puis que c'est une suggestion intéressante.

Au sujet, toujours, du même article, aussi à la même page de votre mémoire, vous suggérez que cette notion de «danger imminent» soit mieux définie. Pouvez-vous aller plus loin? Ou êtes-vous allé plus loin dans vos réflexions pour nous dire un peu comment, par quelle approche on pourrait le mieux la définir?

• (11 h 20) •

**M. Vézina (Léopold):** Bien, c'est des pistes que je suggérais à la commission. On avait comme un choix. On ne pouvait peut-être pas aller trop loin dans la définition. J'avoue que, à la question, tout à l'heure, j'aurais répondu non. Je ne connais pas le travail national sur la normalisation, peut-être. Toutefois, dans mon entourage, au niveau communautaire, c'est la remarque qui est apparue, c'est-à-dire que, autant que possible, moi, comme avocat, je regarde surtout, par exemple, la définition du dictionnaire, et éventuellement ce n'est pas mauvais...

**M. Rochon:** Oui.

**M. Vézina (Léopold):** Par contre, quand une personne comme un agent de la paix est confrontée à une situation semblable, elle aimerait peut-être plus qu'avoir le dictionnaire, et les pistes qu'on pourrait lui donner seraient sans doute, à la suggestion de l'Association canadienne, par exemple, des pistes comme des comportements antisociaux. Et, d'ailleurs, ça a été mentionné tantôt, les menaces de voies de fait, des paroles, c'est sûr, qui sont dites... Il peut y avoir des gestes.

Donc, on peut mettre des balises de cette manière-là sans aller — il faut faire bien attention

— trop loin dans les détails, puisqu'on pourrait créer une difficulté d'interprétation par la suite. Moi, le danger imminent — c'est pour ça que je faisais un petit peu le clin d'oeil à l'ancienne loi — c'est que, selon moi, c'était le péril grave et immédiat qui était dans l'ancienne loi. Ou, en tout cas, je l'appelle ancienne, mais elle est encore...

**M. Rochon:** La loi actuelle.

**M. Vézina (Léopold):** C'est ça. Et le péril grave et immédiat, quand même, était défini un peu, là. C'est sûr qu'il faut que ce soit quelque chose de plus que potentiel.

**M. Rochon:** O.K. Merci. Une dernière question, si vous permettez, au sujet du congé temporaire ou de la garde à distance. Ça, c'est votre recommandation 10, la dixième recommandation que vous faites, et vous en traitez à la page 12 de votre mémoire. Ça revient assez souvent, ça, des commentaires et des suggestions à ce sujet, et, personnellement, je dégage un peu le sentiment, comme une des personnes qui est venue nous rencontrer nous l'a dit d'ailleurs, qu'on a peut-être affaire à deux logiques: une qui est plus cartésienne et légale, selon laquelle, comme vous le dites bien dans votre mémoire, une personne doit ou pas être détenue et que, si les conditions de détention n'existent plus, il n'y a pas de raison de maintenir un lien de détention, par rapport à une autre logique qu'on a qualifiée peut-être plus de logique de soins ou de réintégration sociale, selon laquelle quelqu'un qui a eu un comportement qui a justifié, justement, une détention, parce que c'est de ça dont on parle...

En fait, je pense, notre projet de loi met plus clair que la loi actuelle que la personne est détenue non pas pour suggérer un traitement obligatoire, mais vraiment une détention de protection pour elle-même et pour d'autres, et on constate, semble-t-il, selon des thérapeutes, un peu comme on a pratiqué, je pense, pour des gens qui sont détenus pour d'autres raisons, que souvent une réintégration progressive peut faciliter, pour l'entourage, pour la famille, pour la personne, le processus de réintégration et que, contrairement, nous dit-on, à ce qu'on craint, au lieu de risquer d'allonger le lien de dépendance, ça peut permettre de raccourcir la détention en établissement en permettant un retour progressif plutôt qu'un passage du noir au blanc, là, rapidement, pour une personne qui a eu un problème de comportement important. Êtes-vous d'accord, un peu, qu'on a à concilier deux logiques ou à choisir entre deux logiques?

**M. Vézina (Léopold):** Oui. Remarquez que je serais triste, dans un certain sens, même si je suis habitué de perdre des causes, que l'argument différent de celui que je préconise soit retenu parce que, selon moi, ça serait un erreur très grave, à tout le moins pour les gens qu'on défend, les personnes qui ont des droits, que le texte actuel soit adopté, parce que ça m'apparaît absolument contradictoire. Je ne peux pas dire autre

chose, ça m'apparaît contradictoire, et je ne veux pas, naturellement — puis je vais essayer, autant que possible, de traduire ça dans la réalité — que ce soit perçu tout simplement comme une avocasserie.

Il reste que la personne qui a besoin de soins peut en recevoir lorsqu'ils sont nécessaires et que, lorsqu'elle refuse de les recevoir, on peut présenter une requête en vertu du Code civil, il y a des dispositions qui sont prévues. Mais, à partir du moment où elle refuse de les recevoir, si on ne présente pas la requête, elle a le droit. On s'en tient à son refus. Bon. Ça, c'est une question.

À partir du moment où une personne est dangereuse, c'est une autre question. Là, la société s'impose des règles et dit: Pour la personne elle-même puis pour la société, on va la forcer. Dans un certain sens, on va faire disparaître sa dangerosité. Quand la dangerosité sera disparue, on la remettra dans la société. Bon. Je respecte ça puis je pense que c'est autant dans le bien de la personne elle-même que de la société.

Par contre, là où j'ai de la misère — et je pense que je ne pourrai jamais arrêter d'avoir de la misère — c'est que la personne elle-même, si elle est dangereuse, a droit de recevoir des traitements, entre guillemets, en tout cas des soins, appelons-le comme on voudra, pour faire disparaître cette dangerosité-là.

Bon. C'est sûr qu'il y a peut-être une zone grise à un moment donné, où on ne sait plus faire la différence entre un danger réel et un danger potentiel, mais ce que la loi, depuis des décennies, par exemple, en matière de danger, indique, c'est que la personne qui est dangereuse, on la fait hospitaliser pour faire disparaître la dangerosité, et, à partir du moment où elle disparaît, on la remet en liberté. Moi, je ne vois pas de demi-mesure. C'est évident, par contre, qu'il y aura toujours un spécialiste psychiatre, habituellement, qui aura à se prononcer quant à l'existence des dangers réels et immédiats, mais, à partir du moment où il juge qu'il n'y en a plus, la personne, on est obligé de la mettre en liberté.

C'est pour ça que je prends soin de noter au nom de l'Association que c'est une très bonne intention. Et ça fait plusieurs années que cette chose-là existe, que cet article-là est en gestation. Il est public depuis plusieurs années. Sauf que ça me fait penser au début de ma pratique comme avocat, quand j'étais au tribunal... Dans ce temps-là, on disait la Cour de bien-être social. Et on ne disait même pas le Tribunal de la jeunesse, on disait la Cour de bien-être social. Et on voulait le bien des jeunes et, sans leur faire leur procès, on les enfermait pour plusieurs mois peut-être. Donc, dans le fond, c'était dans leur intérêt qu'on faisait tout ça. On n'agissait pas de façon légale, mais on voulait leur bien. C'est un peu ça qu'on veut. On veut le bien. C'est évident que, moi, je veux le bien de mes clients qui ont des problèmes psychiatriques. Par contre, je suis obligé de respecter leurs droits et je ne dois pas faire de différence entre ceux qui ont des problèmes psychologiques puis ceux qui ont des problèmes physiques.

**M. Rochon:** O.K. Alors, ce que vous nous dites, c'est qu'on peut pratiquer le congé temporaire, mais qu'il faut que ce soit avec le consentement de la personne.

**M. Vézina (Léopold):** Oui, et je pense que ça doit vraiment, de façon très claire, être — et vous avez raison de le préciser — perçu comme une mesure de réinsertion sociale, comme traitement par le biais du Code civil...

**M. Rochon:** C'est ça.

**M. Vézina (Léopold):** ...comme toute personne... D'ailleurs, c'est dit — personne ne le conteste — que le traitement doit être sur une base volontaire avec le patient. Je pense que c'est très bien. D'ailleurs, ça existe actuellement puis ça fonctionne quand même assez bien. Mais je ne peux pas dire autre chose du tout.

**M. Rochon:** C'est bon. Vous êtes très clair. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** À mon tour de vous remercier, Me Vézina. Vous nous présentez un mémoire de grande qualité. Vous n'êtes pas nombreux à le présenter, mais il y a beaucoup de qualité dans ce que vous nous donnez.

**M. Vézina (Léopold):** Dans les organismes communautaires, les frais sont limités.

**M. Marsan:** Ha, ha, ha! C'est bon de le mentionner. Ça va être dans nos minutes. Je voudrais tout de suite vous demander, par rapport à l'article 24, sur les mesures de protection... Depuis que nous avons commencé à siéger, il y a différents groupes qui sont venus nous dire que, oui, il faudrait le garder, d'autres, qu'il faudrait lui donner des paramètres puis d'autres, qu'il faudrait l'enlever, certains même nous disant que la loi 120 prévoyant des protocoles dans les établissements, ça devrait être suffisant.

Vous, vous arrivez, un peu comme la curatrice publique, en faisant une suggestion vraiment intéressante, qui mérite qu'elle soit étudiée, de retirer l'article, mais dans le but de former un groupe de travail ministériel, évidemment avec tous les gens, là, qui devraient y être associés, les gens du réseau, les patients, les familles et de façon à analyser cette problématique-là de l'isolement puis de la contention. J'aimerais ça que vous développiez là-dessus puis qu'on puisse mettre, nous, dans nos réflexions en tout cas, ce que vous pourriez nous dire à ce sujet-là parce que je trouve votre recommandation extrêmement pertinente et intéressante.

• (11 h 30) •

**M. Vézina (Léopold):** C'est une question qui est très délicate, dans laquelle, par contre, on n'a peut-être

pas toute l'expertise qu'on voudrait avoir. Normalement, la façon de voir toute cette question-là repose sur le traitement. Un peu comme on le disait tout à l'heure, toutes les mesures actuelles sont perçues comme des mesures coercitives et non pas comme des mesures de traitement. Nous, comme organisme qui a reçu, il y a plusieurs années, il y a à peu près 80 ans, comme mission de défendre les droits et recours de la personne atteinte, on a beaucoup de résistance intrinsèque à accepter que, dans un texte de loi, on puisse voir un article comme celui-ci avec deux paragraphes aussi précis.

Moi, personnellement, ce que je suggère à cette commission, c'est de retenir l'idée en question parce que, dans le fond, ça mérite une étude beaucoup plus approfondie. À l'heure actuelle, le Code criminel, par exemple, permet l'utilisation d'une force raisonnable, et tout dépassement de la force raisonnable peut être considéré comme une agression contre la personne. Bon, il y a cette idée-là fondamentale qu'on peut retenir. À partir du moment où on veut aller plus loin puis permettre l'usage de la force, moi, je pense que c'est dangereux. C'est dangereux, et il faut nécessairement que d'autres organismes que l'Association de santé mentale soient consultés. Il faut que des établissements soient consultés. Je pense que la solution se trouve beaucoup plus au niveau de la rédaction et de la signature de protocoles administratifs, si on peut dire, entre les établissements et les personnes plus qu'autre chose. En tout cas, moi, je ne peux pas tellement élaborer plus que je ne le fais quant à cette question-là, mais il faut naturellement y penser à deux fois. On n'est pas prêts à accepter un genre de mesure comme celui-là.

**M. Marsan:** Je vous remercie de votre éclairage. Je trouve également une idée non seulement originale, mais pertinente, à la douzième de vos recommandations, c'est d'ajouter à l'article 18 la mention d'un organisme d'aide et d'accompagnement dans la défense des droits des personnes en santé mentale. Est-ce que vous souhaiteriez que le législateur puisse aller jusqu'à définir une liste de ces organisations-là? Est-ce qu'il n'y aurait pas un danger, des fois aussi, d'aller trop loin ou de dire: Bien, telle organisation, finalement, n'est pas existante?

**M. Vézina (Léopold):** Oui, je comprends.

**M. Marsan:** En tout cas, il peut y avoir des choses, là.

**M. Vézina (Léopold):** En tout cas, disons que c'est une question intéressante. Personnellement, je n'irais peut-être pas jusqu'à définir de façon très précise dans une annexe la liste des organismes qui pourraient être consultés. On sait très bien que la politique de santé mentale produite il y a plusieurs années a amené la création de groupes d'intervention en défense des droits que vous avez probablement déjà entendus ou que vous entendrez sous peu, et il y a déjà des groupes

d'intervention qui peuvent utilement... Ils sont déjà prévus. Ils existent déjà. Donc, il peut certainement y avoir un clin d'oeil qui soit fait dans cet article-là aux organismes en question.

L'Association, dans le fond, ce qu'elle voulait souligner à l'article 18, c'était que, dans le fond, on permet à la personne atteinte de communiquer avec son représentant, mais le représentant au sens où on l'entend quand on n'est pas capable de donner notre consentement, on recourt à... La loi force, par exemple, l'établissement ou le professionnel à demander le consentement à la personne, au professionnel de la santé. Donc, dans le fond, c'est ça qui était mentionné dans l'article, et, nous, ce qu'on voulait, c'est que ça aille plus loin, que ça aille plus loin en ajoutant l'organisme en question, et je pense que, si vous aviez une précision tout simplement, ça pourrait être utile.

**M. Marsan:** Vous avez beaucoup d'expérience dans le domaine de la santé mentale et de l'approche au niveau des personnes atteintes de cette maladie. Vous savez qu'on nous parle de plus en plus d'une désinstitutionnalisation majeure. On parle de diminuer de 6 000 à 3 000 lits, et je voudrais peut-être avoir vos premières impressions. Pensez-vous que les ressources alternatives sont en place et qu'on peut procéder de façon intelligente dans un dossier aussi important?

**M. Vézina (Léopold):** Il y a deux volets dans votre question. Les ressources alternatives, dont je suis membre pour beaucoup de conseils d'administration, actuellement, existent. Pour être en place, elles sont en place. Il y a des centres de jour, il y a des maisons d'hébergement. En tout cas, j'épargne tous les détails quant à tous les organismes qui peuvent donner des services. Qu'il y en ait suffisamment, en grand nombre, en nombre convenable, ça, c'est une autre question. Je ne pense pas. Qu'elles reçoivent les budgets voulus, ça ce n'est pas évident non plus. Elles ne reçoivent pas les budgets, et c'est pour ça que je disais qu'il y a deux volets dans votre question. Est-ce qu'elles ont actuellement les moyens voulus pour faire face à la question, répondre aux besoins de la population compte tenu de... Non, ça, ça m'apparaît évident que, à l'heure actuelle, elles n'ont pas les ressources financières suffisantes pour répondre aux besoins. C'est sûr que ça dépend toujours des régions. Ça dépend des régions où le virage a déjà commencé, et il y en a où ça n'a pas vraiment encore commencé. Donc, il y a des régions qui sont un peu plus avancées que d'autres, là.

Mais la problématique que vous soulevez n'est pas sans nous inquiéter, naturellement, parce que, si on libère, entre guillemets, des personnes dans la population parce qu'elles peuvent recevoir ailleurs des réponses à leurs besoins, il faut, naturellement, avant, créer ou aider les ressources à développer des services pour répondre à leurs besoins.

**M. Marsan:** Je vous remercie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** D'autres questions? Non. alors, M. le député de Robert-Baldwin? M. le ministre.

**M. Rochon:** Peut-être, si je peux me permettre une précision. Au sujet de l'article 24, je reconnais, comme vous l'avez dit, le côté très délicat de tout ce qui est relié à l'imposition de l'utilisation d'une contention auprès d'individus, mais je voudrais avoir votre réaction sur ce qui me semble être une partie, en tout cas, du raisonnement derrière la décision d'introduire dans la loi cet article-là. Vous êtes probablement familier avec la Loi sur la santé et les services sociaux qui prévoit que, par voie de réglementation, les établissements puissent être obligés à se donner un règlement interne — ce qui a été fait — pour s'assurer que, dans des situations où ils doivent...

Parce qu'il me semble qu'il faut reconnaître qu'il y a des situations qui peuvent se présenter où quelqu'un, pour une raison ou pour une autre, peut devenir violent, par exemple, et que, comme on dit, il faut faire quelque chose, et que, pour éviter que ça puisse se faire de façon trop différente ou sans encadrement, pour protéger à la fois la personne qui doit subir une contention que ceux qui doivent s'en servir, c'est utile d'avoir une réglementation interne, une espèce de guide de pratique, dans un sens, pour que ce soit établi clairement comment ça doit être fait et comment ça doit être fait de façon progressive pour être sûr qu'on s'en tienne à la contention minimale. Ça, c'est la situation qui existe présentement.

L'intention, en en faisant un article spécifique dans cette loi, était de s'assurer que, pour quelqu'un qui est dans une situation de trouble mental, de maladie mentale, qui est peut-être une personne encore plus vulnérable, à ce moment-là, que d'autres qui pourraient être dans une situation nécessitant ou soulevant la question d'une contention, on leur donnerait une protection encore plus grande si on balisait, dans la loi elle-même, au moins au minimum comment, dans quelles conditions, la contention pourrait se faire, ce qu'on retrouve surtout dans le paragraphe 2<sup>o</sup> de cet article-là. Est-ce que vous vous trouvez l'intention louable et le moyen justifié ou l'un ou l'autre n'est pas approprié, d'après vous?

• (11 h 40) •

**M. Vézina (Léopold):** Moi, je pense que l'intention est louable, et il n'y a aucune arrière pensée de ce côté-là de mon côté, de l'Association, aucune réticence. C'est au niveau philosophique qu'on a plus de résistance. C'est comme accepter, pour un syndicat, que le droit de grève n'existe plus. Quand on existe depuis 80 ans pour défendre les droits des personnes atteintes et qu'on voit, dans une loi, inscrire une telle mesure, vous comprendrez qu'en tant que tel ce soit plus difficile. Ça, c'est la première de ma réponse.

La deuxième partie, c'est que vous voyez très bien dans le premier paragraphe, à l'article 24, qu'on ajoute que la personne «soit sous garde ou non». Ça faisait partie de mes remarques, je crois, que, si

vraiment on veut couvrir autant le cas d'une personne qui n'est pas sous garde que si elle l'était, ça devrait se retrouver dans une autre loi, à tout le moins. Vous disiez tout à l'heure avec beaucoup de justesse que la réglementation actuelle existe en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Alors, à la limite, si vraiment on voulait absolument insérer une telle mesure législative, ça pourrait toujours se faire par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

La troisième partie de ma remarque, ce serait: Pourquoi faire un traitement différent à la personne malade physiquement et à la personne malade mentale? C'est que, dans le fond, on insère une solution de contention, etc. dans une loi qui parle spécifiquement des personnes dangereuses. Or, un peu comme, par exemple, imposer un décret plutôt que de négocier une convention, je pense qu'il y aurait peut-être une certaine utilité, à tout le moins, à rencontrer tous les intervenants qui ont à agir de façon pratique sur le terrain avec les personnes atteintes et à essayer de trouver, un peu comme la question m'était posée tout à l'heure, un terrain d'entente au niveau pratique.

**M. Rochon:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. M. le député de Robert-Baldwin, pour votre conclusion.

**M. Marsan:** Oui. Je vous remercie, M. le Président, et merci à vous, Me Vézina. Je pense qu'il y a plusieurs choses qui sont vraiment intéressantes dans votre mémoire. L'approche que vous avez pour les mesures de protection, je pense que c'est vraiment intéressant. La suggestion qu'une personne atteinte de maladie mentale puisse recourir aussi à une organisation d'aide, je pense que c'est des plus que nous n'avions pas entendus jusqu'à maintenant.

Il semble aussi se dégager, M. le Président, des consensus. De plus en plus, les gens nous confirment qu'ils veulent deux examens avant de procéder, et je pense que ça va dans le bon sens, dans la logique des choses. Les gens nous disent aussi qu'ils veulent changer le titre du projet de loi, et tout le monde fait sa suggestion. Alors, on a beaucoup de suggestions pour remplacer le titre. Mais, dans l'ensemble, pour le projet de loi, ce que vous nous présentez ce matin dans votre mémoire, c'est beaucoup d'appréciation. Merci pour l'excellent travail accompli.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre.

**M. Rochon:** Alors, merci beaucoup de nous faire profiter de l'expérience l'Association canadienne pour la santé mentale de même que de votre expérience personnelle dans le domaine. Et, comme la question a été soulevée, je voudrais vous rassurer, surtout le type d'organisme que vous représentez. Dans quelques semaines, on

communiquera des orientations ministérielles pour les actions qui seront proposées dans le domaine de la santé mentale, et ces orientations seront conçues et seront proposées pour consultation quant à la manière de faire pour venir en appui de façon plus marquée à des organismes comme le vôtre, pour pouvoir s'assurer qu'on développe toutes les ressources de type ambulatoire, alternatives dans la communauté et s'assurer non pas qu'on reprend une vague de désinstitutionnalisation — parce que ça a été fait — mais qu'on se donne de plus en plus de ressources pour éviter, dans toute la mesure du possible, l'institutionnalisation et pour s'assurer qu'elle est la plus courte possible, parce que les milieux sont capables de mieux intégrer et encadrer des gens qui ont des moments difficiles à passer et que c'est par cette approche qu'on aura besoin, graduellement, moins d'autres types de ressources qui pourront permettre de donner encore plus au niveau de la première ligne.

Alors, on aura la chance de se reparler de ça parce que le projet de loi est important, mais il prend vraiment son sens dans la mesure où il fait partie d'un programme plus complet et mieux équilibré. Merci beaucoup, M. Vézina.

**M. Vézina (Léopold):** Ça m'a fait plaisir.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci, M. Vézina, au nom de tous les membres de la commission. Je suspends les travaux jusqu'à 14 heures, cet après-midi.

*(Suspension de la séance à 11 h 45)*

*(Reprise à 14 h 10)*

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous reprenons nos travaux et nous recevons Mmes les représentantes et monsieur le représentant de AMI Québec, Alliance pour les malades mentaux inc. Je comprends que c'est Mme Amir qui va nous présenter les personnes qui l'accompagnent et qui va faire la présentation, je comprends que vous allez avoir une partie en anglais et une partie en français et je comprends que vous allez avoir aussi des acétates durant cette même présentation là.

Tel que je vous ai dit, si M. le ministre et M. le représentant de l'opposition sont d'accord, même si ça vous prend un petit peu plus de temps compte tenu de tout ça, je le prendrai, le reste du temps, sur les deux côtés, parce que je me dois de respecter l'horaire pour les gens qui vous suivent. Alors, Mme Amir, bienvenue à votre groupe et vous pouvez commencer.

#### AMI Québec

**Mme Amir (Ella):** Merci beaucoup. M. le ministre, M. le Président, membres de la commission, bonjour. Je m'appelle Ella Amir et je suis la directrice

générale de AMI Québec, Alliance pour les malades mentaux, depuis sept ans. Avec moi, dans l'équipe, il y a Elizabeth Tremblay, à ma gauche, présidente du conseil d'administration d'AMI Québec; Kathleen Simpson, présidente sortante d'AMI Québec et membre d'AMI Québec depuis près de 20 ans; Lorna Moscovitch, secrétaire du conseil d'administration et Pieter Boudens, un membre actif d'AMI Québec depuis plusieurs années.

Tous les membres de l'équipe, sauf moi-même, sont parents d'une personne atteinte d'une maladie mentale et apportent avec eux une expérience de plusieurs années comme pourvoyeurs de soins. Nos observations aujourd'hui se fondent sur leur expérience, sur celle de plusieurs autres familles qui s'efforcent de faire face à la maladie mentale depuis de nombreuses années. Dévastées par la maladie d'un être cher, elles essaient de s'accommoder de ses conséquences et de mettre en place des moyens d'y faire face. Elles ont un profond respect pour le membre de leur famille qui est malade et font tout leur possible pour voir à la fois aux besoins de cette personne et à l'équilibre de la famille. La plupart des familles que nous connaissons seraient d'accord pour dire qu'il n'est pas nécessaire d'être une personne atteinte de maladie mentale pour être atteinte par la maladie mentale.

AMI Québec est d'accord avec les recommandations de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. Invités à présenter ses propres réflexions sur le projet de loi n° 39, nous voulons ici mettre en relief quelques points supplémentaires. Nous soutenons que la protection des droits de la personne atteinte de maladie mentale ne devrait pas compromettre la protection de son bien-être et que c'est le devoir de la société de voir au maintien des deux.

Nous sommes aussi d'avis que toute loi devrait être révisée à intervalles périodiques afin d'assurer qu'elle corresponde aux besoins de la société toujours en évolution. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de participer au processus de révision de la loi n° 39 et nous espérons que nos remarques seront prises en considération. Faute de temps, et en tenant pour acquis que vous ayez lu notre mémoire, je sauterais la présentation complète d'AMI Québec en soulignant seulement que notre organisme est un mouvement communautaire d'entraide et un organisme de pression réunissant des familles et des amis des personnes aux prises avec la maladie mentale. Nous desservons surtout la communauté anglophone de la région de Montréal et ses environs, mais, comme nous sommes presque la seule association de familles qui fonctionne en anglais au Québec, nous recevons beaucoup de familles provenant d'autres régions.

La maladie mentale et la santé mentale. Il ne fait aucun doute que la protection du bien-être de la personne atteinte de maladie mentale, tout comme la protection de ses droits, est une question complexe. Pour certains, ces deux facettes s'excluent mutuellement. Nous sommes bien conscients de cette difficulté. Aussi, nos commentaires reposent-ils sur un désir réel d'assurer

la protection des libertés civiles de la personne atteinte de maladie mentale, tout en veillant au maintien de son bien-être et en lui permettant de vivre dans la dignité. C'est un équilibre entre les deux qu'on essaie d'obtenir. Il est également important de mentionner que nous ne sommes pas contre mais bien pour. Nous sommes pour la personne, pour ses droits et pour sa santé.

Quelle serait la meilleure façon d'y arriver? La question a donné lieu à d'incessants débats, souvent orageux. Nous croyons que la discussion est allée trop loin. Si la loi réussit à protéger les droits de ces personnes, force est de constater qu'elles vivent souvent des vies marginales dans des conditions inhumaines. On ne saurait trop rappeler que, bien que la loi parle clairement de la protection de la personne atteinte de maladie mentale, on confond bien souvent la notion de maladie mentale et de santé mentale. La confusion est courante chez le public en général, chez les professionnels de la santé et chez les décideurs.

Selon E. Fuller Torrey, un médecin rattaché à Neuroscience Center, du National Institute of Mental Health, aux États-Unis, l'un des psychiatres de recherche les plus influents et l'auteur de 12 ouvrages sur la maladie mentale, il n'y avait pas, avant 1909, de confusion entre maladie mentale et santé mentale. Tout a changé en 1909 avec la fondation du National Committee for Mental Hygiene et la visite de Sigmund Freud aux États-Unis. La création de ce comité américain s'inscrivait dans un mouvement national en faveur de la prévention des maladies. Le National Committee for Mental Hygiene voulait réformer les hôpitaux psychiatriques publics. Il fut fortement influencé par Sigmund Freud pour qui tous les troubles mentaux étaient causés par des expériences de la tendre enfance, surtout des expériences de nature sexuelle. La théorie de Freud a été adoptée avec enthousiasme par le comité, dont la notion d'hygiène mentale et la sociologie appliquée exprimaient la croyance que la maladie mentale était évitable et contrôlable. Ultérieurement, la théorie du continuum des troubles mentaux s'est substituée à l'idée que certaines personnes ont des troubles cérébraux biologiques, alors que d'autres n'en ont pas.

La santé mentale est devenue un concept relatif, l'éventail des troubles mentaux allant, à une extrémité, de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive à la tristesse, à l'autre extrémité. Elvin Semard, un éminent psychanalyste américain, disait souvent à ses stagiaires que les patients psychotiques ne sont pas différents de nous, seulement un peu plus fous.

Une des raisons qui est à l'origine de la confusion est qu'on observe le même comportement chez la personne atteinte de problèmes de santé mentale que chez la personne atteinte de maladies mentales. Mais il est important de comprendre que nous parlons de personnes atteintes de maladies mentales, qui sont des troubles cérébraux, et non pas de celles qui ont des problèmes de santé mentale.

La schizophrénie, certains formes de dépression, la psychose maniaco-dépressive et les troubles

obsessionnels-compulsifs sont des troubles cérébraux sans faute, dans le sens du «no fault» anglais, qui ne peuvent être évités, dans l'état actuel des connaissances scientifiques. La schizophrénie ne résulte pas d'une incapacité de faire face aux événements de la vie. Il s'agit d'une maladie physique, comme le diabète ou une cardiopathie, qui trouve son point de départ dans le cerveau.

Par ailleurs, les problèmes de santé mentale, comme la dépression réactionnelle, l'inadaptation ou les comportements dysfonctionnels, sont des problèmes d'adaptation résultant du malaise social. Il est possible et souhaitable d'y voir par des mesures préventives. Par exemple, si nous nous occupons de la pauvreté en ayant recours aux réseaux appropriés et à des programmes d'éducation pertinents, nous réussiront probablement à éviter certaines de ses conséquences, comme la clocharde et la violence. Pour des raisons de clarté, j'ai résumé cette partie sur un tableau auquel nous pourrions nous référer au cours de la période de discussion.

Nous savons gré aux groupes de patients et aux défenseurs des libertés civiles d'essayer de protéger les droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Nous devons toutefois reconnaître qu'ils parlent d'une population aux visages très divers. En effet, plusieurs associations de défense des droits ne sont pas représentatives des personnes atteintes de maladie mentale. Plus souvent qu'autrement elles comptent des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Encore une fois, faute de temps, je ne lirai pas le cas décrit dans la présentation que vous avez reçue. C'est un cas très intéressant qui laisse une impression certaine. Je poursuivrai alors avec les commentaires.

• (14 h 20) •

La question de la prise de conscience ou de l'«insight». Plusieurs études donnent à penser qu'environ la moitié de toutes les personnes ayant une maladie mentale grave n'ont pas entièrement conscience qu'elles souffrent de troubles cérébraux, qu'elles ont besoin d'être hospitalisées ou qu'il leur faut des médicaments. Il ne faut pas s'en étonner. Le cerveau, l'organe dont on se sert pour réfléchir sur soi-même, est celui-là même qui est affecté dans une maladie psychiatrique. Le bon sens suggère, et les études de recherche le confirment, que, parmi les personnes atteintes de maladie mentale, celles qui ont davantage conscience de leur état sont plus susceptibles de demander de l'aide psychiatrique lorsqu'elles ne vont pas bien et d'adhérer à leur traitement médicamenteux. Ce manque d'«insight» est la principale raison pour laquelle les personnes atteintes de maladie mentale ne prennent pas leurs médicaments de façon régulière et la cause la plus importante de rechute.

Comme environ la moitié de toutes les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves n'ont pas vraiment conscience de leur état, l'hospitalisation et les traitements involontaires s'imposent pour certains. Étant donné que ces personnes ne se croient pas malades, elles ne voient pas pourquoi elles devraient accepter d'être hospitalisées ou de prendre des médicaments. C'est ainsi

que se met en place un cercle vicieux dans lequel les traitements involontaires, exécutés seulement dans des conditions très précises, sont souvent suivis d'un congé prématuré et d'une réadmission à l'hôpital.

Les conséquences d'un refus de traitement. Au fil des ans, on a vu s'ériger des barrières contre le traitement des personnes atteintes de maladie mentale. En ce moment, une personne atteinte de maladie mentale a le droit de refuser un traitement même s'il semble que ce refus puisse nuire à sa santé. Les critères à respecter pour donner un traitement à quelqu'un sans son consentement sont définis d'une manière très restrictive. On ne peut avoir recours au traitement involontaire que s'il y a une preuve évidente, hors de tout doute raisonnable, que la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Cette norme, qui peut être valable en matière pénale, ne convient pas lorsqu'il s'agit de décider si une personne a ou non besoin de soins médicaux. En associant d'une manière rigide les conditions justifiant un traitement involontaire à la dangerosité, nous laissons en fin de compte des personnes atteintes de maladie mentale devenir les victimes de leur maladie. Lorsque nous permettons à ces personnes de se faire du tort, nous n'avons pas rempli notre obligation, à savoir celle de leur offrir l'aide qu'elles méritent.

Il y a au moins trois conséquences suivant un refus de traitement: le comportement violent, l'aggravation de symptômes et l'augmentation des coûts des traitements.

Il y a un lien évident à établir entre notre incapacité de soigner les personnes atteintes de maladie mentale et les épisodes de comportements violents, comme l'illustre de façon éloquente le cas de M. Perry.

Le fait de ne pas mettre sous garde dans un hôpital psychiatrique une personne atteinte de maladie mentale, lors d'une rechute grave, conduit souvent à une arrestation par la police. Une étude effectuée en Oregon révèle qu'environ la moitié des personnes qu'on n'a pas réussi à mettre sous garde dans un hôpital psychiatrique ont été mises en état d'arrestation.

Une étude canadienne indique que la non-observance d'un traitement médicamenteux est l'un des trois principaux prédicteurs des comportements violents. Les droits confèrent logiquement des obligations, y compris aux personnes atteintes de maladie mentale. À cause des définitions restrictives qui se trouvent dans les textes de loi, nous nous retrouvons souvent devant des personnes qui ont le droit de refuser un traitement, mais qu'on ne peut pas tenir responsables des conséquences de leur comportement indésirable. La question en litige ici, c'est que ce comportement même résulte de l'absence de traitement.

Il faut mentionner une autre conséquence tragique du refus de traitement: les symptômes du malade peuvent s'aggraver d'une manière irréversible. Plusieurs études démontrent que, chez les personnes qui ne prennent pas de médicaments pendant une longue période, la réponse aux médicaments est plus lente et moins efficace et qu'il y a plus de risques de symptômes résiduels. Ces

conclusions ont des implications immenses pour la loi sur la santé mentale aux États-Unis. Si l'inexécution du traitement produit une détérioration clinique irréversible dans certains cas, les avocats qui poussent leurs clients atteints de maladie mentale à ne pas prendre leurs médicaments pourraient théoriquement être déclarés responsables par les tribunaux et tenus de payer des dommages-intérêts.

Une autre conséquence de la rigidité de la loi est l'augmentation des coûts des traitements. Il s'agit des coûts associés aux rechutes et aux réadmissions à l'hôpital des malades qui ont cessé de prendre leurs médicaments. Les psychiatres Peter Weiden et Mark Olsson ont publié une analyse exhaustive des frais directs afférents à la réadmission à l'hôpital de schizophrènes qui cessent de prendre leurs médicaments. Les frais, pour une période de 12 ans aux États-Unis, s'élevaient à 740 000 000 \$. Bien que notre discussion aujourd'hui porte essentiellement sur la protection juridique de la personne atteinte de maladie mentale, c'est une erreur de faire abstraction de l'impact du fardeau économique accru lié à la loi 39.

Dans une économie aux ressources décroissantes, il est impératif de tirer profit au maximum des fonds qui restent. Lorsqu'un traitement est offert en dernier recours, il a tendance à coûter plus cher. Il est plus difficile et donc plus coûteux de stabiliser une personne en crise que de prévenir une crise par un traitement précoce. Nous aurions avantage à consacrer à la réadaptation et à l'habitat les fonds qui servent actuellement à des hospitalisations qui auraient pu être évitées.

Il y a deux autres problèmes, ce sont les critères pour la mise sous garde et l'extinction de la mise sous garde pour un malade externe. Les critères actuels pour mettre une personne dans l'hôpital, involontairement, est la dangerosité pour elle-même ou pour autrui. Les critères qu'on propose est l'élargissement de ce critère, critère qui sera basé sur la nécessité des traitements qui permettent des traitements involontaires, soit à l'hôpital ou aux malades externes. Ce qu'on va souligner, c'est que la maladie mentale, c'est une condition médicale nécessitant une attention médicale. Une manifestation indésirable associée à la maladie mentale ne constitue pas un comportement criminel et ne devrait pas être traitée de cette façon.

Conclusion. Dans son ouvrage, E. Fuller Torrey, explique que, d'un point de vue médical, défendre les droits d'une personne atteinte d'une maladie mentale grave de demeurer psychotique équivaut à défendre le droit d'une personne diabétique à demeurer dans le coma. Dans une société civilisée, la liberté et la cruauté ne devraient pas être confondues.

Les lois sont les miroirs d'une époque. Elles doivent être révisées périodiquement afin d'assurer qu'elles offrent la protection qu'elles sont censées procurer. La protection des personnes atteintes de maladies mentales s'inscrit dans notre obligation, en tant que société, de défendre les démunis. Durant trop longtemps, les personnes atteintes de maladies mentales ont

été considérées avec mépris et ont été enfermées loin de la vue. Les temps ont changé. La loi doit changer, elle aussi.

La Loi n° 39 sur la protection des personnes atteintes de maladies mentales semble conçue pour prévenir l'abus envers les personnes récalcitrantes de la part des membres maveillants de leurs familles. De tels abus toutefois sont plutôt rares et ne devraient pas constituer la seule préoccupation du législateur. La loi doit viser à aider des personnes démunies à recevoir l'aide dont elles ont besoin pour pouvoir être fonctionnelles.

Il faut aussi se rappeler que la loi et les politiques sociales sont intrinsèquement reliées. Aussi bien conçues qu'elles soient, les lois perdent de leur impact dans les structures disloquées où on accorde peu d'attention aux besoins des personnes pour lesquelles les lois ont d'abord été conçues.

La promesse de M. Rochon, ministre de la Santé, de réaffecter une partie des fonds vers les soins de santé communautaire n'est pas encore traduite en des services bien coordonnés qui permettent aux personnes atteintes de maladies mentales de trouver leur place dans la société et de mener dans la dignité la vie productive qu'elles méritent. C'est seulement à ces conditions qu'une loi qui respecte les droits de la personne, sans compromettre son bien-être, sera fructueuse. Merci beaucoup.

• (14 h 30) •

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup et je fais seulement vous informer que vous vous êtes limitée à votre 20 minutes. J'invite maintenant M. le ministre à prendre la parole... Ou à Mme Tremem? Vous voulez ajouter... Non? Vous attendez les questions de M. le ministre, je pense.

**M. Rochon:** Merci. Merci beaucoup pour votre mémoire et pour votre démarche pour venir nous rencontrer.

Il y a une bonne partie de votre présentation, comme vous le réalisez sûrement, qui souligne le besoin ou la nécessité d'aller jusqu'à, si j'ai bien compris ce que vous nous dites, là, pouvoir imposer un traitement ou pouvoir donner un traitement à une personne même sans son consentement. Vous savez que ça s'oppose à une autre valeur dans notre société, qui est reconnue dans la plupart de nos lois où l'information, le consentement libre et éclairé est requis pour toutes formes de traitements.

La seule exception qu'on a faite jusqu'ici a toujours été d'imposer un traitement pour une maladie qui serait contagieuse et communiquée à l'entourage d'une personne et la communauté, si une personne refuse de se traiter. Je pense que le cas le plus typique d'une maladie qui a eu ce statut de maladie à traitement obligatoire, c'est la tuberculose par exemple. Parce qu'une personne pourrait refuser de se traiter, même au risque de sa propre santé, mais on impose le traitement, parce que ce faisant la personne va exposer, aux risques de la même maladie, son entourage de façon immédiate, là.

Comment vous réconciliez ces deux valeurs et qu'est-ce qui ferait que, pour un problème de santé mentale — tout en reconnaissant la difficulté d'une situation de voir quelqu'un voir son état se dégrader en refusant un traitement... Mais, si, dans des moments de lucidité, tous les moyens qu'on a pu employer n'ont pas amené la personne à accepter le traitement, en vertu de quel principe ou de quelle valeur on irait dans ce cas-là jusqu'à imposer le traitement?

**Mme Tremem (Elizabeth):** Je voudrais dire quelque chose ici. J'ai eu une fille qui s'est suicidée. Il y a 10 ans, elle a essayé de se suicider. Et je vais parler d'il y a 10 ans.

My daughter tried to kill herself four times. Three times, my husband and I brought her to the hospital and to the psychiatrist, and he did not believe that she was suicidal. We knew she was suicidal. She told us she was suicidal. She tried to kill herself. She was put in hospital the third time because she'd taken some medication, some non-prescription medication. She was in hospital; still, they would not accept the idea that she was suicidal.

Finally, the next day, when she was in the secondary ICU of the hospital, the psychiatrist came and saw her and decided that she was suicidal. He said nothing orally to the nurses. There were supposed to be three nurses on duty and there were only two because one was sick. There were two nurses on duty; one nurse went off to go have lunch. My daughter was left with one nurse in a secondary ICU with nine people in it.

My daughter ran away. She ran up to the third floor and she jumped, and she almost destroyed her left leg, she broke her pelvis, and almost tore off her tailbone. At that point, she was going to be in pain for the rest of her life. She told me a year and a half later: Mom, I ran down those halls, ran up those stairs, and all the time I was saying: Somebody stop me, I cannot stop myself!

My daughter had a biological disease of the brain. I too have a biological disease of the brain, not the same thing: my daughter had suicidal depression; I have a psychosis. I know that I have rights. Our daughter knew she had rights. But we also know that we need to be cared for, that, when we are ill... When I'm in the middle of my psychosis, I do not know I'm in the middle of a psychosis. I do not know that.

My daughter did not know how to stop herself from killing herself. It's a very fine line. But we must become educated in ways of helping these people to be helped. I hope that helps to clarify a little bit.

**M. Boudens (Pieter):** Si vous permettez, M. le ministre, c'est vrai que ce n'est pas facile de faire la distinction entre une personne qui peut prendre la responsabilité de sa propre vie et celle qui ne le peut pas, et j'avoue qu'enlever la liberté d'une personne contre son gré ce n'est pas une chose qui se fait facilement. Et tous ceux et celles à la table ici ont la même expérience:

c'est avec beaucoup d'hésitation avant qu'on va voir le juge pour une ordonnance de la cour et de voir la police arriver à sa maison pour enlever le fils ou la fille.

Moi, j'ai lutté avec ce problème moral entre mes responsabilités en tant que parent, aussi en tant que citoyen, et je pourrais même référer à la Charte des droits et libertés de la province de Québec qui, dans l'article 2, oblige chaque citoyen à aller au secours d'une personne dont la vie est en péril. Et, quand je vois finalement ce raisonnement, je vois que la vie de mon fils était en péril. Donc, même selon notre propre Charte, j'avais l'obligation en tant que citoyen, et surtout en tant que père, de prendre la responsabilité que lui ne pouvait pas prendre à cause de sa maladie. Et je crois que, un peu dans le même esprit, on parle présentement sérieusement de la possibilité d'envisager la prise de médicaments involontaire et je sais que c'est pratiqué assez souvent dans les hôpitaux, sauf qu'on n'en parle pas parce que c'est contre la loi. Mais on le fait.

Et je crois que, dans le même esprit, il y a des personnes qui ne sont, à cause de leur maladie — pas à cause de l'environnement, pas à cause de leur mauvaise volonté, de leur éducation ou quoi que ce soit, mais à cause d'une maladie qu'ils ne peuvent pas contrôler, dont ils ne sont pas responsables... Et admettant que chaque personne a non seulement des droits et des libertés, mais également et parallèlement avec ça des responsabilités et des obligations, il y a des moments où cette personne ne peut plus prendre ses responsabilités et qu'il doit y avoir conséquemment une autre personne ou une autre institution, ou la société, ou l'hôpital, ou qui que ce soit, qui, temporairement, prend ses responsabilités pour le bien de cette personne même. Je ne sais pas si ça répond un peu à votre question, mais en tout cas, c'est mon opinion à moi.

• (14 h 40) •

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Est-ce qu'il y a d'autres expressions d'opinion? Ça va? M. le ministre.

**M. Rochon:** Non, ça va. Je ne pense pas que c'est un débat qu'on peut clore cet après-midi...

**M. Boudens (Pieter):** Non, non, sûrement pas.

**M. Rochon:** ...mais j'apprécie beaucoup, là, que vous repreniez le raisonnement que vous faites et j'apprécie aussi la difficulté et, en bout de ligne, je pense qu'on a vraiment un choix, là, comme vous le dites, dans cet espace très ténu d'interface entre deux droits reconnus comme fondamentaux et de voir un peu, dans la balance des inconvénients peut-être, quels choix on doit faire.

Mais je veux juste resouligner que je pense que, jusqu'ici dans notre société, on a toujours reconnu le droit au refus de traitement, même pour quelqu'un qui en connaît les conséquences pour sa propre santé ou même pour sa propre vie. Mais j'apprécie beaucoup, là, ce que ça peut vouloir dire de vivre dans une situation

comme ça, avec des gens qui ont ce problème et de tenter de dénouer ce noeud gordien. Vous allez nous faire réfléchir. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Et de venir l'exprimer, ça prend beaucoup de courage aussi. M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** First, I would like to welcome you and to thank you very much for sharing with us today your expertise, your experience. I think it will be really helpful. After the hearings, we will work with the bill, article by article, and at that time it will be really important to keep in mind the quality of the representation that you are doing today.

J'aimerais à mon tour faire le commentaire dans le sens dont on vient de parler. Il est très difficile de trouver le juste équilibre entre le droit d'intervention pour protéger quelqu'un contre elle-même, ou lui-même, ou contre autrui et aussi en même temps protéger les droits d'une personne. C'est sûrement la difficulté du projet de loi n° 39 que nous avons aujourd'hui, mais je pense que vous l'avez exprimé à travers un témoignage extrêmement éloquent, et nous vous en remercions.

I would like to hear from you regarding some specific articles, such as article 8, and the increase of power for the policemen while they will be available if someone from the family just calls them and will have to interfere and maybe bring the patient at the proper hospital or proper center. So, I would like to know if your organization agrees with this increase of power, and what do you really think and what do you suggest just to be sure that the intervention will be well done?

**Mme Moscovitch (Lorna):** I would just like to mention, from personal experience, that unfortunately I had several cases where I had to deal with the police, and I actually agree with this, because I think many times we just do not have the time or the fortitude to go through the court order proceeding, and sometimes our loved ones are in such a crisis, and we are completely at a loss at what to do to help them. So, I found it would be very important to have more powers given to the police, but at the same time to have them educated more on the conditions and the symptoms of mental illness to be able to bring people to the hospital rather than to criminalize them and charge them with offenses.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci, est-ce qu'il y a d'autres...

**Mme Amir (Ella):** Yes, I would like to reinforce Lorna's comments. I believe that no law, especially a complex law like law 39, will be able to stand to its calling without the necessary education, and I think that it is true for policemen and also for the judges who have to make the decisions whether to grant a court order or not. I think that, today, the situation is that it is being left to the goodwill of the judge to educate himself about

mental illness, but I do believe that it is not our right but our obligation as a society to offer this education and make sure that all of these professionals who are dealing with people with mental illnesses will know what mental illness is and will know, will understand the difference between mental health problems and mental illnesses.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. M. le député.

**M. Marsan:** Yes. Another article, 24, regarding the protection measures that the institution will be allowed to take. I would like to hear from you regarding those measures. Do you agree with them? Would you like to have more references, more parameters when the institution has to use them and... So, we would like to have your opinion regarding this article, which is really an important article in the debate that we have at the moment.

Some of the people that we received here already said: No, you have to get rid of this article, while some others just told us that we have to reinforce it.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mme Tremén.

**Mme Tremén (Elizabeth):** I think I would just like to say that, when we say that there needs to be protection for the well-being of a person, we're not talking six months to two years, to five years, to 10 years. We're talking that there would be a period of time when the person is cared for rather than taken as whether he is dangerous or not or whether he should go to the police or not. But there should be a period of time. We're not talking long-term incarceration; we're talking about protection for a short period of time.

My daughter needed help for a short period of time; she was not given that help for the short period of time that she needed it. It may have been a week, it may have been 10 days, it may have been three weeks, but it would not have been a long, long period.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mme Moscovitch.

**Mme Moscovitch (Lorna):** Yes. My son was hospitalized, and my experience is that there was never more force used than was absolutely necessary at the moment. When he was brought there in a psychotic state, he needed restraints. He could have injured himself, he could have injured other people, and I never found that there was an abuse, and there were several instances where I had to go through this. It was very upsetting as a mother to see this, but I never saw an abuse. As soon as his situation was stabilized, there was no more isolation or force or extra medication given.

So, I definitely am for this, and I think, as an organization, we feel this way. We support this. We definitely do not want this removed.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. Est-ce qu'il y a d'autres interventions? M. le député.

**M. Marsan:** Une dernière question. Oui. I would like just to have your general opinion regarding what's coming in the mental health network. As you know, we're suppose to have a decrease from 6 000 beds to 3 000. Do you feel that it is a good decision, that it is a good direction that we have to go on with? And do you think that — how do you say? — the alternative resources are all there and that we can proceed, or would you prefer to look at it and first make the investment on the alternative resources and then cut the beds, I suppose? We would like to hear from you.

**Mme Amir (Ella):** I am very pleased to be asked this question. We did mention here that the social politic is intertwined with the law. As a concept, as an idea, as a philosophy, I see that this is definitely the right direction and I think that we concur with your direction.

However, from past experience and also from what we fear will happen, if the infrastructure is not going to be strengthened before beds are going to be closed, we are very concerned that beds will be closed before alternative resources will be put in place.

We do believe, as an alternative resource or as a community-based resource, that we do have the know-how — we're not talking just about ourselves, but about an entire network of community resources — but we don't have enough funding, we don't have enough resources to be able to implement all this knowledge that we have.

We know that, if we were able to get this funding and hire the right personnel, we would be able to offer some of the services that today are being offered in the hospital. And we do agree that many of the people who do stay today in the hospital should be kept in the community and live a dignified life, but this is possible only if we're able to provide, offer them the support that they need.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci, Mme Simpson.

**Mme Simpson (Kathleen):** I would just like to add a few words to that. We've quoted Dr. Fuller Torrey, from the States, and another one of his quotes was that, since the mental health hospitals were closed in the States, the big institutions, now there are more people with a mental illness living in jails and in prisons than there are in hospitals. And I think we need to be very careful that we avoid the pitfalls that have happened in the United States.

• (14 h 50) •

And, in order to... We need to understand that there are various degrees of these illnesses which need various services. There are some people so ill that they do need a hospital bed and they do need the institution. And you can't... It's not like day surgery, where you

can go in for one day and then be dismissed. It often takes weeks or even months to be stabilized. And I think this is important to keep in mind.

The other part is medication. Medication is the basic treatment. People with mental illnesses do not use all the expensive services of hospitals, such as the new scans, the kidney dialysis machines, the big operating rooms, all these expensive things. The only thing they really, really use are the beds and the medication. And medication is very important to them.

I really regret that the Government has seen fit to make patients pay for their medication. It is very difficult to keep people with a mental illness on medication. One of the first things that happens is that they do not like the side effects; so, as soon as they can, they go off it. Now, they have another excuse: I can't pay for the medication, I would rather have my food, and so on, and so I will just go off the medication.

And it has been stated before that we know that patients who go off medication are left with damaging residual effects and they are much harder to treat if they don't stay on medication and have a full course of it. If they keep going on and off, they become sicker themselves and they are much harder to treat. So, I think, in the long run, we are going to pay more money out. It is going to cost us a lot more to have these people get ill again and have to be hospitalized again.

So, I think this is all part of the community resources. Medication, I feel, is part of the community resources.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député.

**M. Marsan:** Oui. Do you feel at the moment that some mentally ill patients are stopping to take their medication since we have this new drug insurance plan?

**M. Simpson (Kathleen):** Well, we have had cases reported to us. We also know that a lot of families are having to subsidize the member of their family who is held in a community. And many of our members are of the «troisième âge», comme moi...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Simpson (Kathleen):**... and they are using their money to make sure that their loved one gets his medication. I don't think it's a wise thing to do. I really don't, because, as I say, they don't use all the big equipment in hospitals; they don't use all these extra-expensive operations and things. It's the medication.

**M. Marsan:** Would you suggest that it would be preferable not to have any charge for the medication, to have a free access to specific medication for the mentally ill patients?

**M. Simpson (Kathleen):** I do. I think that it is, in a way, similar to tuberculosis, although tuberculosis is an infectious disease. But the same basic concept is there. And I think we are going to have many more ill people on the streets; we already see so many more people on the streets now, and it is really pitiful, and I think, as a parent, my worst fear — my daughter has been ill with schizophrenia for 24 years — is that she will end up a bag lady.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député, pour votre conclusion.

**M. Marsan:** Oui, M. le Président. I would like to thank you very, very, very much for the quality of your representation, the sincerity of it also. I think that you left us the message that there is something which has to be done to help the mentally ill patients. We will try to do our best through bill n° 39. We will try to «bonify» it, to bring your recommendations in this bill.

But we also received the message regarding the drug insurance plan, and I wish that, one of those days, this plan will be reviewed to help in the best way the mentally ill patients, and you can be sure that we share your concern about the drug insurance plan as well as the recommendations that you're giving us today for bill 39. We thank you very, very, very much.

**Mme Tremem (Elizabeth):** Thank you.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre, pour votre conclusion.

**M. Rochon:** Oui. Merci beaucoup. Je pense que les contributions et les témoignages de gens qui connaissent le problème, autant pour avoir vécu avec et pour continuer à s'occuper de personnes qui doivent composer avec un problème de santé mentale, sont très importants parce que, dans une loi comme ça, on veut tenir compte d'aspects techniques mais aussi d'aspects de vécu réel de la part des gens.

Moi, je veux vous assurer, sur une base factuelle, des intentions du gouvernement et de ce qui va se passer dans les prochaines semaines et dans les prochains mois. On aura des orientations ministérielles qui seront publiées dans quelques semaines où la volonté est de faire un développement important de ressources alternatives de toutes sortes, communautaires mais aussi à partir du système de services de santé, d'hôpital de jour, de toute formule d'encadrement y compris des ressources d'hospitalisation internes.

Il est important de dire, et je l'ai clairement indiqué, que, contrairement à ce qu'on est obligés de faire pour la réorganisation du système de santé jusqu'ici, on n'a pas d'objectifs budgétaires en ce qui regarde la santé mentale. Les ressources restent au même niveau dans le domaine de la santé mentale. C'est une réorganisation. Et on sait que présentement dans les lits occupés dans les établissements de santé mentale, il

y en a peut-être à peu près 1 000, me dit-on, qui sont occupés par des gens qui ont des problèmes de déficience mentale, qui sont des gens assez âgés et qui ont besoin en fait plus de soins qu'on retrouve dans des centres d'hébergement et de soins prolongés et qu'il y a donc un premier bloc de lits qui peuvent être libérés en orientant les gens dans des établissements qui sont beaucoup mieux organisés pour le type de besoins de ces gens-là.

Et ça, c'est déjà en marche dans beaucoup de régions où les gens, pour leur mieux-être, sont orientés vers les sources de soins dont ils ont vraiment besoin et déjà là on libère des ressources qui vont être investies globalement au niveau de ressources communautaires, de soutien aux familles, de soutien à des groupes comme le vôtre. Et ça, ça devrait permettre, selon toutes les expériences qui ont été faites dans ce domaine-là, pas surtout de désinstitutionnaliser, mais d'éviter à des gens d'être institutionnalisés ou de raccourcir au maximum la période d'institutionnalisation parce qu'il va y avoir beaucoup de ressources de support qui vont leur être accordées.

Et on espère, encore là sur la base de ce qu'on peut lire dans la littérature, que peut être le choix difficile devant lequel vous nous mettez de choisir entre le libre consentement et le traitement obligatoire imposé à quelqu'un, que plus il y aura de ressources localement disponibles pour les gens, moins des situations extrêmes comme celles que vous avez vécues se présenteront souvent et qu'on puisse au moins avoir peut-être une option qui va être une alternative pour résoudre cette question.

• (15 heures) •

Alors, c'est vraiment ce qu'est l'intention du gouvernement. On va se donner le temps de le faire correctement et il y aura de toute façon une consultation sur la façon de faire. Vous serez donc appelés à contribuer encore plus, et on va tenir compte de votre expérience. Pour ce qui est...

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mesdames...

**M. Rochon:** ...Excusez-moi, M. le Président. Je voudrais quand même dire un mot sur la question des médicaments. On est très conscients des difficultés qui peuvent se présenter. Vous savez qu'on a déjà, pour le cas des gens qui ont un problème de santé mentale, fait un ajustement très important très rapidement, parce que, sur la base d'informations qu'on a obtenues, on nous a expliqués que, dans beaucoup de cas, la difficulté pour les gens était beaucoup plus de s'ajuster au changement — parce que les gens qui ont un problème de santé mentale sont très fragiles, et tout changement dans leur vie cause un stress énorme — et que l'autre difficulté en était plus une, dans la grande majorité des cas, de disponibilité de l'argent. Ce n'était pas le montant total à payer au bout de l'année, qui peut n'être que de 200 \$ si une personne a vraiment un revenu très bas, mais c'était

d'avoir le montant pour payer le premier versement, qui pouvait être jusqu'à 50 \$ si on n'étalait pas autrement. Et ça, ça a été étalé, de sorte qu'une personne qui a un revenu très bas n'aura pas à payer plus de 15 \$ ou 16 \$ par mois pour ses médicaments, et ça, ça a réglé beaucoup de problèmes. On aura des ajustements qui seront faits, au besoin, s'il y a vraiment des gens dans un très grand besoin qui ne peuvent même pas avoir cet argent-là.

Maintenant, ceci dit, on est très d'accord qu'on pourrait avoir un régime encore plus généreux. J'espère que, dans quelques années, on pourra avoir un régime plus généreux. Parce qu'on a un système de santé et de services sociaux qui nous coûte très cher, tout est gratuit, parce qu'on a une formule d'équité et de solidarité sociale pour partager le coût selon ses revenus. Mais il faut le partager, le coût du système de santé, selon les revenus de chacun, et ce que l'assurance-médicaments veut faire, c'est ça.

Avant, on était dans une situation où des gens avaient leurs médicaments payés complètement, d'autres n'avaient aucune contribution du régime d'assurance. Là, tout le monde a la même protection, tout le monde a le même accès, en contribuant selon les revenus. Et, moi aussi, j'espère que dans quelques années, quand on sera sorti de la situation financière où on s'est trouvé sur le plan des dépenses publiques, on va être capable de bonifier encore plus, même, les programmes qu'on s'est donnés. Alors, c'est l'objectif qu'on va poursuivre sûrement. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mesdames et monsieur, merci beaucoup, au nom de la commission. J'invite maintenant les représentants et la représentante du Comité des usagers du centre hospitalier Robert-Giffard à se présenter.

(Consultation)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant la représentante et les représentants du Comité des usagers du centre hospitalier Robert-Giffard. M. Perreault, vous êtes un habitué, apparemment, vous connaissez les règles. Alors, nous vous saluons. Vous pouvez nous présenter les gens qui vous accompagnent et procéder à votre présentation de 20 minutes.

#### Comité des usagers du centre hospitalier Robert-Giffard

**M. Perreault (André):** Bonjour, M. le Président, M. le ministre et chers membres de la commission. Je tiens à présenter, à ma gauche, Mme Michèle Sheaff, ex-usagère de la clinique Roy-Rousseau, et, à ma droite, M. Réjean Girard, conseiller en défense des droits au Comité des usagers, et M. Éric Bilocq, conseiller en défense des droits au Comité des usagers du centre hospitalier Robert-Giffard.

Comme expérience du milieu, je tiens à vous dire que, d'abord, je suis membre du Comité des usagers en tant que président et membre du Comité depuis 12 ans, au Comité des usagers du centre hospitalier Robert-Giffard. Ça me fait plaisir de remercier... Je vous remercie de nous avoir accueillis aujourd'hui, vous autres, chers membres de la commission, et de nous entendre sur un sujet qui nous inquiète bien particulièrement, quand on parle de garde à distance.

On aimerait parler un petit peu de l'historique du Comité. Le Comité a été fondé en 1982 et son mandat, le mandat du Comité, c'est surtout un mandat principal de défendre des droits individuels et collectifs. On a un mandat aussi d'accompagner et d'assister, sur demande, l'usager dans ses démarches. La composition actuelle du Comité des usagers depuis, on peut dire, l'intégration de la clinique Roy-Rousseau à Robert-Giffard, qui est la deuxième ligne, la clinique Roy-Rousseau, est de neuf usagers: six pour la troisième ligne et trois pour la deuxième ligne. Ça fait que le Comité est bien représenté en tant que tel.

En ce qui concerne les demandes des usagers, dans notre rapport, pour l'exercice financier 1995-1996, sur 72 demandes d'aide et d'accompagnement, 50 % des demandes de garde ont été levées par le médecin ou pendant l'audition de la Commission des affaires sociales. C'est pour vous dire un petit peu que souvent la cure fermée est utilisée comme moyen thérapeutique, beaucoup plus que la dangerosité de la personne.

Comme c'est moi qui vais présenter, entre autres, les pouvoirs de l'agent de la paix, on va tout simplement commencer comme tel. Nous croyons d'abord que nous avons reçu quand même, depuis le temps que le Comité existe, un nombre d'années... On croit que nous avons quand même une expertise assez grande au niveau de la troisième ligne qui regarde la santé mentale et, depuis juin 1996, date d'intégration à la clinique Roy-Rousseau, nous avons acquis une certaine expérience au niveau de la deuxième ligne.

Nous tenons à vous dire que malgré le fait qu'il nous soit donné d'être ici aujourd'hui pour présenter notre mémoire, nous déplorons un peu le fait de ne pas avoir participé à la présentation du projet de loi n° 39, de ne pas avoir travaillé sur le projet de loi. Parce qu'on dit que l'usager doit être au centre des décisions, qu'on doit donner la primauté à la personne. Les usagers auraient aimé pouvoir faire partie de la rédaction du projet de loi.

Nous voulons également mentionner notre accord et notre appui aux groupes, aux propos contenus dans les mémoires qui ont été présentés avant aujourd'hui, concernant l'AGIDD et le Regroupement. Nous endossons leurs commentaires et leur position ainsi que la position d'autres comités d'usagers.

Les points suivants qu'on veut aborder au niveau du pouvoir des agents de la paix. On sait très bien que, dans le projet de loi n° 39, l'article 8 accorde un pouvoir discrétionnaire aux agents de la paix de conduire une personne, contre son gré, dans un centre hospitalier

pour subir un examen psychiatrique. Cette garde peut se poursuivre au plus 48 heures sans ordonnance du tribunal. Pour en arriver là, il faut une simple dénonciation d'une personne, mentionnée à l'article 15 du Code civil, et des motifs sérieux de croire que l'état mental de cette personne présente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Le pouvoir de l'agent de la paix est encadré par très peu de règles de contrôle, parce que ça lui laisse carrément toute latitude, c'est vraiment laissé à sa discrétion. Et autant il va y avoir de policiers, autant chaque policier va interpréter la dangerosité. On pense qu'à ce niveau là on devrait définir c'est quoi, la dangerosité immédiate, pour éviter autant que possible les abus qu'il pourrait y avoir.

• (15 h 10) •

Une chose qu'on retrouve, c'est que l'agent de la paix n'est pas suffisamment formé dans le champ d'expertise de la santé mentale pour porter des jugements aussi lourds de conséquences, lorsqu'il arrête quelqu'un sur simple dénonciation. Je peux vous donner un cas qui est mentionné dans notre mémoire, un cas que mon frère connaît très bien parce qu'il est médecin vétérinaire. C'est une famille, une compagnie familiale, une industrie laitière. Un jeune de 22 ans qui, à un moment donné dans sa vie, pouvait faire des périodes de psychose. Un beau matin, il se ramasse chez un voisin. On fait venir la police. Mais le jeune avait caché un chat dans son manteau. C'est pour vous dire le manque d'expertise ou d'expérience au niveau de la police... Même si on avait dit au jeune: Lève les mains, ouvre ton manteau, le jeune, il est parti, il est déconnecté de la réalité. On a tiré dessus et on a tué, justement, le jeune. C'est un jeune qu'on connaissait. Moi, je peux vous dire, par ma propre expérience personnelle, qu'étant une personne qui est passée par au-dessus d'une douzaine de tentatives de suicide et quand tu es suicidaire, même si la police m'avait dit: Lève-toi les mains, je leur aurais dit: Tirez-moi, parce que tu es déjà suicidaire et tu veux en finir.

C'est pour vous dire que les agents de la paix, là, je pense qu'il faudrait qu'ils aient une formation. Non seulement une formation, mais il y a toute une approche à avoir avec la clientèle psychiatisée ou qui est passée dans le milieu de la psychiatrie, ou avec une personne qui est perturbée par la vie. Il y a une approche à avoir avec ces gens-là et ce n'est pas évident que tous les agents de la paix l'ont, cette approche-là.

Je pense que l'approche qu'il faut qu'ils aient, bien, c'est beaucoup une approche écoutante, d'accueil de la personne, et peut-être pas d'arriver avec tout son attirail de policier aussi. Je pense que c'est d'arriver comme un simple humain, une simple personne, comme un ami. Si la personne n'est pas capable de remplir ce rôle-là, bien, qu'elle se fasse accompagner. Il y a des gens dans la société, des gens dans les CLSC qui ont une expertise à ce niveau-là. Donc, qu'elle se fasse accompagner d'une personne qui est capable de développer cette approche-là avec la clientèle pour éviter les conséquences tragiques qui pourraient arriver.

Nous sommes donc contre ces dispositions. Même si elles devaient avoir lieu, il serait primordial de préciser des critères d'ouverture à une telle privation de liberté. Je pense que d'arrêter quelqu'un, comme ça, il faut être... Comme je l'ai dit tantôt, il va falloir établir des balises. Parce que vous savez que le mari qui veut se débarrasser de sa femme, c'est facile, il appelle la police: Venez la chercher, elle est folle. On va l'emmenner sur simple dénonciation parce qu'on n'avait pas de critères d'établissements, de balises d'établissements.

Le voisin qui est, je ne sais pas, dans Sillery, dans un secteur élevé de Québec, s'il ne veut pas que sa maison baisse de prix ou qu'il a peur parce qu'il a des enfants, il va tout faire pour se débarrasser de quelqu'un qui est passé en psychiatrie. Notre usager s'est fait arrêter trois, quatre, cinq fois par la police. Bien, je pense qu'il va changer de place. Et, moi, j'ai beaucoup peur de ces abus-là. Est-ce qu'on a pensé établir des barèmes aussi pour... des systèmes qui feraient qu'on ne pourrait pas, n'importe qui, appeler pour n'importe quoi et pour des riens, des fois? Je vais m'arrêter là. Je voudrais maintenant laisser la parole à Mme Michèle Sheaff qui va nous entretenir sur la garde à distance. Merci.

**Mme Sheaff (Michèle):** Mesdames et messieurs, bonjour. Je parle tout particulièrement des questions concernant la pression sociale et le vice au consentement. Une personne sous garde à distance se trouve dans la communauté, comme la plupart des citoyens, comme vous et moi. Toutefois, elle se voit contrainte de vivre dans une zone d'exception aux droits et à la liberté garantis par la Charte des droits et libertés de la personne. Un simple appel du médecin aux policiers autorise ces derniers à ramener la personne, contre son gré, au centre hospitalier et les critères de rappel de la permission sont à peu près inexistantes. Je cite l'article 12, deuxième paragraphe: «Le médecin traitant peut révoquer cette permission sans préavis, s'il change d'avis quant aux risques ou bénéfices que comporte cette mesure.» Si le médecin change d'avis. Rien de plus. Il n'y a pas de critères, il n'y a pas de mécanisme de contrôle. C'est entièrement laissé à la discrétion d'une seule personne: le médecin traitant.

Nous croyons que cette situation créera énormément d'incertitude chez les usagers. L'avis du psychiatre étant le seul paramètre, cela laisse ouverture à des jugements arbitraires, c'est-à-dire des jugements qui ne sont pas liés par l'observation de règles. Avec si peu de précisions, les gens ne seront pas en mesure d'évaluer le type de comportement pouvant les amener à un retour forcé à l'hôpital. Permettez-moi de vous donner deux exemples qu'on connaît, qui démontrent qu'il peut y avoir des jugements arbitraires déjà sous la présente loi.

Une femme qui a un dossier psychiatrique a entamé un régime consistant en une cure aux raisins. Son fils s'est inquiété, il a appelé les autorités, celles-ci ont même défoncé la porte pour la ramener à l'hôpital. La garde en établissement a été levée aussitôt que le médecin a su qu'elle contestait cette mesure.

Une autre personne fut mise sous garde en établissement à plusieurs reprises parce qu'elle prêchait la bonne nouvelle dans un centre commercial. La garde fut bien souvent levée par le médecin avant la comparution devant la Commission des affaires sociales.

Alors, je crois que vous conviendrez que ces personnes n'avaient pas démontré de dangerosité soit envers elles-mêmes ou envers autrui. S'il fallait enfermer toutes les personnes qui entament des régimes amaigrissants ou qui partagent la foi religieuse, je pense que vous feriez mieux d'augmenter le nombre de lits disponibles.

Si de tels jugements arbitraires peuvent déjà être rendus sous la présente loi, on s'inquiète beaucoup de ce qui pourrait arriver avec l'ajout de la garde à distance. Sans critère aucun, les usagers ne pourront pas savoir quel genre de comportement pourra mener à une nouvelle privation de liberté. Ils vivront dans l'incertitude et la tension, ils marcheront constamment sur des oeufs et, chaque fois, ils se demanderont toujours: Bon, bien, si je chante à tue-tête, est-ce que le voisin va appeler la police? Si quelqu'un cogne à la porte, est-ce que c'est la police qui vient me chercher? Ils vont toujours être en train de se guetter et de s'inquiéter. Et, pour des personnes qui sont déjà précaires, ce stress malsain en soi risque de provoquer des rechutes.

Une garde à distance si ouverte aux abus de pouvoir laissera l'usager dans une position de vulnérabilité parce que le retour à l'hôpital pourra toujours être utilisé comme une forme de chantage. Cela pourra vicier son consentement, le mettant dans des conditions où il sera très difficile pour cette personne d'exercer sa volonté et son libre choix. Par exemple, l'usager pourra continuer de prendre des médicaments même si ceux-ci lui causent beaucoup d'effets secondaires très pénibles ou même s'il favorisait une approche différente, parce qu'il a peur que, s'il arrête de prendre ses médicaments, on va le ramener à l'hôpital. Il pourra adhérer à tout ce qu'on lui dit de faire, dans une famille d'accueil ou dans une résidence spéciale, parce qu'il aura peur qu'on le retourne à l'hôpital. On peut même lui demander de faire des choses aberrantes ou anormales, mais cette personne les fera quand même parce qu'elle est dans une situation de vulnérabilité.

Il pourra garder un médecin traitant avec qui il ne s'entend pas et en qui il a perdu confiance pour ne pas offusquer le psychiatre et se voir ramener à l'hôpital de force. Et ces choses, il ne les fera pas de son plein gré, mais parce qu'il a peur d'être privé de sa liberté. C'est comme condamner une personne à vivre sous une épée de Damoclès sans jamais savoir quand ni pourquoi elle pourra lui tomber sur la tête. Merci.

**M. Perreault (André):** J'aimerais maintenant laisser la parole à M. Éric Bilocq qui va nous parler de l'interprétation large du critère de dangerosité.

**M. Bilocq (Éric):** Bonjour. La Loi sur la protection du malade mental est une loi d'exception qui déroge à la Charte des droits et libertés de la personne. Cette

loi-là doit être interprétée de façon restrictive, logique et cohérente. Alors, pour nous, le fait d'y introduire une garde à distance où est-ce qu'un psychiatre va pouvoir permettre des sorties à une personne qu'il a lui-même considérée dangereuse, pour nous, ça nous laisse croire à un élargissement du critère de dangerosité, ce qui va aussi avoir pour effet d'inclure les gens qui sont simplement dérangeants ou marginaux ou les gens qui sont aussi non conformistes.

J'aimerais là-dessus vous donner des exemples qu'on a rencontrés de gens qui ont été mis en cure fermée, qui ont contesté leur cure devant la Commission des affaires sociales, et il n'y a pas eu d'audition parce que le médecin a levé la cure. C'est un homme qui était hospitalisé à la clinique Roy-Rousseau et qui, sans l'autorisation du médecin, décide d'aller manger au restaurant juste en face de la clinique. À son retour, qui, soit dit en passant, a été volontaire, le monsieur fut mis en cure fermée. Alors, c'est bien sûr que le monsieur a fait des démarches pour contester devant la Commission des affaires sociales et le médecin a levé de lui-même la cure. Il n'y a eu d'audition. Alors, cet exemple-là vous démontre jusqu'à quel point, sous la présente loi, il y a une interprétation large de la part de certains psychiatres. Ce qui nous inquiète, nous, avec la garde à distance, c'est que, comme M. Perreault l'a dit d'entrée de jeu, parmi les cures qui sont contestées, il y en a au moins la moitié qui sont soit levées par le psychiatre avant l'audition, soit levées par la Commission des affaires sociales.

Alors, selon nous, la garde à distance va venir accentuer ce pourcentage de cures fermées, en fait, que, nous, on considère comme gagné. On voudrait aussi vous soumettre que, nous, on considère la garde à distance comme l'équivalent d'une probation pour les gens criminalisés, à la différence que ceux qui sont sous probation, eux, ils connaissent les critères, ils connaissent les règles du jeu, c'est-à-dire ce qu'ils doivent respecter pour ne pas perdre leur liberté, et les usagers, eux, on ne le sait pas.

● (15 h 20) ●

Et, pour terminer, je voudrais vous dire que, pour nous, les gens qui sont sous garde à distance, on craint que la Commission des affaires sociales prenne plus à la légère ces demandes-là, compte tenu du fait que l'usager ne sera pas complètement privé de sa liberté. Merci.

**M. Perreault (André):** Maintenant, je cède la parole à M. Réjean Girard, pour la conclusion.

**M. Girard (Réjean):** Alors, bonjour. La première question qu'on peut se poser: Est-ce qu'on veut, dans un premier temps, faire des policiers des travailleurs sociaux de rue? C'est à se le demander, en ce sens que, nous, on s'y oppose. Bon, on dit qu'il n'y a pas de formation, et tout ça. J'imagine que, si jamais cette loi était adoptée, on va donner des formations à des policiers, on va travailler avec eux pour... Sont-ils vraiment

prêts? Et qu'est-ce qu'il faut faire comme charge, comme coût, pour arriver à avoir une efficacité et une compétence? C'est pour ça que, là-dessus, on est vraiment résolu, devant cette affaire-là. On se pose de graves questions, en tout cas, par rapport au rôle du policier à l'intérieur de ça.

On parle de la garde à distance. Alors, nous, ce qu'on remarque, là, dans notre milieu, c'est qu'il y a beaucoup d'essais. Il y a des médecins qui le font. Présentement, au moment où je vous parle, il y en a qui essaient. On va essayer. Habituellement, c'est le client qui s'essaie, avec le médecin, pour une entourloupette, mais des fois c'est le médecin qui s'essaie pour voir: Est-il encore dangereux? J'imagine que le gars, il veut tuer sa femme, et là ça va très bien — on a vu ça à Baie-Comeau — il file très bien, il passe à l'hôpital et ça va très bien. Et, garde à distance, bien, là, il va faire sa job, il reviendra, et le médecin pourra bien se décharger et dire: J'ai essayé, mais il était encore dangereux. Cet essai dans la communauté nous interroge énormément, nous pose des questions, et ça dilue tout le thème de la dangerosité. Il n'y a plus de dangerosité avec la garde à distance, c'est complètement ridicule.

Présentement, quand la Commission des affaires sociales vient dans notre institution, alors il y a des médecins — et je vous dis que ce n'est pas la majorité — ils ont hâte, mais ils ont hâte. Il y en a, je pense, qui couchent avec ça sous la taie d'oreiller, avec le projet de loi. Ils ont hâte parce que c'est leur vision, c'est leur pratique. De toute façon, on voit des cures fermées. Vous savez, quand vous avez 25 ou 28 psychiatres dans une institution, ça fait bien une fin de semaine sur 29, ça? Alors, venez à moi, petits enfants. Le CLSC, on s'en fout. C'est l'hôpital qui reste là. Il y a des gens, et je vous le dis, qui vont aboutir en cure fermée pour des raisons tout autres que la dangerosité — et la preuve, les chiffres sont là, quand on parle de 50 % — et l'hôpital devient le centre où l'on traite. C'est bien, c'est correct, mais, par rapport à la dangerosité, alors là, moi, je dis: La garde, là, c'est le complet. Alors, là, on va avoir ce que, moi, j'appellerais la cerise sur le gâteau. On va mettre... Et la décharge du médecin lui-même, dans le fond, c'est qu'il essaie dans la communauté, voir.

Et, chez nous, on a vu ça il n'y a pas longtemps. Une de mes clientes, moi, s'est rendue chez son avocat, il n'y a pas tellement longtemps. Elle était en cure fermée et, là, elle est allée le voir pour lui demander quand est-ce que ça va se passer. Alors, lui, il la voit arriver dans le bureau, et il était tout surpris. Bien, le médecin faisait un test. Et on le fait, là. C'est un peu ridicule.

Alors, grosso modo, cette loi-là, au fond, elle nous interpelle, parce que déjà la présente loi, souvent... La dangerosité, par exemple, a un grand élastique. Avec celle qu'ils nous présentent là, il n'y aura même plus d'élastique. Là, il n'y a plus de bornes, on va s'en aller complètement dilué. Ça, je pense que c'est une des premières choses. Je pense aux deux examens, par exemple. Même actuellement on le voit, là, il y a deux psychiatres qui sont... La madame aux raisins de tout à

l'heure, là, c'est son fils qui aimait sa mère — et les parents aiment ça, les enfants, là, vous avez vu ça dans les discours — il aime sa mère et il a peur qu'elle meure, parce que, elle, à chaque fois qu'elle se donne une période aux raisins, là, pour récupérer, et elle y croit, et tout ça, elle a la manie de froter, et le père a convaincu le fils que la mère capote à ce moment-là, la mère chavire. Alors, qu'est-ce qu'elle fait? Elle frotte

Je ne sais pas, mais, dans un quartier pas très loin d'ici, dans une autre ville que Québec mais notre prochaine ville, là, une dame, qui se fait défoncer la porte, je ne sais pas si vous savez, dans un bloc-appartements, ce que cette femme-là a dû endurer au retour. Et puis il n'y avait aucune dangerosité, et là c'était la police, sur la demande du fils. Alors, c'est pour ça que, évidemment, cette loi qui vient, laissez-moi vous dire qu'on est drôlement inquiets dans la pratique. Et, nous, on parle tout particulièrement de la troisième ligne.

Alors, sur ça, moi, je vous dirai que notre inquiétude, espérons-le, rejoindra le gouvernement et qu'il y a des modifications qui seront apportées après avoir entendu... Je suis sûr que vous en avez entendu de toutes les sortes, mais j'espère qu'on vous aura chatouillé assez pour ramener ça, je ne sais pas, à une loi de la protection du malade mental qui va être moins large. Même si notre société, à certains moments, n'est pas tellement tolérante... Mais j'imagine qu'avec une loi de même il y a des gens qui vont sûrement être heureux, si elle était adoptée. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. Est-ce que vous avez... Ça va?

**M. Girard (Réjean):** Ça va bien

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre, si vous voulez commencer votre intervention.

**M. Rochon:** Oui. Bien, merci beaucoup pour votre démarche et la préparation de votre mémoire. Il y a des points de vue intéressants que je voudrais vraiment qu'on puisse approfondir un peu avec vous. Il y en a trois.

D'abord, la question de la dangerosité, puis, comme vous dites, qui est une notion, un concept qui n'est pas défini ou qu'on peut définir de différentes façons. Et c'est intéressant, je pense que c'est la première fois qu'on nous rappelle que le concept peut être plus ou moins relatif, dépendant du degré de tolérance d'une communauté ou d'un environnement par rapport à des comportements qui seraient jugés hors normes. Et il y a quelque chose de sûrement très important là. D'ailleurs, notre société, au Québec, a beaucoup évolué là-dessus. Je pense qu'il y a des comportements, aujourd'hui, qui sont très acceptés, voire tolérés, et ce n'était pas le cas il y a quelques décennies.

Maintenant, votre suggestion de tenter de la définir un peu plus, est-ce que vous avez des suggestions plus précises à nous faire là-dessus ou des références auxquelles vous avez eu accès?

**M. Girard (Réjean):** Bien, notre document parlait de comité multidisciplinaire qui, éventuellement, pourrait s'y pencher. Parce que vous savez que les intellectuels à travers le monde, ça fait longtemps qu'on essaie de le définir. C'est très difficile à définir, au fond.

**M. Rochon:** Oui, c'est ça.

**M. Girard (Réjean):** On espérerait, nous autres — et, dans notre document, on le disait — on souhaiterait qu'un comité se penche là-dessus pour essayer de saisir... Moi, je le sais, depuis des années que j'évoque dans ce milieu-là, et la dangerosité, ce n'est pas facile à définir.

**M. Rochon:** Ça, ça va. Maintenant, est-ce que votre suggestion, à ce moment-là, c'est qu'on peut procéder avec une législation qui introduit le concept ou qui limite l'intervention à une situation de dangerosité, pour bien distinguer de la situation du traitement obligatoire, et qu'on continue à travailler pour affiner de plus en plus la façon dont on utilise le concept, ou si vous nous dites plutôt que, tant qu'on ne l'aura pas vraiment raffiné, on ne devrait pas l'utiliser dans une loi? On peut avoir un peu le problème de la poule et de l'oeuf, là, à un moment donné, peut-être... Est-ce qu'on peut penser qu'on peut quand même assez le préciser présentement pour commencer à l'utiliser, mais bien reconnaître qu'il y a encore du boulot à faire là-dessus, et qu'on devrait continuer à raffiner progressivement le concept et la façon de l'opérationnaliser aussi?

**Mme Sheaff (Michèle):** Si je peux me permettre, je crois que le projet de loi n° 39, comme il est maintenant, il n'y a vraiment pas de critère, de mécanisme de contrôle. On sait que la dangerosité, c'est un concept qui est difficile à cerner, mais je crois quand même que, si on passe cette loi telle quelle, ça laisse ouverture à beaucoup d'abus de pouvoir. Parce que c'est un pouvoir qui est complètement discrétionnaire, qui n'est pas contrôlé par l'État ou par la société, et je crois que, dans une société libre et démocratique comme la nôtre, c'est inacceptable.

Parce que, bon, on peut présumer que les policiers et les psychiatres, c'est des personnes qui oeuvrent pour le bien-être des usagers et de la société, mais ils sont humains comme tout le monde, ils peuvent faire des erreurs comme tout le monde, ils peuvent faire des abus comme tout le monde, bon, ils ont des fautes comme tout le monde...

**M. Rochon:** O.K. D'accord.

**Mme Sheaff (Michèle):** ...et, lorsqu'on met une personne complètement à la merci d'autorités comme ça, je crois qu'il faudrait introduire plus de mesures pour pouvoir les protéger, du moins leur donner plus de recours pour s'en défendre.

**M. Rochon:** O.K. Je pense qu'on serait d'accord là-dessus, là, qu'il faut baliser un concept comme ça. Maintenant, la question est peut-être plus: Est-ce qu'on tient absolument à le baliser dans la loi ou si on peut le baliser dans des règlements et des guides de pratique?

• (15 h 30) •

**M. Girard (Réjean):** Moi, j'aurais le goût de vous répondre par la CAS. La CAS, en 1980, disait qu'il faut prendre garde que la cure fermée ne devienne pas un moyen de traiter quelqu'un contre son gré. Elle disait ça en 1980, indépendamment du critère de dangerosité. Déjà là, eux autres, en tout cas, nous mettent sur une piste. Vous retrouvez ça, d'ailleurs, pour votre information, à la page 235... c'est-à-dire le numéro 235, page 236.

**M. Rochon:** Oui.

**M. Girard (Réjean):** Déjà là...

**M. Rochon:** O.K.

**M. Girard (Réjean):** ...ils nous mettent sur la piste.

**M. Rochon:** Mais, si vous permettez, monsieur, je pense que ce projet de loi là, dans l'évolution qu'on a connue, veut marquer clairement cette différence-là...

**M. Girard (Réjean):** Oui.

**M. Rochon:** ...que la garde peut être demandée et imposée seulement de le cas de danger imminent.

**M. Girard (Réjean):** Oui.

**M. Rochon:** Et on a vu avec ceux qu'on a rencontrés juste avant qu'il y a des gens qui pensent autrement. Mais l'option du projet de loi, c'est dans le sens de ce que la CAS dit...

**M. Girard (Réjean):** Oui, oui.

**M. Rochon:** ...ce n'est pas une façon... On a changé les termes, même. On ne parle plus...

**M. Girard (Réjean):** Oui.

**M. Rochon:** ...de cure fermée, mais... Le Code civil a introduit un autre terme...

**M. Girard (Réjean):** Oui.

**M. Rochon:** ...de «garde en établissement» pour vraiment mettre très clair qu'il s'agit d'une détention...

**M. Girard (Réjean):** Oui.

**M. Rochon:** ...vraiment, à cause d'un danger imminent.

Mais la question, elle est plus... On peut la laisser ouverte pour le moment, mais vous voyez que c'est la décision qu'on aura à prendre. Est-ce que cette notion et la définition qu'on en retrouve dans le dictionnaire... la définition courante de «danger» et de «danger imminent» est suffisante pour bien identifier ce dont on parle dans la loi? Quitte, évidemment, comme on le fait dans beaucoup de cas, à baliser plus la pratique soit par des guides de professionnels, des codes de pratique, voire une réglementation. On peut aller jusqu'à baliser dans la loi. Là, l'inconvénient, c'est que c'est beaucoup plus rigide. Comme les choses peuvent évoluer, qu'on peut avoir des moyens de plus en plus raffinés, si on travaille avec un guide de pratique, on peut ajuster très facilement. Si on a balisé dans la loi, c'est plus sûr dans un sens, mais c'est plus rigide aussi. C'est un peu la balance...

**M. Girard (Réjean):** C'est le danger.

**M. Rochon:** ...des inconvénients qu'on aura à mesurer.

O.K. Je passe à une autre question, si vous voulez, dans ce sens-là. J'en ai seulement trois, mais elles ne devraient pas être trop longues.

L'autre, c'est toute la question de l'agent de la paix. Ma compréhension du projet de loi, moi, c'est que c'est très clair que l'agent de la paix, on ne lui demande pas de porter un jugement, à savoir: Est-ce que la personne a un problème de santé mentale ou pas? On ne lui demande pas non plus de procéder à une arrestation de la personne. Le seul jugement qui est demandé à l'agent de la paix, c'est de juger justement: Est-ce qu'il y a danger imminent pour la personne ou pour d'autres? Vous disiez: Est-ce qu'on demande ça à un agent de la paix pour lui faire jouer un rôle de travailleur social? Je pense que vous l'avez utilisé comme comparaison. Là, je vous pose deux questions. Il y a toute cette notion, d'une part, de police communautaire, mais le rôle du policier ou de l'agent de la paix peut être, évidemment, peut-être en premier lieu, de s'occuper des criminels...

**M. Girard (Réjean):** C'est cher.

**M. Rochon:** ...des comportements criminels. Mais est-ce que, étant dans la communauté aussi, c'est quelqu'un qui, par sa formation, peut agir de façon préventive, dans certains cas, et peut même aider les gens? Donc, est-ce que cette notion, vous l'acceptez ou vous la refusez? Indépendamment même de ça, on nous dit que dans la pratique, présentement, les agents de la paix sont amenés parfois, sont appelés pour aider des gens à se sortir de ces situations qui deviennent difficiles, qui deviennent tendues. Là, la question se pose: Est-ce qu'on est mieux de laisser aller comme ça ou si c'est utile de baliser un peu une pratique qui s'est établie de toute façon?

**M. Girard (Réjean):** Au fond, on a déjà des travailleurs de rue. Dans la communauté, vous parlez

vous-même, M. le ministre, de mettre un peu plus d'argent. J'imagine qu'à Sillery il n'aurait peut-être pas été nécessaire de défoncer la porte et que les agents de la paix... je veux dire, les bavures, les nombreuses bavures — je ne veux pas étaler les bavures qu'il y a eu ces dernières années — où, brusquement, on tire à travers une porte de motel ou... On sait très bien... D'abord, c'est un emploi très délicat. On sait, par les temps qui courent, que ce n'est pas facile d'être policier, mais je pense qu'ils ont encore de gros sabots, quand même, sans préjuger pour autant.

Mais, je veux dire, comme il y a danger de part et d'autre, et là on parle de danger imminent, on peut se demander si les travailleurs de rue, les travailleurs sociaux, des gens du milieu... À la rigueur, si on demande à la police, mais que des gens accompagnent, par exemple. On a déjà, dans des villes comme Montréal et Québec, des gens qui travaillent à peu près 24 heures par jour dans la communauté. Vous savez, la notion de police communautaire... En tout cas, on n'est pas devant le ministre de la Justice ici, mais tu sais... Je veux dire, il y a toute une philosophie derrière ça.

Mais il faut se demander si l'argent est mis à la bonne place et si les agents de la paix ne pourraient pas avoir une collaboration du milieu pour aller chez les gens, ce qui faciliterait, selon moi, les choses. En tout cas, c'est à espérer que ce soit plus facile.

**M. Rochon:** Bon point. Une dernière question, vous permettez? Je me tiens tranquille après.

La garde à distance. Là, je voudrais préciser si je comprends bien ce que vous nous dites. Il y a deux choses, me semble-t-il. D'une part, une pratique qui peut s'établir dans la façon de traiter quelqu'un, où le traitement ou une période peut comprendre des séjours dans la famille, dans la communauté, mais avec retour à l'hôpital et une intégration ou une réintégration sociale progressive pour aider quelqu'un. Je crois comprendre que, ça, vous n'êtes pas contre ça dans la mesure où c'est un plan de traitement qui est convenu avec le patient, la patiente et que les gens sont d'accord là-dessus. Ce que vous nous dites, ça, ça peut se faire, mais pas pour des raisons de dangerosité. La personne est dangereuse ou pas, qu'elle soit gardée si on avait une bonne raison de déclarer une garde, que la garde dure le temps qu'il faut pour qu'on soit sûr que la dangerosité est disparue et, là, la question d'avoir un retour progressif est une autre question, c'est une modalité de traitement, et il ne faut pas mêler les deux. C'est un peu ça que vous nous dites?

**M. Girard (Réjean):** Oui.

**M. Rochon:** O.K.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** À mon tour de vous remercier bien sincèrement pour les témoignages que vous nous apportez

aujourd'hui. C'est un peu dans la foulée des autres groupes qu'on a pu entendre. Vous nous faites des remarques extrêmement pertinentes.

Je voudrais, à mon tour, vous questionner sur l'article 24 et être bien sûr que je saisis votre position. C'est sur les mesures de protection. D'un côté, vous semblez dire que ces mesures-là doivent être prises comme dernier ressort, à la limite, et, à la fin, vous dites que, évidemment, «il demeure implicite que le régime juridique du consentement aux soins continue de s'appliquer en pareille circonstance».

Ce que j'aimerais savoir, c'est: Est-ce que vous voulez qu'on retire l'article 24 du projet de loi n° 39 ou si vous préféreriez le bonifier... l'encadrer — excusez, bonifier, non — donner des paramètres, à quel moment utiliser les mesures de contention, par exemple? J'apprécierais avoir des éclaircissements sur cet article.

**Mme Sheaff (Michèle):** D'accord. L'idée, c'était de l'encadrer. Je crois que c'est une bonne chose de spécifier que ces mesures ne doivent être utilisées que de façon minimale, mais aussi en cas d'urgence seulement.

Le problème avec ces mesures-là, c'est qu'elles peuvent être utilisées pour pousser quelqu'un à être traité contre son gré. La chambre d'isolement, les contentions, c'est un peu un bâton dans un traitement behavioral: Bon, si vous ne faites pas ça, on vous envoie en isolement.

Il ne faudrait pas que ce soit utilisé dans un sens behavioral, un traitement behavioral. C'est un traitement, ça doit être utilisé seulement avec le consentement éclairé de la personne. Donc, si on veut introduire les mesures de protection dans cette loi, ça devrait être fait avec des critères et des paramètres spécifiques pour ne pas qu'on abuse de ces mesures de protection. On parle ici d'une loi qui protège les personnes atteintes de maladie mentale. Il nous faut non seulement les protéger d'elles-mêmes et protéger la société de ce que ces personnes peuvent faire lorsqu'elles sont en mauvais état, mais il faut aussi les protéger des psychiatres ou autres autorités qui vont avoir un pouvoir très énorme sur elles.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Oui?

**M. Marsan:** M. le Président, oui. Je vous remercie pour ces informations. Je me permets de mentionner que... corrigez-moi... C'est Mme Sheaff. C'est ça?

**Mme Sheaff (Michèle):** Oui, c'est bien ça.

**M. Marsan:** Vous nous avez adressé une lettre extrêmement importante aussi qui concerne un peu ce que vous avez traversé au niveau des cures fermées. Je ne sais pas jusqu'à quel point vous souhaitez... Vous vouliez à ce moment-là, je pense, en faire part à la commission, mais je pense que c'est tellement important, puis ça donne toute la problématique des cures fermées et des difficultés qu'on peut rencontrer. Je ne sais pas si vous voulez nous glisser quelques mots, à ce moment-ci.

**Mme Sheaff (Michèle):** Je me trouve dans une situation très délicate où je voudrais vous faire part de mon expérience personnelle parce que c'est un exemple très concret, très concluant que la cure fermée, la garde en établissement peut être abusive, que les psychiatres peuvent faire des erreurs et qu'ils peuvent user de leur pouvoir sur quelqu'un, de mauvaise foi.

• (15 h 40) •

Malheureusement, à ce moment-ci, je ne peux pas fournir de détails sur mon expérience personnelle, pour des raisons spécifiques.

**M. Marsan:** Je pense que vous avez quand même adressé une lettre aux membres de la commission et j'inviterais sûrement les membres de la commission à prendre connaissance de la lettre qui nous a été envoyée.

**Mme Sheaff (Michèle):** Je vous remercie.

**M. Marsan:** Je voudrais ensuite vous parler de l'article 18 où on nous a suggéré, lorsque la personne sous garde doit pouvoir communiquer, en toute confidentialité, soit avec la Commission des affaires sociales, le Curateur, l'avocat, le représentant ou la personne habilitée à consentir aux soins requis, qu'on inclue ou qu'on ajoute, plutôt, les organismes d'aide aux patients qui pourraient donner vraiment un coup de main. J'imagine que vous pourriez être d'accord, vous, avec cette recommandation?

**M. Girard (Réjean):** Ça, c'est définitif. Quand on dit, au départ, que l'Association des groupes d'intervention en défense des droits, on était aussi derrière leur rapport, il est évident qu'on est... Oui, c'est un gros oui.

**M. Marsan:** Il n'y a pas un danger ou est-ce que vous seriez d'accord aussi pour avoir une liste de ces organisations-là, ou si vous préférez que peut-être on puisse y faire référence, juste par une généralité, en disant «les organismes d'aide bénévole», comme on le fait pour d'autres, ou si on serait mieux d'avoir le nom de ces organisations-là?

**M. Girard (Réjean):** Nous, au fond, ce qu'on désire toujours, c'est que les portes lui soient ouvertes, quelles que soient les portes où il va frapper. Alors, ça peut être des organisations, évidemment, de défense des droits. Vous avez entendu, ici, aujourd'hui même, cet après-midi, deux types de discours différents.

Il est bien sûr que, quand on parle d'association bénévole, on peut avoir des orientations très différentes, bénévoles ou organismes avec permanents, mais, quand on parle plus de défense de droits, à ce moment-là... C'est parce qu'il y a toutes sortes de visions, aussi, vis-à-vis... Mais que la liberté soit accordée à la personne, qu'elle puisse atteindre des gens dans lesquels elle peut avoir confiance. Si elle fréquente déjà un organisme, d'être capable d'entrer en contact avec.

On peut dire, nous, en troisième ligne, qu'on n'a pas cette problématique-là dans le quotidien. On ne l'a pas, ce vécu-là. Habituellement, nos gens réussissent très bien à faire leurs communications. Ça, on ne le vit pas présentement chez nous, mais je sais que ça se vit ailleurs, quand même.

**M. Marsan:** La déjudiciarisation du processus, on pense à un rôle accru... Par exemple, il y a des groupes qui nous ont suggéré ça, rôle accru de la Commission des affaires sociales. Qu'est-ce que vous en pensez? C'est que les tribunaux conventionnels pourraient être remplacés par la Commission des affaires sociales qui va dans les établissements. J'aimerais vous entendre sur ça.

**M. Girard (Réjean):** Moi, je reviendrais avec la police de tout à l'heure, dire: Nos tribunaux, oui, mais, je veux dire, les gens de la Commission des affaires sociales, comme on la connaît, sont habitués d'entendre ce type de... je veux dire, il y a comme une relation bien établie. Et déjudiciariser, de toute façon, on sait que ça se fait beaucoup.

Moi, je vais vous dire de quoi, je vais vous poser la question. Tous les gens qui nous sont envoyés par la cour présentement, tous sans exception, ressortent avec une étiquette psychiatrique. Je vous pose la question: Vraiment, «c'est-u» sérieux, ça? «C'est-u» sérieux que toute personne, dont une personne, un juge de la cour demande d'aller du côté de la psychiatrie voir qu'est-ce qui se passe avec cette personne-là, sorte avec une étiquette? La judiciarisation, on dit souvent qu'à des endroits, comme ici, à Québec, ou à la prison, on retrouve beaucoup de psychiatisés qui sont là, qui ont passé par la voie judiciaire mais qui se retrouvent à la place de gens... Et je pense que, ça, c'est vrai que des gens se retrouvent, au fond, pénalisés. Quoiqu'on peut se poser la question des fois, ce n'est pas des criminels qui se retrouvent chez nous. Ça peut arriver aussi. C'est possible, ça, que l'inverse se produise. Mais, moi, à votre question, je suis bien perplexe, même très perplexe, très, très, très.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va, M. le député?

**M. Marsan:** Oui.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député de Taschereau.

**M. Gaulin:** Oui. J'ai beaucoup aimé votre intervention et, en particulier, j'y ai vu des considérations qui relevaient de l'humour, qui est une grande distance importante entre le réel et ce qui nous arrive. En particulier, je pense que c'est M. Bilocq qui donnait, au niveau du lexique, certains équivalents de ce qu'on pourrait considérer, par ailleurs, dans une vision très autoritaire, comme maladie mentale. Il nous parlait de

l'excentricité, par exemple, qui n'a rien à voir avec la santé mentale, de l'originalité, au sens où Fréchette la définissait «originos des détraqués», de la non-conformité aussi, de l'anarchie, parce que l'anarchie aussi, elle est très incommode dans les sociétés, et ce n'est pas du tout la folie. On sait fort bien qu'il y a des sociétés qui ont profité de certains bâtons qu'elles avaient pour mettre en prison ou à l'asile les anarchistes.

Alors, est-ce que vous pensez, entre autres, qu'un des problèmes souvent ne vient pas de la peur que nous avons des mots? On n'ose plus, par exemple, parler de folie. On sait que, dans les sociétés anciennes, d'ailleurs, il y avait un type de folie qu'on jugeait très tolérable. Moi, je me souviens, dans ma paroisse natale, d'avoir confronté des gens qui circulaient très librement et dont on pouvait dire qu'ils étaient fous ou folles, mais ça ne dérangeait personne. Alors, le fait que, dans la vie moderne, dans les démocraties modernes, on a beaucoup développé l'ouverture à une certaine folie... Je pense à Léo Ferré: «Je connais la folie, je couche dans son lit...» Est-ce que vous pensez que cette loi — et c'est ce qui m'a frappé dans votre intervention — doit rester pédagogique et qu'elle ne doit pas donner du cordeau ou des bâtons à des gens qui voudraient l'utiliser? C'est ce que j'ai cru comprendre, en particulier de la part de M. Girard.

**M. Girard (Réjean):** C'est une de nos inquiétudes. C'est une de nos grandes inquiétudes. C'est le pouvoir sur les individus. Je vais passer un message au ministre: M. le ministre — je vais en profiter, j'ai une chance aujourd'hui — saviez-vous qu'à Robert-Giffard il y a plein d'hospitalisations qui sont dues parce que vous avez passé au feu? Que vous n'avez pas d'argent pour finir votre mois? Il y a des cures fermées qui sont aussi insensées que ça.

Dans toute l'approche actuelle, il y a comme un cercle vicieux. L'institution veut développer des ressources externes et il y a des gens pleins d'attentes, dans les admissions, actuellement, qui attendent parce qu'il n'y a pas de ressources à l'extérieur. Je ne sais pas si vous voyez. L'institution veut... Et là, je dis bien «l'institution». Elle ne dit pas: Je vais donner de l'argent à la communauté pour qu'elle développe. Je veux développer, moi. Et là, actuellement, il y a plein... Et ça, ça nous coûte 300 \$, 400 \$ par jour, par personne. Et, quand on parle d'abus, il y a tout place à ça, là, dans des circonstances comme ça. Je fais juste... Vous deviez le savoir, là, mais, en tout cas. Je vais être donc content, ce soir, mais que je me couche, je vais vous l'avoir dit.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. M. le député. Oh! excusez...

**Mme Sheaff (Michèle):** M. le Président, quelque chose rapidement, là. Comme M. le député de

Chauveau disait... Il y a une expression, pour décrire l'abus de pouvoir, qui dit «quand on a un marteau, tout ressemble à un clou». Puis là, avec cette loi-là, les psychiatres ont déjà un marteau, mais là vous leur donnez une massue sans pour autant garantir qu'ils ne vont s'en servir que sur des clous.

Et, à ce sujet, je voudrais attirer votre attention sur la dernière recommandation faite dans notre mémoire, la recommandation 5: «Afin de dissuader les gens d'utiliser cette loi de manière abusive, celle-ci devrait comporter des sanctions visant les cas de mauvaise foi, dans l'utilisation des mécanismes qu'elle prévoit pour mener à une privation de liberté.» Parce que présentement il n'y a rien qui empêche des abus de pouvoir avec cette loi-là en main.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. M. le député de Robert-Baldwin, pour votre conclusion.

**M. Marsan:** Bien, vous remerciez de ces témoignages extrêmement éloquentes et de l'appui que vous nous donnez à nous, comme parlementaires, lorsque vous nous présentez un mémoire de cette qualité. Je pense que c'est vraiment très apprécié. Vous nous faites des recommandations qui sont des plus pertinentes; on va en retenir plusieurs. On va être très attentifs aux articles 8, 24 et aussi à toute la problématique de la garde à distance. Je pense que c'était assez évident. Alors, merci encore pour votre participation.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre, pour votre conclusion.

**M. Rochon:** Oui. Vous nous avez dit, au tout début, que vous auriez souhaité être consultés depuis longtemps. On en est très, très conscients. Il faut toujours commencer quelque part. Alors, au moins aujourd'hui, c'est une première, je pense, une première fois où les groupes représentants d'utilisateurs sont formellement associés à une consultation sur un projet de loi. Alors, je reconnais que ça aurait peut-être pu se faire plus vite, mais on tenait à ce que vous y soyez associés. C'est une première, ça ne sera pas une dernière. On va continuer à vous garder comme des collaborateurs, je l'espère, parce que, dès les prochaines semaines... pour compléter des actions qu'on veut faire dans la santé mentale, bien au-delà du projet de loi qui est un élément important, qu'on pourra améliorer, avec les recommandations qui nous sont faites en commission parlementaire, pendant cette consultation-là. Il y a d'autres mesures qu'on va vouloir prendre, qu'on va rendre publiques dans des orientations ministérielles d'ici quelques semaines, pour une phase de consultations, là aussi, sur la façon de faire pour avoir les bons ajustements.

• (15 h 50) •

On est très conscients du genre de difficultés que vous avez soulevé, mais je peux d'emblée vous assurer que, dans ces orientations ministérielles, il y a là une

intention de vraiment développer de façon importante les ressources qu'on peut utiliser, en voyant l'éventail de toutes les alternatives possibles à l'institutionnalisation et pour, entre autres, pouvoir garder les lits qu'on gardera de toute façon, on va en garder pour ceux qui en ont vraiment besoin, et s'assurer que tous ceux qui peuvent avoir un traitement, des soins, un soutien différent d'une institutionnalisation, ça puisse se faire et le plus possible de façon préventive. Je pense qu'on en est rendu à parler d'éviter l'institutionnalisation plutôt que de désinstitutionnaliser. Merci beaucoup de votre collaboration.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mesdames et messieurs, au nom des membres de la commission, merci beaucoup. J'invite maintenant les représentantes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à se présenter.

(Consultation)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous reprenons nos travaux en recevant les représentantes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Mme Boudreau, je pense que c'est vous qui êtes la porte-parole et vous allez présenter les gens qui vous accompagnent.

#### Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

**Mme Lévesque-Boudreau (Denise):** Oui. Bonjour, M. le Président. Je suis Denise Lévesque-Boudreau, vice-présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Je vous présente, à ma droite, Céline Pilon, qui est infirmière clinicienne, membre du bureau et également présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie et en santé mentale; à ma droite, Andrée Duplantie, qui est infirmière, conseillère à la planification et au développement professionnel au siège social de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Je veux d'abord vous remercier de nous entendre devant cette commission. Alors, c'est avec grand intérêt que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec soumet aux membres de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ses réflexions et ses recommandations sur le projet de loi n° 39, Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives.

J'aimerais vous rappeler que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec constitue un des plus importants ordres professionnels au Québec avec plus de 65 000 membres, dont près de 8 % oeuvrent actuellement dans le domaine de la santé mentale. Les infirmières en santé mentale mettent en place des services qui permettent des interventions de nature brève et intensive lors de situation de crise. Leurs interventions auprès de cette clientèle sont nombreuses et diversifiées. Les unités de traitement transitoires et la mise en place d'équipes

d'intervention en situation de crise à l'urgence en sont de bons exemples.

De façon générale, l'Ordre souscrit à l'esprit du projet de loi qui cherche à déjudiciariser et à assouplir les mécanismes relativement à la protection des personnes atteintes de maladie mentale. L'Ordre croit cependant que certains éléments du projet méritent d'être modifiés, compte tenu des conséquences importantes qu'ils pourraient avoir sur la population et sur les pratiques professionnelles.

• (16 heures) •

Si nous commençons au chapitre de l'examen psychiatrique, l'article 2 du projet de loi n° 39 indique que cet examen doit être effectué par un psychiatre ou par tout autre médecin, s'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile. Alors, nous nous questionnons sur comment sera interprétée, dans différents établissements et par différentes personnes, la notion de «temps utile». Tel que formulé dans le projet de loi, l'article 2, selon nous, laisse beaucoup trop de place à l'arbitraire.

Conséquemment, nous recommandons que soit reprise la formulation de l'article 2 pour prévoir que si, en raison — et ça, c'est en remplacement de la notion de «temps utile» — si, en raison de l'urgence, de la distance et des autres circonstances, aucun psychiatre n'est disponible dans la région où réside cette personne, un médecin détenant une expertise en santé mentale puisse procéder à l'examen psychiatrique de la personne devant le subir.

Toujours selon notre perspective, c'est qu'une personne ayant des problèmes de santé mentale et tenue de se soumettre à un examen psychiatrique est en droit de recevoir les services spécialisés d'un psychiatre. Alors, nous jugeons qu'il s'agit d'un examen complexe et important, qui requiert des connaissances et des habiletés certaines, et un excellent jugement clinique, spécifique à ce champ de pratique, et que tout médecin oeuvrant dans le réseau ne possède pas nécessairement cette expertise et ces habiletés.

Pour ce qui est de l'absence d'un psychiatre, le médecin qui procède à l'examen psychiatrique devrait être en mesure de répondre aux exigences pour procéder à un tel examen. À notre avis, le Collège des médecins devrait, dans ce contexte, envisager une procédure de certification qui lui permettrait de déterminer qui, parmi ses membres, dispose de toute l'expertise requise pour procéder à un tel examen.

Un autre questionnement. La loi n'oblige plus qu'un deuxième examen psychiatrique soit effectué pour confirmer le rapport du premier examen. Nous sommes d'avis qu'il serait préférable et plus équitable de maintenir l'exigence de deux examens psychiatriques. Et, avec les deux examens psychiatriques, si le premier a été fait par un médecin, on devrait obligatoirement exiger que le deuxième soit effectué par un psychiatre.

Le rapport de l'examen. À cet égard, il nous semble qu'il faudrait être plus explicite en ce qui concerne les motifs et les faits sur lesquels le médecin

fonde son opinion et son diagnostic, notamment sur ceux qui ont été communiqués par d'autres personnes. Nous comprenons que cette mesure est une mesure de prudence qui est introduite dans le projet pour s'assurer que tous les éléments d'information pertinents à la situation de la personne en cause soient pris en considération. D'une part, nous croyons que les propos des proches ou de la famille sont de précieuses sources d'information qu'on ne saurait négliger et qui peuvent contribuer à éclairer les médecins lors de l'examen psychiatrique. D'autre part, on sait que des situations d'abus pourraient surgir lorsque des informations provenant d'une tierce personne ne sont pas relativisées et objectivisées. Alors, le médecin devrait, en tout temps, valider ces informations provenant des tiers, en évaluer leur véracité et inclure une note à cet effet dans le rapport de l'examen psychiatrique.

Pour ce qui est de l'admission en garde provisoire, tout médecin... l'article 7 stipule que tout médecin peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, admettre une personne sous garde pendant au plus 48 heures, et ça, c'est sur la base de danger imminent. Quant à la notion de danger imminent, laquelle fonde la décision de la garde provisoire, elle se rattache, nous semble-t-il, à la notion d'urgence psychiatrique, laquelle mérite d'être explicitée. L'urgence psychiatrique est, d'une part, une situation de crise aiguë où la vie et la santé d'une personne sont gravement menacées. L'admission non volontaire d'une personne pour fins de garde provisoire doit constituer une mesure d'exception. Les motifs de dangerosité y donnant accès doivent être précis et bien établis.

Étant donné le pouvoir discrétionnaire très grand que l'article 7 accorde à tout médecin, nous suggérons que le médecin qui prescrit la garde provisoire devrait, à tout le moins, consulter des professionnels qui ont une expertise dans ce domaine. On peut penser à un médecin qualifié en santé mentale, à une infirmière en psychiatrie, à un psychologue ou à tout professionnel concerné. Ces personnes-là sont habilitées à évaluer les personnes afin d'établir des prévisions de dangerosité en regard de la violence et du risque suicidaire ou homicidaire, à l'aide de critères opérationnels. Le danger imminent, je le répète, devrait se faire sur la base de prévisions de dangerosité, lesquelles doivent être faites à partir de critères opérationnels, je le répète. Et le médecin qui, je le répète aussi, décide de la garde provisoire devrait toujours exiger une seconde opinion.

Alors, le consentement. On vient de dire que l'admission non volontaire constitue une exception au principe du consentement éclairé et passe outre à l'aptitude à consentir pour fins de protection de la personne présentant un danger pour elle-même ou pour son entourage. Alors, même si une personne peut être admise en garde provisoire sans son consentement, lorsqu'il y a imminence de danger, et même devant les inconvénients liés à l'obtention du consentement éclairé de la personne atteinte de maladie mentale et, de surcroît, en crise

aiguë, il nous apparaît important d'insister sur la nécessité d'évaluer régulièrement l'aptitude du patient à consentir, de l'éclairer sur la situation qui le concerne et de viser l'obtention de son consentement en tout temps. Il s'agit là, on vient de le dire, d'un processus continu qu'il faut réviser périodiquement.

Le lieu d'admission pour la garde provisoire, dans ce projet de loi, nous questionne également. Le projet de loi spécifie que seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires, disposant des aménagements nécessaires, ou un centre hospitalier peuvent être requis pour recevoir une personne sous garde afin de lui faire subir un examen psychiatrique. Nous observons que peu de CLSC disposent des aménagements convenables et, j'ajouterais même, des ressources professionnelles, ainsi que des plages horaires qui en réduisent l'accessibilité. C'est peu convenable pour assurer les soins requis pour une personne admise sous garde, à notre avis.

Alors, dès qu'il y a nécessité d'admettre sous garde provisoire, nous sommes devant une urgence psychiatrique qui nécessite des soins intensifs psychiques qui doivent être prodigués par des infirmières qualifiées et dans une installation adéquate et équivalente à celle que nous retrouvons dans les centres hospitaliers.

Nous nous interrogeons sur le degré d'improvisation relativement au fait d'identifier les CLSC comme étant des établissements pouvant recevoir des personnes sous garde provisoire. Nous pensons que le recours aux CLSC pour gérer des situations d'urgence psychiatrique ne sera rendu possible qu'en présence d'équipes spécialisées en soins intensifs psychiques et qu'actuellement le lieu à privilégier pour des soins psychiatriques spécialisés, requis par la garde provisoire, devrait demeurer les établissements hospitaliers de soins de courte durée. Nous sommes plutôt en faveur de la désignation de certains CLSC, par les régies régionales, comme établissements pouvant recevoir une personne pour fins d'examen psychiatrique seulement.

Les agents de la paix — on en a entendu parler tout à l'heure par les personnes qui nous ont précédés — cet article qui introduit l'intervention d'un agent de la paix dans des situations d'urgence psychiatrique répondrait à un besoin bien identifié par les familles qui ont d'énormes besoins de support lorsqu'elles sont en face de situations intenable lors de crise aiguë de l'un ou l'autre de leurs proches. Il ne faut pas exclure le corps policier du processus de gestion de crise aiguë. Nous recommandons davantage qu'un travail conjoint et de partenariat soit réalisé. La présence de l'agent de la paix, en plus d'être sécuritaire, peut avoir une grande influence sur l'arrêt du comportement dangereux de la personne malade.

Nous conseillons, dans l'application de cette disposition, la mise sur pied d'un programme de sensibilisation problématique de cette clientèle et de formation en intervention de crise aiguë pour les agents de la paix. Nous appuyons également l'affectation d'un officier de liaison, agent de la paix, par quartier ou localité, pour

gérer ce type de situation. Ces agents pourraient être en lien étroit avec des professionnels des centres désignés.

• (16 h 10) •

La garde autorisée par un tribunal. Alors, les types d'établissements — c'est aux articles 9 et 10 — ils sont indiqués. «Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être requis d'admettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil du Québec.»

Alors, nous sommes d'accord que la notion des aménagements nécessaires mentionnée dans cet article soit incluse dans le projet de loi, mais il faudrait, à notre avis, que cette notion soit précisée, notamment en ce qui regarde l'organisation de l'espace physique des lieux, l'équipement, l'organisation des soins et des services ainsi que la disponibilité d'un personnel qualifié. On sait que, surtout quand on pense à centre d'accueil et d'hébergement, le ratio personnel-clients est plutôt bas. On rencontre dans ces établissements peu de personnel qualifié en soins psychiatriques. Alors, cet aspect des aménagements nécessaires doit être considéré comme un prérequis au choix de l'établissement qui admettra et traitera les personnes atteintes de maladie mentale dans le cadre d'une garde prolongée. Nous croyons que les régions régionales devraient désigner, parmi les établissements mentionnés à l'article 9 du projet de loi, ceux qui disposent des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale.

Le congé temporaire nous a beaucoup questionnés, parce que nous croyons également que le congé temporaire, c'est une mesure qui favorise la réinsertion sociale sous bien des aspects, mais il nous apparaît incongru et un peu paradoxal, lorsqu'une personne est sous garde en vue de la protéger des dangers qu'elle présente pour elle-même ou pour autrui, que cette personne puisse bénéficier d'un congé temporaire et s'absenter du lieu de garde. Ça nous semble un peu incohérent. Si cette personne ne présente plus de risque sérieux et immédiat pour elle-même ou pour les autres, nous jugeons que la garde... est-ce qu'elle est toujours nécessaire? Tenir une personne sous garde nous apparaît, dans ce cadre, inapproprié à partir du moment où cette personne peut s'absenter de son lieu de garde.

Nous estimons qu'une personne atteinte de maladie mentale peut bénéficier d'un congé temporaire, mais jamais lorsqu'elle est sous un régime de garde, je le répète. Nous croyons que cette mesure ne devrait pas être introduite dans la Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale. C'est une loi d'exception.

Les documents d'information. Quant au *Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde* — à l'article 17 — présenté en annexe du projet de loi, ça nous apparaît très pertinent et ça va dans le sens de renforcer le droit de l'usager à l'information et de

l'informer de ses droits de recours. Cependant, à notre avis, il serait important d'instaurer des mécanismes pour assurer le soutien nécessaire aux personnes à qui le document est remis. Les infirmières sont habituées à faire de l'enseignement et, souvent, on remet des documents à des gens; s'ils ne savent pas lire... On sait qu'au Québec on a beaucoup d'analphabètes.

Dans l'hypothèse qu'avec le... La Commission des affaires sociales... on peut demander une révision, le client peut demander une révision de la décision de mise sous garde. Dans l'hypothèse qu'avec les nouvelles mesures proposées il peut y avoir beaucoup d'insatisfaction, dans le sens que seulement un examen médical peut amener quelqu'un à être gardé en établissement, nous risquons d'assister, à ce niveau, à une augmentation du niveau d'insatisfaction des personnes concernées et, partant de là, il pourrait y avoir une hausse des demandes de révision auprès de la Commission des affaires sociales. Cette constatation que nous faisons milite en faveur de la nécessité que soient maintenus les deux examens psychiatriques.

Mesures de protection. Alors, le projet de loi introduit une disposition qui oblige les établissements à respecter un minimum de règles administratives. Cet ajout rejoint, selon nous, la disposition du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Compte tenu de l'accroissement de la complexité et de l'intensité des soins dans ce secteur d'activité, de même qu'une plus grande charge de travail — actuellement, nous savons que, dans les hôpitaux, les infirmières font face à une augmentation de leur charge de travail — nous insistons sur l'aspect préconisant l'utilisation minimale à ces mesures de protection. La réalité actuelle dans les établissements de santé témoigne d'un nombre restreint de personnel soignant et suscite l'inquiétude de la part des infirmières quant à l'abus et l'usage non justifié des mesures de contention auprès des personnes malades.

L'utilisation de mesures de protection exige un monitoring rigoureux de la part des infirmières et du personnel qualifié en tout temps. Ces mesures de protection ne doivent en aucun temps être utilisées pour suppléer à la surveillance d'une personne qualifiée, particulièrement lors de l'utilisation des substances chimiques pour contrôler la personne, lorsqu'on sait que l'usage de neuroleptiques peut avoir des conséquences irréversibles sur la personne. Parce qu'on parlait également, dans le projet de loi, de contention chimique.

Nous croyons, dans cette optique, que les substances chimiques comme mesure de contention doivent être traitées différemment des autres types de contention et ne devraient pas apparaître dans le projet de loi. Lorsque nécessaires pour contraindre une personne, les substances chimiques sont prescrites par le médecin après évaluation.

Compte tenu que la condition de santé de la personne visée par l'utilisation des mesures de protection est en constante évolution, il serait certainement souhaitable d'assortir cette disposition d'une mesure exigeant

une évaluation régulière, sur une base continue de 24 heures et selon un protocole bien établi.

En conclusion, M. le Président, au-delà du projet de loi n° 39 visant à protéger les personnes atteintes de maladie mentale, il faut considérer sérieusement la mise en place de mesures de prise en charge adéquate de cette clientèle. Les mesures de protection, telles qu'exposées dans le projet de loi, ne remplaceront jamais un bon réseau de suivis, spécifiquement adapté pour des clientèles vivant avec des problèmes de santé mentale. Nous savons que, dans ce domaine, la prévention peut nous amener à éviter beaucoup de crises aiguës.

La consommation de médicaments par les personnes atteintes de maladie mentale est imposante et nécessite un suivi rigoureux. On sait pertinemment qu'un des facteurs contribuant à l'éclosion d'une situation de crise est la prise irrégulière de la médication. En bout de ligne, il est donc plus important de gagner l'adhésion d'un suivi systématique, souvent déficient en raison de l'organisation actuelle des services, que de compter uniquement sur le recours à l'admission en garde provisoire ou prolongée pour gérer ce type de situation. Et je vous remercie de votre attention.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie beaucoup. M. le ministre, pour votre intervention.

**M. Rochon:** Merci beaucoup pour votre rapport... votre mémoire et votre présentation. Il y a plusieurs éléments très intéressants dans ce que vous présentez. Je voudrais, pour les fins de notre discussion aujourd'hui, personnellement, en retenir deux pour vous demander peut-être d'élaborer ou d'explicitier un peu plus.

La première question est au sujet du congé temporaire. Je voudrais bien comprendre, là, parce que vous nous dites essentiellement que vous ne voyez pas trop la logique qu'il y a derrière ça. Avec toutes les présentations qu'on a eues jusqu'ici depuis le début de la commission, il semble se dégager qu'il y a deux espèces de logiques: soit qu'on est sur une logique de détention, ce qui est un élément important — c'est le but de la loi, je pense — où on dit que quelqu'un qui, pour des fins de protection, sera sous garde... Donc, ce n'est pas une question de traitement, c'est une question de détention. Et là, on sait que, dans nos sociétés, on a pris l'habitude que des gens qui sont en détention, pour différentes raisons, peuvent regagner leur liberté complète ou que ça peut se faire de façon progressive pour faciliter une réintégration sociale des gens.

Alors, quand vous nous dites que vous ne voyez pas trop la logique de la mesure, est-ce que c'est parce que vous ne croyez pas à l'efficacité de cette façon d'agir pour terminer une détention de façon progressive? Ou bien est-ce que vous nous dites que, comme certains... d'autres nous disent, s'il y a danger... il y a danger ou il n'y a pas danger et que, s'il y a danger, tant que danger il y a, on garde la personne en détention

et que, si on fait un retour progressif, on a changé de logique et on est plus dans une logique de traitement. et qu'à ce moment-là ça veut dire qu'on peut peut-être penser une réintégration progressive? Mais ce n'est pas dans une logique de détention. C'est donc pour permettre une réintégration sociale pour des fins de soins et qu'à ce moment-là ça veut dire que ça se fait avec le consentement de la personne. C'est un plan de soins qui est agréé entre le médecin, l'équipe soignante et le patient. Alors, vous basez votre...

**Mme Duplantie (Andrée):** Argumentation.

**M. Rochon:** ...jugement du paradoxal sur quoi, dans tous ces raisonnements-là?

• (16 h 20) •

**Mme Lévesque-Boudreau (Denise):** Je vais laisser ma collègue de gauche vous répondre.

**Mme Duplantie (Andrée):** M. le ministre, effectivement, il y a deux courants de pensée en regard de cet élément-là. Maintenant, quand on parle, quand même, d'une mesure qui est une loi d'exception ici, pour nous, ça nous apparaît paradoxal que, si cette personne-là, elle est dans une situation de danger imminent, on lui dit: Écoutez, maintenant, pensez à un petit congé provisoire. Si vraiment on pense qu'il n'y a pas de danger, pour nous, on va toujours aller travailler dans le sens du consentement, dans le sens que, pour nous, ce qu'on veut, c'est que quelqu'un puisse être aidé et, pour nous, comme c'est une mesure, une loi d'exception, on ne veut pas que... On sait aussi que la collaboration des patients, dans un contexte comme ça, autant que possible, on ne veut pas se rendre à cette mesure de loi d'exception et que, en toute logique, lorsqu'on peut lever la garde, c'est préférable. Mais nous sommes d'accord avec vous qu'il y a des mouvements de pensée et des mouvements américains qui ne vont pas tout à fait dans ce sens-là.

Mais je pourrais vous dire que l'argumentation sur laquelle, aussi, je me suis appuyée, à titre de présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie et en santé mentale... J'ai discuté, entre autres, hier, avec les membres de l'exécutif, et ce sont des gens qui travaillent dans différents milieux ou des champs cliniques, que ce soit en CLSC, que ce soit en centre hospitalier, que ce soit en centre de détention, que ce soit dans des milieux d'enseignement, et il y avait consensus sur cet élément-là.

**M. Rochon:** Consensus à l'effet de?

**Mme Duplantie (Andrée):** À l'effet que, vraiment, on n'autorise pas un congé.

**M. Rochon:** O.K. Donc, on voit plus le concept de danger ou de dangerosité comme un concept dichotomique, il y a danger ou il n'y a pas danger, plutôt qu'un concept continu, où il y aurait des degrés de dangerosité

avec une zone grise, où on pourrait procéder progressivement?

**Mme Duplantie (Andrée):** Oui.

**M. Rochon:** C'est ça qui est la conclusion. O.K. Merci. Une deuxième question, si je peux, au sujet de vos commentaires sur l'article 10. L'article 10, je pense, vise à s'assurer que quelqu'un ne risque pas d'être — et on a déjà cette mesure-là dans la loi actuelle, je pense — où quelqu'un ne risque pas de demeurer sous garde parce que — mon expression était peut-être un peu grosse — parce qu'on l'oublie, mais je veux vraiment encadrer et imposer un minimum de suivi et de réévaluation importante de la situation, à des intervalles qu'on précise.

Vous proposez que des rapports devraient être envoyés au tribunal plutôt que d'être conservés au dossier de la personne. Dans l'intention de l'article, moi, si je l'interprète correctement, je pense comprendre que la décision de maintenir ou pas la garde est une décision médicale prise au niveau de l'établissement. À ce moment-là, on peut se demander quelle est l'utilité que le rapport soit transmis au tribunal. Ou est-ce que vous lisez plus l'article ou suggérez plus que la décision de maintenir ou pas, ou de prolonger la garde, ce soit une décision qui devrait être prise par le tribunal plutôt que par le médecin de l'établissement?

**Mme Lévesque-Boudreau (Denise):** On ne retrouve pas cette recommandation-là, M. le ministre.

**M. Rochon:** Attendez une minute, je ne pense pas l'avoir... L'article 10... Alors, à la page 5 de votre mémoire, concernant la garde autorisée, vous faites référence à l'article 10 et votre recommandation 9: «Nous recommandons l'envoi systématique au tribunal des rapports concernant l'état de santé mentale de la personne sous garde, selon l'échéancier proposé.» Non. Oubliez ça, je ne fais pas référence à la bonne...

**Mme Lévesque-Boudreau (Denise):** Je pense que ce n'est pas dans notre mémoire.

**M. Rochon:** Non. Ça va. Merci. Effacez. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Avez-vous d'autres questions, M. le ministre?

**M. Rochon:** Non, merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Je vous remercie beaucoup d'accepter de vous présenter devant nous aujourd'hui pour nous faire partager votre expertise. Nous savons aussi tout le rôle, le support, le soutien des infirmières lorsque ces

problématiques qu'on est en train de décrire se produisent dans les salles d'urgence, bien souvent. Par expérience, on peut savoir qu'il peut arriver des cas où elles sont extrêmement démunies. Les agents de sécurité, par hasard, ne sont peut-être pas là, l'infirmier non plus et, finalement, les policiers, eux autres, ont déjà quitté. Donc, qui a le patient? C'est l'infirmière, et ce n'est pas arrivé seulement une fois. C'est arrivé trop souvent, merci.

Alors, je pense qu'ici on a une chance de donner un encadrement à une loi, mais une loi éventuelle, qui devra aller dans le sens, sûrement, de plusieurs de vos recommandations. Et, à ce titre-là, bien, laissez-nous vous exprimer que nous apprécions beaucoup la qualité de votre document.

Une première question, c'est l'article 4. Moi, j'ai pris une note, dans vos recommandations, à la page 22. Vous la répétez dans le texte également, mais je suis parti de vos conclusions et recommandations. Vous nous mentionnez que... «L'Ordre des infirmières recommande que la décision de mettre sous garde provisoire une personne qui présente pour elle-même et pour autrui un danger imminent doit être prise sur la base des prévisions de dangerosité, à partir de critères opérationnels.» Pourriez-vous nous donner des exemples de critères opérationnels? Et comment est-ce qu'on peut faire une prévision de dangerosité?

**Mme Duplantie (Andrée):** Il y aurait peut-être, par rapport à cet élément-là, M. le ministre, un élément, aussi, qu'on n'a pas beaucoup mentionné dans le mémoire, mais qui nous interpellait, à savoir que, de la façon que le projet de loi est libellé, il nous apparaît un délai très long avant qu'il y ait un examen psychiatrique ou une évaluation. Nous, ça nous inquiète, parce qu'on se dit... Sûrement que la notion de garde provisoire est dans le but d'une efficacité, mais, si on va jusqu'à 48 heures et 72 heures, s'il y a un congé férié, avant un examen, ça nous pose question sur la notion d'urgence psychiatrique. Et on se disait, dans le fond, qu'il devrait y avoir un genre d'évaluation initiale qui devrait être faite avant les examens, aussi, psychiatriques, pour éviter aussi... pour évaluer: Est-ce que la personne... Quelqu'un pourrait présenter des problèmes d'hallucination reliés à une prise de drogue, par exemple, ou à l'utilisation d'alcool à haute dose. Si on attend uniquement l'examen psychiatrique... On trouvait que cette mesure-là était très longue avant d'intervenir.

Pour ce qui est des affaires de dangerosité...

**Mme Pilon (Céline):** Il y a quelques instruments qui existent, où on a validé des critères qui permettent de mesurer le degré de dangerosité par rapport au risque suicidaire, par rapport à la violence, par rapport au risque homicide. Vous les avez dans nos références également. Les infirmières cliniciennes qu'on a consultées, lors de l'élaboration de ce mémoire, nous ont dit qu'elles étaient utilisées dans certains milieux pour évaluer la dangerosité, qu'elles ne devaient pas

nécessairement paraître en annexe du projet de loi mais que ce serait une bonne pratique que de les inclure lors de l'évaluation d'un patient qui se présente en urgence psychiatrique.

**M. Marsan:** Verriez-vous d'un bon oeil qu'on donne des pouvoirs accrus aux agents de la paix? Lorsque quelqu'un fait une demande, un agent de la paix peut intervenir. Est-ce qu'on pourrait aussi, peut-être, élargir cela aux ambulanciers, par exemple? Est-ce que ça pourrait être un ajout, d'après vous autres?

**Mme Duplantie (Andrée):** Dans les propositions que j'ai entendues des membres, il y avait des propositions à ce que, dans le fond, des gens soit d'Urgences-santé ou certaines personnes, des ambulanciers, d'autres groupes pourraient, s'ils avaient une certaine formation, entendons-nous, et aussi parce que certains groupes... On pense à certaines communautés culturelles, juste le fait de voir un agent de la paix, au lieu de diminuer l'agressivité, ça l'augmente. Donc, la mesure, le but n'est pas d'augmenter l'agressivité, mais bien le contraire. Ce qui fait que, pour nous, il pourrait y avoir possiblement d'autres personnes.

**M. Marsan:** Je pense que c'est important, en tout cas, comme commentaire, qu'il pourrait y avoir d'autres groupes qui pourraient être associés à un article comme l'article 8.

● (16 h 30) ●

Vous parlez aussi... Vous appuyez le projet de loi n° 39 qui préconise l'utilisation minimale des mesures de protection, mais vous recommandez de modifier la formulation de l'article afin de ne pas inclure les substances chimiques parmi les mesures de protection. J'aimerais ça que vous nous en parliez un peu. Quelles sont ces substances-là? Pourquoi vous voulez les exclure?

**Mme Pilon (Céline):** Une des raisons qui nous a amenés à faire cette recommandation-là, c'est qu'on trouve que les mesures de protection ne sont pas de même nature. Un moyen mécanique, l'isolement, est différent d'une contention chimique, c'est-à-dire qui nécessite la prescription par un médecin d'un médicament pour contraindre la personne qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

En outre, nous savons que, dans les établissements, une infirmière pourrait décider d'utiliser un type de contention mécanique, par exemple, pour restreindre un patient mais ne pourrait pas le faire pour la contention chimique. Alors, dans cette perspective, nous avons pensé que les contentions chimiques doivent être traitées différemment des autres mesures de protection.

**M. Marsan:** Est-ce que vous seriez d'accord aussi, pour déjudiciariser le processus, qu'on puisse peut-être donner plus de pouvoirs à la Commission des affaires sociales lorsqu'on parle de cure fermée? Est-ce que vous avez une opinion là-dessus?

**Mme Duplantie (Andrée):** On n'a pas vraiment d'objection là-dessus. La question qu'il y avait aussi, c'est la notion... Par rapport à la garde provisoire, on se posait la question: Jusqu'où la personne qui est mise en garde provisoire, même si elle fait appel à la Commission des affaires sociales pour faire une plainte, pourrait exercer son droit à l'intérieur du temps donné? Et, dans ce sens-là, si on peut répondre à ça positivement, ça pourrait aller.

**M. Marsan:** Peut-être, en terminant, sur... Vous savez qu'on s'apprête à faire un autre virage. Vous, vous avez eu l'expérience d'un virage ambulatoire. Je pense que c'est reconnu maintenant, il y a eu des fermetures d'hôpitaux, et les investissements n'avaient pas toujours été bien faits. On s'apprête à désinstitutionnaliser du côté de la santé mentale et on a beaucoup de craintes par rapport aux ressources alternatives qui ne sont pas en place. Je ne sais pas si vous auriez un conseil à nous donner ou une suggestion par rapport à toute cette vaste opération de fermeture de 3 000 lits qui s'annonce.

**Mme Lévesque-Boudreau (Denise):** Bien, nous, ce qu'on pense, c'est que peut-être qu'il y a un intérêt certain à fermer des lits plutôt que de garder des gens en institution. Par contre, ce que nous préconisons, c'est que les mesures ou les structures soient en place pour aider ces gens-là. On sait, par expérience, que, lors d'autres désinstitutionnalisations, par exemple, dans la communauté, les mesures n'étaient pas en place pour répondre aux besoins. Ce qu'on se dit, c'est qu'on doit être prudents pour s'assurer que les mesures soient en place avant que les événements arrivent. Alors, je pense qu'il y a des évaluations à faire et qu'il y a également des mesures à prendre pour s'assurer qu'on va quand même continuer de répondre aux besoins des clients. Je ne sais pas, c'est sûrement...

**Mme Duplantie (Andrée):** Nous ne sommes pas d'accord avec l'idée que, le plus possible, le patient soit proche de la communauté. Cependant, nous craignons un peu que les ressources ne suivent pas dans la communauté. Et on sait, par exemple, que du suivi systématique de clientèle, comme on en a vu en Ontario et aux États-Unis, c'est une mesure qui a favorisé une meilleure utilisation des ressources et une moins grande réhospitalisation des patients. Et nous sommes inquiets aussi, également, actuellement, avec l'assurance-médicaments, qui a commencé en janvier, où on a certains patients qui, disons, malheureusement, arrêtent de prendre leur médication psychiatrique. Parce que je pense qu'il y a un petit peu d'anxiété actuellement autour de ce sujet-là aussi, là, il y a un petit peu de panique, mais qui fait qu'on est inquiets parce qu'on ne voudrait pas se retrouver avec plus de problèmes qu'au-paravant. On est intéressés, dans la réforme, à travailler sur la prévention également, et je pense qu'on ne veut pas non plus que la santé mentale, ce ne soit que des

mots, mais que vraiment on se dise que c'est important, la prévention de la santé mentale. Et je pense que, autant au niveau des professionnels, on est intéressés à travailler en partenariat avec différents groupes communautaires, mais on est inquiets quand on entend que ça ne va être que des bénévoles qui vont s'occuper du communautaire. Enfin, je...

**M. Marsan:** Pour les patients qui sont atteints de maladie mentale, par rapport à l'assurance-médicaments, on nous indique des problèmes de deux ordres. Un, on sait que, auparavant, même si c'était gratuit sous l'ancien régime, il y avait déjà des difficultés de fidélité au traitement. Donc, on ajoute là le problème qu'il faut payer. Même si, dans certains cas, ça peut ne pas être élevé, dans d'autres, ça peut l'être aussi. Alors, difficulté. Et, deuxièmement, on nous a indiqué tantôt qu'il y a des effets secondaires, souvent, qui sont désagréables pour à peu près n'importe quel patient et que ça pourrait être une raison raisonnable pour un patient de dire: Bien, moi, je ne la prends plus ma médication. Est-ce que vous avez commencé à avoir des témoignages dans ce sens-là?

**Mme Duplantie (Andrée):** Bien, enfin, je vous dirais là-dessus qu'il y a toute une question à regarder en termes de coûts, aussi, des médicaments psychiatriques. Je veux dire, il y a certains nouveaux médicaments qui coûtent plus cher au point de départ, mais qui donnent moins d'effets secondaires et qui sont documentés à l'effet, effectivement, que ces gens-là ont une meilleure réinsertion sociale et qu'il y a moins de coûts de réhospitalisation. Bien, cet élément-là, il est important aussi à regarder quand on parle de coûts pas seulement immédiats, mais à moyen, long terme.

**M. Marsan:** Alors, je vous remercie.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. M. le député. Votre conclusion?

**M. Marsan:** Oui, bien, je remercie bien sincèrement encore une fois, les représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers. Je pense que vous nous avez laissé des recommandations pertinentes, mais aussi des messages, dans la désinstitutionnalisation à venir, de ne pas faire les mêmes erreurs qui ont été faites dans le virage ambulatoire, des messages dans l'assurance-médicaments, surtout auprès de la clientèle des patients qui sont vraiment démunis, ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci. M. le ministre, pour votre conclusion.

**M. Rochon:** Oui, je vous remercie beaucoup. Je pense que les infirmiers et les infirmières, vous êtes sûrement un des groupes professionnels qui est le plus impliqué en ce qui regarde les gens qui souffrent de

problèmes, de troubles ou de maladies mentales et que votre collaboration sera aussi dans l'avenir très, très importante. Alors, vos commentaires vont nous être très utiles. Je voudrais profiter de ma conclusion pour vous rassurer sur une base de faits et pouvoir dissiper un peu les nombreuses rumeurs qu'on entend et qu'on fait courir quant aux intentions qui sont derrière les orientations ministérielles qui seront publiées très bientôt, dans les prochaines semaines, pour une consultation sur la façon de les mettre en oeuvre.

On sait qu'on avait eu, en 1989, une politique de santé mentale. Il y a eu une évaluation de faite au niveau du ministère et aussi par le Vérificateur général, et les deux concourent pour nous dire qu'on n'a pas appliqué — assez loin, en tout cas — qu'on a très peu appliqué la politique qui visait justement à développer plus les ressources communautaires, les ressources alternatives, à développer plus une approche préventive, comme vous le souhaitez, de sorte qu'on n'ait pas tellement à parler de désinstitutionnalisation, mais plutôt d'éviter l'institutionnalisation ou de la raccourcir le plus possible, parce qu'il y a d'autres approches, d'autres traitements, d'autres encadrements qui sont offerts aux gens.

Alors, je voudrais bien vous assurer que ce qui va être fait, que les orientations qui vont être proposées sont dans ce sens-là et que, comme on commence tranquillement à se sortir du bourbier dans lequel on s'est retrouvés sur le plan financier, on peut entrevoir la prochaine étape sans être obligés de réaliser un objectif budgétaire à l'intérieur des budgets de santé mentale et que le spectre de la fermeture des lits ne sera pas si grave que ça. Parce qu'on sait qu'il y en a une bonne partie — peut-être 1 000, me dit-on — qui sont occupés par des gens qui ont un problème de déficience mentale et qui ne devraient pas être là de toute façon, que l'endroit approprié pour leur donner des bons soins serait plus dans un centre d'hébergement et de soins prolongés et qu'il y a présentement, dans à peu près toutes les régions, une évaluation clinique des besoins de ces gens-là. Alors, les lits qui vont se libérer, c'est parce que les gens vont être ailleurs, à un endroit où ils vont être mieux, et ça, ça va commencer à nous donner des ressources pour pouvoir vraiment amorcer une plus grande intensité de travail au niveau de la communauté avec des formules alternatives. Et, à mesure qu'on aura du succès et qu'on évitera aux gens d'être institutionnalisés, on va pouvoir vraiment changer complètement la dynamique dans ce domaine-là.

Alors, je pense que vous pouvez être rassurés, et on aura à se reparler sûrement dans quelques semaines, quand on fera la consultation sur la façon de faire, et on sera heureux de vous entendre là-dessus aussi. Merci beaucoup.

• (16 h 40) •

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Alors, mesdames, au nom des membres de la commission, merci beaucoup. Maintenant, avec la permission des membres de la commission, je vais modifier l'ordre du

jour et nous allons recevoir les représentantes et le représentant du Parrainage civique de la banlieue Ouest.

À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant les représentantes et le représentant de Parrainage civique de la banlieue Ouest. Je souligne aux membres de la commission que vous aviez demandé à être reçus, mais que vous n'étiez pas sur la liste, qu'hier on a communiqué très rapidement avec vous, et vous voilà déjà devant nous. Alors, nous, ça nous fait plaisir de vous recevoir, et on s'excuse si ça vous a fait travailler peut-être un petit peu fort dans les dernières heures. Alors, Mme Tanguay, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent. Et, encore une fois, vous parlez dans la langue qui vous convient.

#### Parrainage civique de la banlieue Ouest

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Merci. Je veux vous remercier de nous donner un rendez-vous, un «écouteur». Est-ce que c'est un bon mot, là? En tout cas, c'est très gentil de votre part, parce que, de la part des groupes communautaires partout au Québec, je pense que c'est très bon d'avoir du temps pour donner nos inquiétudes sur la loi n° 39. Je veux introduire les personnes qui m'accompagnent: c'est Mme Suzanne Desparois, qui travaille avec nous autres; et ça, c'est M. Paul Landry, qui travaille avec nous autres aussi.

On travaille avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale à tous les jours, en première ligne. On a un programme d'appartements où on héberge 31 personnes dans l'Ouest-de-l'île de Montréal et aussi on a un programme de jumelage entre les bénévoles et les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce n'est pas notre mandat spécial, là, parce qu'on jumelle des bénévoles avec toutes les personnes handicapées. Alors, on a maintenant 550 personnes compétentes qui sont des bénévoles — on les nomme les parrains — qui sont jumelés avec 436 personnes qui ont des handicaps. Parmi eux autres, on a 100 personnes qui ont des problèmes de santé mentale, qui sont jumelées dans le programme d'hébergement et aussi dans le programme une à une. On est en service depuis 20 ans dans l'Ouest-de-l'île. Le mouvement Parrainage civique est partout au Québec. On a 28 bureaux de parrainage civique dans la province de Québec.

Je représente aussi aujourd'hui la plupart des groupes communautaires de l'Ouest-de-l'île de Montréal parce que c'est bon d'être écouté, l'Ouest-de-l'île de Montréal, parce que je pense que, plusieurs fois, les personnes dans le gouvernement pensent que nous autres, on est très riches et qu'on n'a pas de problèmes. Mais je peux dire qu'on a des problèmes et qu'on n'est pas riches. Il y a des personnes qui sont riches, mais pas toutes. Alors, ça, c'est un petit peu l'introduction. On avait divisé les articles entre nous trois et on va parler un petit peu parce que c'est moins tannant, moins «boring», en tout cas. Alors, peut-être, si je parle en anglais des fois, c'est parce que c'est plus ma langue et que c'est plus facile pour moi. Mais je

pourrai répondre à vos questions, j'espère, en français un petit peu.

Je parle premièrement de l'article 7, which is the length of confinement without a court order, and this article also has to do with the level of dangerousness that a person displays in order to be confined. I think that the length of confinement without a court order should remain at 24 hours and not 48, because the chances for a person's rights not to be held in abeyance is too long a time. Right now, the 24-hour time limit is sometimes not acceptable, because people can be brought to the hospital under temporary confinement and not really have a psychiatric problem. So I think that we have to always be careful to safeguard the rights of the citizens and make sure that they are indeed being served properly. And one way to do that is to keep the length of temporary confinement at 24 hours.

The second part of this article talks about the level of dangerousness, which is really a terrible word, I have to agree, but it seems to be a word that we use in the field — for whatever reason, I don't know. But it has to do with how dangerous, or what kind of danger there is for the person to himself or to others.

This «projet de loi» has... It's because I'm speaking English that the building will burn down?

**Une voix: ...**

**Mme Tanguay (Mary Clare):** No? O.K. This «projet de loi» has the word «imminent», and we would like to see the words «grave and immediate» returned as they are now in the present law. And that is again to safeguard the rights of people who can be in imminent danger, but not grave and immediate. I think that is a very important distinction to be made. I don't know if there was a mistake in the «projet de loi» in terms of the words, that «imminent» really meant «grave and immediate», I don't know. But certainly we deal with people who are in imminent danger every day. We have people who call us who are contemplating suicide, who are contemplating jumping off bridges, who are contemplating killing their mothers, or whatever, and certainly we would not consider bringing them to a hospital for confinement or consider having a court order for those people.

So I think we have to be very careful, in safeguarding the rights of our citizens again, to use the proper words. In other words, «imminent» is too large, it's... One can have too many people who fall under the term «imminent», «imminent danger». I think we've given some examples in the brief as to a crisis situation, what is imminent, and what is grave and immediate.

• (16 h 50) •

The next articles that I want to talk about are the articles 16, 18 and 22, which have to do with contacting people once one is under either temporary confinement or, you know, a more lengthy confinement. Certainly, when one is put under temporary confinement, the «projet de loi» states that people can be informed of their

right to contact someone as soon as it seems able. I think you've probably heard very many examples here, in this room, of what can happen to people who are brought into a hospital suspected of having psychiatric problems, and none of them are very nice. And I think that it would be appropriate that, when a person is detained, immediately there should be someone who is notified. If the person is not able — often they are not — whether there are in a diabetic coma, whether they are suffering from too much Ativan, whatever the case might be, they might not indeed have a psychiatric illness, it might be something else. That someone is immediately notified of this, I think that that would safeguard the rights of everyone concerned.

Then, the next two articles, articles 18 and 22, have to do with contacting people while under confinement. You've probably heard a lot of stories here about people who are under confinement for a long time, sometimes years, in and out, in and out. These people have all tried the Commission of social affairs and, by the time anybody ever talks to them, you know, they're out of confinement. So I think that the people who are put under confinement for more than, you know, a very short period of time, must have the right, at any time, to contact their lawyer, a family member, a friend. And the ways in which they can do that must include, you know, writing, meeting, phoning, and so on and so forth.

For whatever reason, psychiatric institutions seem to not allow people access to phones very frequently nor to visitors. So, I think that should be looked at in terms of the «projet de loi», these rights to communicate outside the hospital. If you were in a hospital for, you know, a gall-bladder operation, you could phone somebody whenever you wanted, but, if you are in a psychiatric institution, that is not always the case, you know. So those are certainly things that we have to look at in terms of protecting our patients.

And I would like to underline that these people that we are talking about here are really one of our most vulnerable populations. They are people who have a chronic and persistent mental illness, are people very often unable to protect themselves and to protect their rights, and I think that this law is certainly not doing the job, and we should be doing the job.

I would like to pass the microphone, now, to Suzanne, who will talk about some other articles regarding the psychiatric examinations.

**Mme Desparois (Suzanne):** Bonjour. Il y a des articles qui nous inquiètent, les article 2 et 10 qui ont trait à l'examen psychiatrique. L'article 2 dit que, maintenant, ce ne sera pas nécessaire que ce soit des psychiatres, nécessairement, qui fassent l'examen, que ça pourrait être n'importe quel médecin, soit à l'urgence d'un hôpital, qui pourrait déterminer qu'une personne devrait être mise en «confinement» pour 48 heures. Nous autres, on trouve que les seules personnes qui sont à même de déterminer si une personne a besoin d'être

enfermée, c'est un psychiatre qualifié, un spécialiste là-dedans. On n'ira pas demander à un médecin spécialiste du cœur de nous diagnostiquer des maux de tête ou vice versa. Donc, quand une personne souffre de troubles psychiatriques, la seule personne qui peut déterminer si vraiment, oui ou non, elle a besoin d'être enfermée, c'est un psychiatre.

Maintenant, on trouve aussi que ça demande deux psychiatres. Il doit y avoir une deuxième évaluation. On a souvent vu parmi notre clientèle que, en deux examens, après le premier examen psychiatrique, la personne a pris du mieux, que c'était juste une crise passagère. Rendu au deuxième examen, le psychiatre trouve que la personne n'a plus besoin d'être enfermée. Alors, c'est nécessaire qu'il y ait deux examens parce que l'un détermine s'il y a une crise, mais le deuxième détermine si la crise est finie.

Dans l'article 10, une fois que la personne est déjà placée «under confinement», ce n'est pas clair que ça doit être un psychiatre qui doit examiner la personne périodiquement d'après la loi. Je ne sais pas si c'est juste un oubli ou si ce n'est pas écrit clairement, mais, d'après ce qu'on a lu, ce n'est pas clair que ça doit être un psychiatre. Nous, on trouve que ça serait très important parce que, comme je l'ai dit, seulement un psychiatre peut déterminer si une personne a besoin d'être enfermée ou non.

Il y a deux autres articles aussi dont je vais vous parler, c'est les articles 6 et 9 qui ont trait à où la personne doit être mise quand elle est en «confinement», soit temporaire ou permanent. Dans l'article 6, ce n'est pas déterminé que ça doit être à un hôpital, et puis on trouve que ce serait impensable qu'une personne qui est en pleine crise, qui souffre soit de paranoïa ou de psychose ne soit pas nécessairement amenée à un hôpital. On trouve que c'est la seule place où la personne devrait être mise, que c'est la seule place où ils ont le personnel qualifié pour superviser la personne, pour lui donner des soins. On parlait, des fois, de mettre la personne, peut-être, dans un CLSC en garde temporaire, mais les CLSC ne sont pas équipés de psychiatres pour aider la personne. C'est un hôpital où la personne doit être. Quand on a une crise cardiaque, bien, c'est à l'hôpital qu'ils nous amènent, pas au CLSC. Une personne qui souffre de troubles de santé mentale, c'est la même chose. C'est dans un hôpital que la personne doit être.

Puis, dans l'article 9, finalement, on dit que la personne qui est en garde, en «confinement» ordonné par la cour, ce n'est pas nécessairement non plus un «specialized psychiatric facility» qui peut prendre soin de la personne. On a peur que, ça, ça puisse amener des abus. Si la personne est gardée comme dans un foyer qui n'est pas supervisé, qui n'a pas de normes, qui n'a pas de «checks» sur elle, il pourrait y avoir des abus qui pourraient se passer. On trouve encore, pour les articles 6 et 9, que les seules places où une personne devrait être gardée, si c'est jugé qu'elle doit être gardée en «confinement», ça doit être un hôpital ou une place

spécialisée en psychiatrie. J'aimerais passer la parole à M. Landry.

• (17 heures) •

**M. Landry (Paul):** Merci. Je ne veux pas trop répéter ce que vous avez entendu depuis deux jours, mais, encore une fois, vous ouvrez les portes à de nombreux abus, dans l'article 3, de donner la possibilité à une troisième personne de donner son témoignage pour le rapport psychiatrique et aussi, dans l'article 8, de donner aux policiers le droit de parler avec cette troisième personne dans l'examen psychiatrique. Pour l'article 3, nous pensons que, dans le certificat médical, il n'y a pas de place pour le témoignage d'une troisième personne. C'est seulement au psychiatre d'évaluer. Dans l'article 8, c'est sûr que nous avons de bonnes relations avec nos policiers, mais je vais vous donner un exemple.

Il y avait une dame du troisième âge avec qui on a travaillé. Son mari est mort récemment, et son fils a téléphoné à la police parce que, d'après le fils, elle était dans une crise psychiatrique. Bon. La police l'a amenée à l'hôpital pour examen psychiatrique, et le psychiatre a décidé que, oui, c'était bien un cas psychiatrique selon le témoignage de son fils. Quarante-huit heures après, le psychiatre a évalué cette madame encore parce qu'elle faisait encore une crise. La madame a dit que, non, ce n'était pas bien le cas, que son fils voulait avoir la maison. Bon, le psychiatre a finalement fait sa propre évaluation, et c'était bien ça: pendant ces 72 heures, le fils avait essayé de vendre la maison, la maison était bien à vendre. Et c'était d'après le témoignage d'une troisième personne, donc son fils même, que les policiers, dans la présente loi, avaient amené cette madame à l'hôpital. Alors, voilà les possibilités d'abus.

À l'article 12, de donner à une personne qui a déjà été mise sous garde l'opportunité de sortir, on voit une certaine ambivalence dans tout ça. Si une personne est sous garde, qu'il ou qu'elle reste sous garde. Si le médecin traitant, le psychiatre veut donner l'opportunité à cette personne de sortir, eh bien que le psychiatre enlève le «sous garde».

Pour l'article 24, nous sommes contre l'idée de mettre en loi l'idée que, sans cas d'urgence, le médecin ou les infirmières dans le centre hospitalier puissent utiliser la force contre la personne, même si c'est une force minimale. Nous croyons que même les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, elles aussi ont droit d'accès aux chartes, ont droit d'accès à certains droits et libertés.

Vous nous donnez l'impression, surtout dans l'article 8, que ça coûte moins cher pour les policiers d'intervenir dans ces cas que de donner des services aux personnes, des services, je veux dire, de santé et services. Comme on vous a dit cet après-midi, ça fait depuis 20 ans qu'on travaille dans la banlieue Ouest, nous avons une certaine expertise, bien sûr un certain lien avec les membres de notre communauté, et on aimerait garder aussi de bonnes relations avec les agents de la paix. Alors, je vais laisser la parole à Mme Tanguay, encore, pour terminer.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Thank you. I think that perhaps you might want to ask us some questions. I have worked for many years not only with people who have mental health problems, but with seniors and with people who have intellectual handicaps, and I see the possibilities for abuse also in terms of those clientele, because, very often, seniors or people who have an intellectual handicap are also taken under confinement for psychiatric evaluation.

So I think that you should think about the other clientele who might come under the auspices of the law. When I first read the law, I was thinking in fact of myself and of my children, who are always telling me I'm crazy — which, indeed, maybe I am. And one day the police might show up at my door and cart me off to the hospital, which wouldn't be too fun. So I think we have to take the law and apply it to many different clientele, including ourselves, and see how well it fits, see how we would like to have it applied to us, especially things like not having psychiatrists perform the mental status evaluations, things like allowing force. My God! I lived in a hospital. My husband had meningitis a few years ago, and I lived in a hospital for a solid year, day in, day out, with him. And I have to tell you, if you're going to allow it... Wow! Because it happens every day.

So I think that some of these articles need to be seriously rethought, and I hope to see the «projet "reprojeté" dans une autre forme». I also want to just say in closing, very quickly, that we did ask for an interview, and I really wanted to come because I have very special feelings about people who have mental health problems or other handicaps, and also because I wanted to represent the other community groups and other establishments of the West Island, who did help us prepare the brief, who did give us input and read it for me, and that really helped out a lot. So, it's not just ourselves that you are hearing, but other community groups, and even public service agencies from the West Island of Montréal. Thank you very much.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci beaucoup. Avant de débiter l'échange, Mme Tanguay, on aurait besoin du nom de la personne à votre gauche. Est-ce que c'est bien Mme McGregor?

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Non, ce n'est pas Mme McGregor, c'est Mme Suzanne Desparois.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Ça va. Merci beaucoup. M. le ministre, si vous voulez débiter l'échange.

**M. Rochon:** Oui. Alors, merci beaucoup pour votre contribution. J'aurais peut-être trois éléments sur lesquels j'aimerais préciser un peu votre intention ou ce que vous nous proposez. Par rapport à la loi actuelle, quand on parle du danger, on parle d'un danger pour la santé ou la sécurité de la personne.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Pour le danger, maintenant, dans la loi, ça dit «un danger grave et immédiat», et je pense que ça, c'est très différent de «danger imminent». Alors, c'est pour la personne ou pour les autres. D'après moi, ça, c'est la seule raison. On peut demander une évaluation psychiatrique si la personne est un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour les autres.

**M. Rochon:** O.K. Je vais vérifier une chose et je reviendrai là-dessus. Un autre commentaire que vous avez fait est à propos de l'article 2, où vous nous dites que l'examen psychiatrique devrait être nécessairement fait par un psychiatre. Je pense que l'article 2, ce qu'il dit, c'est que l'examen doit être fait par un psychiatre. Un autre médecin le ferait si on ne peut pas trouver le psychiatre

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Mais...

**M. Rochon:** Attendez, je vais finir ma question, là. Bon. À Montréal, il n'y a probablement pas de problème pour trouver un psychiatre, comme dans beaucoup de villes du Québec, mais il y a des endroits au Québec où il n'y a peut-être pas d'accès à un psychiatre. Alors, si un autre médecin ne peut pas intervenir, qu'est-ce qui arrive? Est-ce qu'on a une situation où on a l'excellent ou rien, par rapport à l'excellent ou le bien? Puis surtout que, de toute façon, la décision finale, à savoir s'il y aura garde ou pas, c'est le tribunal, avec la nouvelle loi et le Code civil, qui doit prendre la décision. Alors, il y a un examen médical, il y a une conclusion de l'examen qui est soumise au tribunal, et la décision est prise par le tribunal.

Alors, idéalement — et la loi dit que c'est un psychiatre qui doit intervenir — si on ne peut pas trouver de psychiatre, un autre médecin ne peut pas le faire. Qu'est-ce qui arriverait si c'est nécessairement un psychiatre? Vous ne pensez pas qu'on peut avoir la difficulté, dans le cas où il n'y a pas accès à un psychiatre, d'avoir un délai très long? Il faudrait faire venir un psychiatre, et ça pourrait prendre une journée ou deux où on aurait un dilemme dont on ne peut pas se sortir.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Bien, je comprends bien le dilemme, et je pense que, dans la loi qui est présentement en force, il y a un article qui dit que, si on est rendu dans une place au Québec qui est très loin et qu'il n'y a pas de services disponibles, on a 72 heures pour avoir un examen psychiatrique à la place de 24. Alors, je peux comprendre qu'il y a des dilemmes, mais, en même temps, si la loi est si ouverte, que ça laisse des «loopholes», là. Comme un autre médecin peut faire l'examen si le psychiatre n'est pas disponible, alors, ça, ça va laisser des abus même dans des places comme Montréal, où on a des psychiatres.

• (17 h 10) •

Alors, je pense qu'on doit avoir comme un alinéa qui explique, si on est à Chibougamau puis qu'on

a besoin d'un examen psychiatrique, ce qui va arriver. Tout de même, quand on met une personne sous garde et qu'on enlève tous les droits de cette personne-là, on doit être certain qu'on le fait comme il le faut, avec un examen psychiatrique fait par deux psychiatres. Alors, je pense que ça, c'est le plus important, les droits de la personne. Et on sait très bien — je suis certaine que vous le savez aussi — que, oui, c'est bien la cour qui fait la décision finale, mais que c'est fait par le rapport d'un médecin. Alors, I rest my case.

**M. Rochon:** O.K. Alors, ce que vous nous dites, c'est que, au-delà de la garde provisoire qui peut être décidée pour le premier délai de 48 heures, au besoin, on prendra le temps qu'il faut pour trouver un psychiatre ou deux psychiatres, quitte à rallonger la garde provisoire pendant ce temps-là.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Même si on doit transporter la personne à un centre hospitalier où il y a des services disponibles, je pense que ça, ça garde plus les droits des personnes.

**M. Rochon:** O.K. Mon autre question est au sujet de l'article 9. Si j'ai bien compris votre commentaire, il était à l'effet que seulement un hôpital devrait être l'établissement identifié comme pouvant recevoir des gens qui sont en difficulté ou qui présentent un danger imminent ou grave et imminent quant à leur sécurité ou pour leur entourage. Mais l'article précise très bien dans sa formulation actuelle... On dit que ça peut être un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement ou un centre d'accueil disposant des aménagements nécessaires. Alors, ça peut être différents types d'établissements, mais dans la mesure où il y a les aménagements nécessaires. Est-ce que vous voulez vraiment dire que, de toute façon, même si on tente d'offrir les services sur un éventail plus large, ça devrait toujours, nécessairement, être un hôpital?

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Bien, je pense que, vraiment, on doit avoir un centre spécialisé dans les personnes psychiatriques pour faire la garde qui est sous un ordre de la cour, parce que je trouve que, encore, on avait enlevé les droits de ces personnes-là. Alors, on doit faire certain que les soins qu'on donne à ces gens-là, ce sont des bons soins à la bonne place. Et ça, c'est une autre chance d'avoir des abus si on peut mettre des personnes sans droit dans une place où il n'y a pas les bons soins. Alors, certainement, je ne veux pas dire que les autres places ne peuvent pas donner des bons soins. Est-ce que vous comprenez, là? Je dis qu'on doit sauvegarder les droits de la personne par la loi.

**M. Rochon:** Je comprends ça, mais justement l'article 9, comme il est rédigé présentement dans le projet de loi, précise très bien que, peu importe l'endroit, ça doit être un endroit qui dispose des aménagements nécessaires. Est-ce que vous...

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Bien, les aménagements nécessaires, ce n'est pas la même chose que des soins psychiatriques spécialisés. Moi, si ça, c'est dans la loi, je vais être heureuse.

**M. Rochon:** Ah bon! Vous, ce que vous proposez, c'est des soins psychiatriques spécialisés.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Oui.

**M. Rochon:** O.K.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Pour ces personnes-là je trouve que c'est nécessaire parce que, nous autres, comme société, on avait enlevé les droits de ces personnes-là parce que, nous autres, on avait jugé que la personne était inapte. Alors, là, on va leur donner en retour des bons soins.

**M. Rochon:** C'est bon, c'est clair. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Je vous remercie. M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Merci. I'd like to thank you very much for having accepted our invitation and for having showed up at the last minute and given us your recommendations. We'd like to welcome you. We'd like also to mention that, as you said at the beginning, the West Island is not a rich part of this province, we have an island of poverty in there, and you know what you're talking about, we are sure.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** For sure. There's lots of poor people there and lots of psychiatric patients who are poor there.

**M. Marsan:** Yes, and your organization is dedicated to the quality of life of seniors, handicapped and mentally ill patients. And the example that you gave us, the 100 one-to-one matches between competent volunteer citizens, advocates and protégés with a mental illness problem, I think, really shows the importance of this commitment from your organization in the West Island part of Montréal. So we really appreciate that you're taking the time to be with us today.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Thank you.

**M. Marsan:** My first question is regarding article 8 again, allowing police officers to take a person against his will. We understand that you don't agree: «However — you said — we also believe that police officers should, as much as possible, not be involved in any cases of mental health.» I think that we all agree, we all wish that, if it is possible to avoid that kind of intervention, it will be helpful for everyone. But, as you said «as much as possible», could you give us some guidelines as to when the police has to intervene, on

what criteria, on what bases can they just go ahead with the intervention?

**Mme Tanguay (Mary Clare):** I think that we have had lots of experience in terms of calling the police and getting their help, and certainly the police will not interfere and will not intervene unless the case is grave and immediate.

For example, we had an example of a chap who has chronic mental illness, who was not taking his medication, and, as you know, what happens then is that the person becomes gradually more psychotic. And this chap was, you know, bothering the neighbors, and making noises, and banging on their doors, and all that kind of things, and of course the police will not do anything because it is not an emergency. When this chap went out into the middle of Pierrefonds Boulevard to direct the traffic, then they intervened, because it was a grave and immediate danger for this guy to be standing out on Pierrefonds Boulevard directing the traffic. In that case, they certainly did take him to the hospital for a psychiatric evaluation.

So, I think that the guidelines should follow throughout the law in terms of, you know, this idea of grave and immediate. It's not something that: Well... Although, heaven knows, it would have been very handy for us, the first month that the chap did not take his medication, to say: Well, it's imminent, so we'd better haul him off to the hospital. Certainly that's not protecting his rights: he chose not to take his medication. But, when things come down to the grave danger of being run over by a car, then, obviously, one, at that time, can intervene.

So it's got to be something for the police to interfere where there is a danger to the self or other people, and I think they will at that point, but I don't think that they are going to be or want to be involved other than that. And certainly one of the big problems for me with this law, with the police officers, is that we again are criminalizing mental health problems. I mean, I've been working in this field for 20 years, and at the time when I started to work in the field of mental health, people who had a mental illness were treated very badly. People didn't understand their illness, and they were treated as criminals very, very often. We have worked so hard, over the past 25 years, to decriminalize mental health, I think it's such a shame that this law will recriminalize it by this use of police officers.

• (17 h 20) •

We do work with the police. You have to when you work in the field of mental health. There's no other way, you must. But we also... The police themselves will call Urgences-santé. So, when the chap is out in the middle of Pierrefonds Boulevard, well, they'll call Urgences-santé, they'll help if they have to, but they do not like to get involved.

And I think that that kind of work should continue so that we don't criminalize mental illness. It is

not a criminal behavior, it is a chemical unbalance, and the society at large should understand it as such. And that is one of the things that I feel really bad about this law, that we are taking a chance again to criminalize, to allow abuses, and I really don't like that, although, as I say, we do have to have the police, obviously, from time to time.

**M. Marsan:** Thank you. Another article, the 18th, states that the patient has the right to communicate confidentially with someone at the Commission des affaires sociales, with the Curator, a lawyer. Would you like to see in this article that we would add some kind of organization such as yours, so the patient would have the right to communicate with someone from the West Island Citizen Advocacy? Would you like to see this added in this article?

**Mme Tanguay (Mary Clare):** I think that, you know, that would be certainly a good thing in terms of the community groups who do the front-line work. When people have a chance, when they are, you know, under confinement, they do call us, obviously, the people that are our protégés. But I think that the users' committees of the big hospitals and other community groups who do defensive rights, for instance Action autonomie, in Montréal, certainly should have the right to visit people and to accompany them in terms of their confinement. And I think that the law should spell out exactly, you know, how these visits can take place, and so on and so forth, so that people's rights, as much as possible, are respected under the law.

**M. Marsan:** I would like to have your opinion regarding what we call «désinstitutionnalisation».

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Oh, do you?

**M. Marsan:** You are aware about the cuts that are forecasted, going from 6 000 acute care beds to 3 000. And we are afraid that, if we are in the process of doing the same thing that we did by the closing of hospitals and the «virage ambulatoire», we will end up with more homeless people, we will have more violence, we will have all of those problems that we are not supposed to have. I would like to hear from you.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** I think you are absolutely right, and that is exactly how I saw the «garde élastique», that it is a way to do deinstitutionalization without the costs involved. In other words, most people who are institutionalized are non-compliant people, who do not take their medication and are under confinement for that reason. Not all of them, but many don't take their medication. They become dangerous to themselves or others and they are reincarcerated. So, if with the «garde élastique» people are allowed out into the community and once a week we bring them in for their

shot, everything will be hunky-dory... except that the Government won't have to pay for the «hébergement» and food.

Largely, I think this will backfire. I don't think the people who are living in big psychiatric hospitals like the Douglas have the social skills, the daily living skills to make it in the community. I think they will end up not taking their medication by however means, hiding, whatever, I don't know, again becoming criminals, living in the streets, and that will cause more of a problem than keeping people in institutions, although I hate institutions.

I also feel that the community «réseaux» have not been given the money to adequately deal even with the «virage ambulatoire». We have not been, in the West Island, given the moneys that were to be reallocated from the hospital closing. For instance, in our «maintien dans la communauté» program from the Régie, we get \$200 a quarter in the «réalloc». In the «santé mentale», we got \$10 000, and, with that money, we hired a person to work two days a week to do one-to-one matches for psychiatric patients.

The other community groups — Perspective communautaire, who does «suivi», Omega Center, which provides meals, drop-in, other kinds of activities for our residents who live in our apartments and for our protégés — are absolutely going down the tube. They can't manage. More people are coming in.

Also, we're seeing more people with big problems of dangerousity. Last year, Suzanne and I went to the Beaconsfield Library to talk to the librarians about how to deal with psychiatric patients because more and more they're being deinstitutionalized, and the public is not prepared to deal with people who are psychotic and who are not on their medication.

So, I see a lot of problems, and that's just with de «virage ambulatoire». So, I really even hate to think of what will happen with a further deinstitutionalization of people from the psychiatric hospitals.

**M. Marsan:** I would like to... You're in the field, you know what's going on, you know the kind of problems that the patients have: What do you think the new insurance drug program does to the patients at the moment?

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Well, I think that that is another law which I could spend another few days on because it's so terrible, not only for psychiatric patients, but for seniors. I think that a lot of psychiatric patients are not able to afford their medications, and I know that, at Omega Center, Francis Caporal, who works there, gives money to people. Birgit, who runs Perspective communautaire, called me the other day and said: Well, where can I can get money for medication? And I gave the number where we're supposed to phone in Quebec City, and she said you can never get through, and they just tell you to write a letter, or something. I don't know, whatever.

So, certainly, I think this is causing hardships in terms of people having to choose between their rent and their medications. In our particular apartment program that we have, our people are not suffering so much because they share their rents, we have three people who pay \$500 rent for the whole apartment. But most of the people who are very ill are people who can't live with other people and they are living in apartments that are very expensive. And, when you have to go to the drugstore and buy your medications, well, you just can't afford it. And these are people who are already on the verge of being non compliant. So, that problem coupled with deinstitutionalization will cause very major problems in terms of the community.

**Mme Desparois (Suzanne):** If I may add something for the medication, a lot of people with psychiatric problems are considering not taking their medication when it's a choice between medication and food or even medication and smoking. When they stop taking their medication, they often end up back in the hospital, which goes against the whole purpose of that bill on medication, which increases the costs to society. That's all I wanted to add.

**M. Marsan:** Thank you very much.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Votre conclusion, M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** I would like to thank you for the quality of your presentation, but also for the quality of your intervention in the West Island community. I think we are very proud of you and of what you're doing.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Thank you.

**M. Marsan:** Regarding all the recommendations that you're giving us today, you can be sure that we are keeping them, and, when we'll be at the analysis article by article, they'll be close to us and we'll try to have them included in the new law 39. Thank you very much.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Thank you.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre, pour votre conclusion.

**M. Rochon:** Oui. Bien, je veux vous remercier aussi beaucoup. Je pense que le type d'expérience que vous avez, tant par la durée que par sa qualité, elle est sûrement très précieuse pour nous, et soyez assurés qu'on va bien prendre en compte vos commentaires.

• (17 h 30) •

Vous me permettrez de préciser une couple d'autres choses, parce qu'on a débordé un peu le sujet de la consultation actuelle sur le projet de loi. Je comprends très bien qu'il y a des opinions différentes quant à l'équilibre qui doit être gardé dans les ressources et

dans la façon de traiter les gens qui ont des problèmes de santé mentale, entre des approches institutionnelles et des approches dans la communauté. Dans quelques semaines, on aura des orientations ministérielles, comme on les appelle, qui seront publiées pour fins de consultation quant à la façon de réaliser. Mais, malgré tout ce qu'on a dit ou ce qu'on répète, il n'y a pas du tout d'intention de retirer des ressources dans le domaine de la santé mentale. Dans certaines régions, on va même pouvoir probablement augmenter les ressources dans ce domaine-là.

Mais il y a l'intention, et c'est ce qui semble être l'opinion prévalante des pratiques de la plupart des pays et dans la littérature scientifique aussi, de privilégier par toutes les façons les approches qui sont le plus ambulatoires, plus près de la communauté — le soutien à la famille — mais ce qui ne veut pas dire qu'on ne travaille pas dans un système dichotomique, c'est un ou l'autre, qui a un équilibre à garder et qui en a besoin comme vous le dites. Je reconnais très bien qu'il y a des gens qui ont des problèmes graves, persistants, qui deviennent chroniques et pour lesquels il faut, autant pour le patient que pour son entourage, un traitement institutionnel parfois de longue durée et parfois pour toujours rendu à un certain point.

Mais vous savez que les lits qu'on utilise présentement dans le domaine de ce qu'on appelle la santé mentale sont deux fois plus, par unité de population, qu'à peu près n'importe où au monde, présentement. Et, comme vous le dites, on manque de ressources par ailleurs, d'autres types de ressources.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Je pense qu'on peut donner un bon service dans la communauté. Je pense que ça, c'est la plus bonne chose à faire, mais c'est dispendieux. On a besoin d'argent, ce n'est pas moins cher.

**M. Rochon:** Non, mais c'est justement ce que je veux préciser, madame. Il n'y a pas d'objectifs budgétaires dans les orientations qu'on vise, contrairement à ce qu'on a dû faire dans les deux dernières années, qui était de faire un virage ambulatoire qui était nécessaire de toute façon, mais qu'on a dû faire dans un contexte financier où on devait aussi réaliser des objectifs budgétaires à cause d'une situation des finances publiques, qui était rendue insoutenable.

Alors, je veux juste bien rappeler ici, pour qu'il n'y ait pas de confusion et qu'on n'entretienne pas de fausse information, que ce qui s'en vient en santé mentale, c'est une opération différente; c'est de maintenir les ressources et de les utiliser mieux. Et pour traiter des gens dans la communauté, à la limite même si ça coûte plus cher, mais si c'est meilleur pour le patient, c'est ce qu'on propose. Ce n'est pas de faire une économie.

Vous savez aussi que, dans des lits présentement utilisés en santé mentale, il y a peut-être à peu près 1 000 personnes qui sont là, qui ont des problèmes de déficience mentale, et non pas de maladie mentale, et

qui ont, d'après les évaluations cliniques qu'on nous remet, beaucoup plus besoin de soins de longue durée que de soins dans un établissement de santé mentale. Alors, c'est des ressources dans le domaine de la santé mentale, qui ne sont pas utilisées pour des gens qui ont une maladie mentale et pour lesquels une approche différente pourrait être faite.

Alors, on aura la chance de se reparler là-dessus lorsque les orientations ministérielles vont être publiées, et votre opinion là-dessus et votre expérience vont être très, très appréciées.

En ce qui regarde l'assurance-médicaments, on est très conscients que, pour les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, il y a une situation particulière, que le problème de l'observance de la prescription, la «compliance», est un problème énorme de toute façon en santé mentale, indépendamment du prix des médicaments. Et c'est pour ça d'ailleurs qu'il y a une mesure toute particulière qui a été appliquée à ces personnes-là pour que tous ceux qui avaient un problème, nous avait-on dit, beaucoup plus de liquidité que d'être capables de payer le montant — mais que la somme exigible à chaque mois pour les personnes qui sont les moins fortunées n'est pas plus que 15 \$ ou 16 \$ par mois — il y a des mesures particulières qui ont été prises et au besoin, pour d'autres situations qui posent problème dans les prochaines semaines, on va pouvoir faire un certain nombre d'ajustements.

Mais je voudrais rappeler là-dessus qu'il y avait un choix de société un peu à faire, là. On était dans une situation, en ce qui regarde les médicaments, où des gens, y compris des gens qui pouvaient avoir certains problèmes de santé mentale, avaient une couverture complète, ne payaient absolument pas leurs médicaments, mais d'autres qui n'avaient aucune couverture d'assurance et qui payaient tous leurs médicaments sans aucun plafond.

Alors là, ce que l'assurance-médicaments a fait essentiellement, c'est oui de demander une contribution à tous ceux qui peuvent en donner une, selon leur revenu, mais tout le monde maintenant est assuré du même accès aux médicaments et à la même liste de médicaments. Alors, il y a peut-être des gens qui sont dans une situation où ils doivent contribuer un peu plus, mais selon leur revenu, mais à côté de ça, il y a des gens qui n'avaient aucun soutien et qui en ont un maintenant au même titre que les autres.

Alors, il y avait une décision à prendre d'équité et de solidarité sociale pour partager, selon nos ressources, le même accès aux mêmes services.

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Mais on n'a pas le choix pour l'assurance-médicale. On doit avoir une assurance privée ou publique. Il n'y a pas de choix; alors, ça, c'est un autre problème avec l'assurance-médicale, c'est qu'il n'y a pas de choix.

**M. Rochon:** Le choix entre de prendre de l'assurance ou de ne pas en prendre?

**Mme Tanguay (Mary Clare):** Oui.

**M. Rochon:** Oui, bien, c'est ça, là, qu'était la décision. C'est comme l'assurance-santé, ça. La seule façon d'assurer le même accès à un service en demandant une contribution équilibrée, selon les moyens de chacun, c'est de rendre le système général ou universel. Et c'est ce qu'on a fait avec l'assurance-santé et la décision pour l'assurance-médicaments, ça a été essentiellement d'inclure dans l'assurance-santé le médicament qui avait été exclu pour différentes raisons historiques, là, qu'on pourrait analyser.

Maintenant, ceci dit, quand on sera sortis de nos difficultés des finances publiques, dans quelques années, si on peut bonifier le programme encore plus et le rendre encore plus généreux, quoiqu'il l'est déjà beaucoup comparativement aux autres programmes qui sont en application dans d'autres pays ou d'autres provinces, une fois qu'on aura réglé notre problème de finances publiques, je pense que tout le monde va être très heureux de bonifier le programme, encore plus là. Alors, je vous remercie beaucoup.

• (17 h 40) •

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Mesdames et monsieur, merci beaucoup au nom des membres de la commission. J'invite maintenant les représentants de l'institut Pinel de Montréal à se présenter.

(Consultation)

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous recevons maintenant les représentants de l'institut Philippe Pinel de Montréal. M. Lafleur, c'est vous qui faites les présentations. Alors, allez-y.

#### Institut Philippe Pinel de Montréal

**M. Lafleur (Paul-André):** M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs les membres de la commission parlementaire, nous tenons à vous remercier de nous permettre de nous exprimer devant vous aujourd'hui par rapport au projet de loi n° 39 qui aura une importance, je dirais, quotidienne dans notre pratique médicale et psychiatrique.

Nous sommes aujourd'hui représentants de l'institut Philippe Pinel de Montréal. Alors, il y a avec moi le Dr Jocelyne Brault, qui est psychiatre à l'institut Philippe Pinel de Montréal et responsable de l'unité des femmes; et, moi, je m'appelle Paul-André Lafleur, je suis psychiatre aussi, responsable de l'unité d'expertise et directeur adjoint des services professionnels à l'institut Philippe Pinel de Montréal.

Peut-être quelques mots seulement sur l'institut Pinel et qui feront comprendre à quel point on se sent préoccupés par ce projet de loi. L'institut Philippe Pinel de Montréal a pour vocation l'évaluation et le traitement des patients psychiatriques dangereux, et ce, depuis maintenant environ 26 ans. Nous avons toujours été

soucieux à la fois de la santé et du mieux-être, du respect et de la protection des patients qui nous sont confiés. Nous avons souvent été partagés entre nos tâches de protection, justement, de respect et de mieux-être et nous avons donc porté une attention toute spéciale au projet de loi n° 39. Je dois dire que ce projet de loi, nous l'avons accueilli avec beaucoup de satisfaction dans l'ensemble et nous venons aujourd'hui pour vous faire certaines recommandations toutefois que nous aimerions formuler à son sujet et quelques commentaires. La Dre Jocelyne Brault va commencer.

**Mme Brault (Jocelyne):** Notre première recommandation concerne les notes explicatives au début du projet de loi, plus particulièrement la mise en place de la cure fermée et des évaluations de garde en établissement qui se font par la suite. Nous, on recommande que la Commission des affaires sociales soit la seule à émettre et à réviser les ordonnances de garde en établissement parce qu'on trouve que c'est compliqué à la fois pour le patient et pour sa famille et tout le monde qui l'entoure d'avoir affaire à deux instances.

Présentement, le tribunal émet les recommandations de garde en établissement et les patients peuvent faire appel à la Commission des affaires sociales quand ils veulent contester leur cure fermée. Mais pour la plupart des patients, le fait qu'ils sont passés devant le juge, ils ne voient pas l'utilité de faire appel à la Commission des affaires sociales par la suite et le nombre de fois où la Commission des affaires sociales a à se présenter présentement dans les hôpitaux a beaucoup diminué, ce qui me fait penser que la plupart des patients se sentent comme complètement encarcenés. Ils n'ont pas l'impression qu'ils peuvent faire valoir leurs droits.

Moi, j'ai l'impression que, quelque part, on a discuté de ça beaucoup... La Commission des affaires sociales a aussi une expertise au niveau de la problématique de la dangerosité, de l'établissement de la cure fermée, et ils ont beaucoup d'expérience et d'expertise là-dessus. Ils seraient à notre avis plus en mesure d'établir des critères de mise en cure fermée et de garde en établissement que le juge qui connaît peu la pathologie psychiatrique et n'a pas cette expérience-là.

**M. Lafleur (Paul-André):** Une chose qu'on pourrait peut-être rajouter. Les patients nous témoignent souvent d'un certain ressentiment par rapport aux procédures telles qu'elles sont actuellement devant le tribunal. Ils nous demandent souvent: Pourquoi est-ce qu'on les met en accusation et qu'on les oblige à aller passer devant un juge d'une telle instance? Alors, évidemment ce sont des gens malades, des gens souvent déjà anxieux et effrayés, et ils vivent le processus comme assez troublant.

La Commission des affaires sociales est moins confrontante et moins difficile pour eux à affronter, puisqu'elle vient les voir en fait à l'hôpital, et c'est certainement pour eux un grand avantage.

**Mme Brault (Jocelyne):** Il y aurait aussi moins de gardes en établissement qui seraient imposées sans que le patient comparaisse, parce que présentement, si le patient est trop agité ou trop désorganisé, on ne peut pas l'amener devant le tribunal, alors que, quand la Commission des affaires sociales se déplace et va directement à l'hôpital, le patient pourrait être entendu beaucoup plus souvent et faire valoir ses droits aussi à ce moment-là. Et ça évite aussi que le médecin traitant soit dans une relation qui devient légalisée. Ça devient difficile pour la relation thérapeutique de dire, bon, il faut que le patient me fasse confiance, mais en même temps il a l'impression que je l'amène devant le juge et puis que je le traite comme un criminel. Ça nuit un peu à la relation thérapeutique.

La deuxième recommandation concerne l'examen psychiatrique pour la garde en établissement. Nous sommes d'avis, comme aussi l'Association des médecins psychiatres du Québec, de continuer de demander deux examens psychiatriques pour la garde en établissement et non pas un seul. C'est une décision qui est grave. On entrave la liberté d'une personne. On peut l'entraver pour plusieurs jours, de 21 jours, puis parfois il y a des renouvellements et dans toute décision médicale grave, c'est coutume de demander l'avis d'un confrère. Et on sait que les droits des personnes... Et d'avoir un deuxième avis peut éviter qu'on garde les gens contre leur gré sur une première évaluation qui parfois peut être moins bonne si le patient est dans un état plus aigu d'agitation. Et parfois il a déjà eu le temps de se calmer, et on a eu le temps de faire le tour du problème lors du deuxième examen psychiatrique. Donc, quelque part on trouve que ça protège à la fois le patient et en même temps ça sécurise aussi parfois le médecin quand il y a des cas qui sont beaucoup plus litigieux ou plus difficiles à trancher. Alors, nous, on est d'avis de garder les deux examens psychiatriques nécessaires à la garde en établissement.

Notre recommandation n° 3 fait suite à la première en ce sens que, lorsqu'il y a deux examens psychiatriques, on préférerait que le deuxième examen à tout le moins soit fait par un psychiatre. Dans le contexte des régions un peu plus éloignées, on comprend que parfois c'est difficile d'avoir deux examens psychiatriques, mais souvent il est relativement faisable d'avoir un examen par un omnisteuricien et un deuxième examen par un psychiatre.

**M. Lafleur (Paul-André):** Notre recommandation n°4, c'est de préconiser au fond l'élimination du projet de loi simplement des références aux procédures pénales. Comme vous le savez, actuellement nous avons sur le formulaire à cocher une case qui nous demande si la personne est apte à subir son procès ou non. On croit comprendre que, dans le cadre du projet de loi actuel, cette situation va se perpétuer.

À notre avis, c'est quelque chose qui n'a pas vraiment sa place. La Loi de la protection du malade mental, c'est une chose, les procédures selon le Code

criminel en sont une autre, et on estime qu'il faut entretenir le moins de confusion possible entre les deux législations. Conséquemment, à notre avis, ça n'a pas sa place là. La cour au criminel a tout à fait par ailleurs, elle, l'occasion de demander des examens de cet ordre-là.

● (17 h 50) ●

La cinquième recommandation, c'est qu'il y a une espèce de partage qui est fait actuellement: on suggère de partager les renseignements qui viennent finalement des proches du patient, ou de ceux que l'on peut recueillir à l'extérieur, de ceux que le psychiatre constate de lui-même. Nous, on recommande l'abolition de cette distinction, de ce partage. Enfin, on pense que le processus naturel, c'est de procéder à une bonne évaluation complète et ensuite il appartient au tribunal finalement de juger de la pertinence de cette évaluation-là.

**Mme Brault (Jocelyne):** La sixième recommandation concerne la garde provisoire avant l'examen psychiatrique, lorsqu'un patient est jugé dangereux dans l'immédiat et qu'on décide de le garder contre son gré à l'hôpital, par un médecin omnipraticien.

Dans l'article de loi, on parle de 48 heures depuis la date d'admission. Nous, on juge que c'est quelque chose qui n'a comme pas sa place parce que ça fait abstraction de tous les cas, et ils sont nombreux, où un patient se présente à l'urgence. Il est d'accord dans un premier temps pour avoir des soins et ça peut être une semaine, deux semaines après le début de l'hospitalisation où il décide qu'il ne veut plus rester.

Si son état demande à ce qu'il soit gardé, il faudrait que le 48 heures parte du moment où le patient exprime son refus. Alors, la journée où il dit: Je ne veux plus rester, le médecin peut le garder et à ce moment-là on a 48 heures pour procéder à l'examen psychiatrique. Et ça refléterait beaucoup mieux la pratique courante où les patients peuvent changer d'idée quant à l'hospitalisation, n'importe quand au cours de l'hospitalisation, et une autorisation où, quand on signe le consentement à l'hospitalisation, on le signe en début d'hospitalisation. Mais dans les faits tout le monde a le droit de changer d'idée aussi, là.

La recommandation n° 7 concerne pendant la garde de 48 heures. On croit que, quelque part, si on garde un patient 48 heures, si l'omnipraticien garde le patient pour un examen psychiatrique, on trouve superflu que l'établissement aille demander une ordonnance d'examen psychiatrique pour revenir avec un autre délai qui va nous donner un autre 96 heures pour faire les examens psychiatriques. On se dit que, pendant ce 48 heures là, ça serait moins pénalisant pour le patient que les examens se fassent immédiatement, puisque quelqu'un l'a gardé considérant qu'il était dangereux. Bien, on fait tout de suite les deux examens et le tribunal se prononce sur la garde en établissement plutôt que sur la pertinence d'une ordonnance d'examen psychiatrique. Alors, ça se lisait: «Nous recommandons donc que le

texte de l'article 7 stipule que le tribunal puisse, le cas échéant, rendre une décision quant à la garde en établissement plutôt que de décider seulement de la prolongation de la garde pour fins d'examens psychiatriques.»

**M. Laffeur (Paul-André):** Il faut bien comprendre à ce sujet-là qu'une fois qu'un patient est amené à l'hôpital, et que l'on croit qu'il puisse être dangereux, il est de notre devoir, même s'il s'y refuse, de procéder à un examen psychiatrique. On ne peut pas attendre l'autorisation d'un tribunal à ce niveau. Si un individu est soupçonné être dangereux pour lui-même ou pour autrui, il faut bien l'évaluer, il faut bien tenter de le soulager subséquemment, s'il est souffrant; ce qui fait qu'il semblait y avoir une espèce de... en fait, de tourner un peu en rond à ce niveau-là, d'aller chercher, une fois que le patient est à l'hôpital, une ordonnance pour un examen. On pourrait abrégier les procédures à ce niveau-là, à notre avis.

Ensuite, on veut formuler un commentaire. En fait, nous... Je sais que l'article 8 entraîne une certaine controverse. On estime pour notre part qu'il pourrait être utile aux patients et à leur famille dans les situations de crise. C'est sûr que c'est toujours délicat de recourir à l'intervention policière. Par ailleurs, les policiers sont sensés être des gardiens de la paix, ils sont sensés intervenir dans des situations difficiles, et nous, on croit que c'est nécessaire qu'ils puissent le faire sans qu'il y ait nécessairement à chaque fois, surtout dans les cas de véritable urgence, de procédures très lourdes, on le sait, difficiles et parfois très coûteuses pour les familles. Alors, il y a là une avenue qui nous paraît certainement souhaitable.

Il nous semblait aussi que le fait que le policier ne puisse intervenir qu'à la demande d'une personne concernée était rassurante, c'est-à-dire qu'on n'interviendra pas à tout propos. Le policier ne prendra pas seul l'initiative d'intervenir. Encore faudra-t-il qu'il soit mandaté pour ce faire par une personne préoccupée par l'état de santé du patient. D'autre part, on croit qu'il serait important, d'une part, que les policiers puissent bénéficier — c'est sans doute en marge du projet de loi — d'une certaine formation au niveau de l'intervention auprès des patients psychiatriques, qui est sûrement actuellement déficiente et, d'autre part, aussi, on mentionne l'intervention des forces policières, mais on croit qu'il serait judicieux d'ajouter une intervention des mesures de support technique nécessaires. On pense à l'intervention, par exemple, des ambulanciers qui souvent ont beaucoup plus d'expérience au niveau de la prise en charge des patients psychiatriques que les policiers eux-mêmes. Alors, leur intervention, avec celle des policiers, pourrait rendre les procédures plus cliniques.

Pour ce qui est maintenant de la garde au niveau de notre recommandation n° 9, en fait il n'y avait pas de recommandation n° 8, ça faisait plutôt référence au commentaire que je viens de faire. On demande que des rapports soient... Enfin, il y a une espèce de confusion dans la loi actuelle, et il nous semble que le projet de loi

va perpétuer jusqu'à un certain point ceci. D'abord, il y a le terme d'admission, à l'article 10, qui entraîne des confusions. Ensuite, on trouve que l'échéance, pour déposer au dossier des rapports, est trouble; elle n'est pas claire. Et ensuite on s'étonne de ce qu'il faille déposer les rapports seulement au dossier plutôt que de les faire parvenir au tribunal, à la Commission des affaires sociales en ce qui nous concerne, aux échéances dites.

C'est pourquoi dans le texte vous allez voir que nous avons proposé une échéance qui nous paraît plus claire. Puisqu'on recommande deux examens psychiatriques, on propose que la garde en établissement, en fait, soit considérée officiellement comme débutant après le deuxième examen et qu'ensuite des rapports soient remis d'abord après 21 jours, puis après trois mois, le début de ce trois mois commençant au terme des 21 jours. Et la même chose pour ce qui est des autres échéances suivantes de six mois, chacune commençant au terme de la précédente.

**Mme Brault (Jocelyne):** La recommandation n° 10 concerne les absences temporaires. Comme cliniciens, nous, on trouve que c'est un ajout très intéressant dans la loi. On a entendu un petit peu le groupe précédent qui se questionnait et trouvait que ça manifestait comme une ambivalence par rapport aux cliniciens. Nous, ce qu'on trouve, c'est que ça nous permet quelque part de pouvoir juger si le patient est assez bien pour qu'on puisse lever la cure fermée. Là, ce qui arrive présentement, c'est que souvent un patient va paraître plus organisé à l'hôpital qu'il va l'être réellement une fois qu'on le retourne dans son milieu familial parce qu'à l'hôpital il n'a pas de responsabilités, il a peu de stress, le milieu est très organisé, très routinier. Et là, on est obligés de lever la cure fermée. Le patient retourne chez lui et la famille nous appelle en disant: Bien, il ne veut pas retourner de son congé temporaire, il recommence à faire des menaces suicidaires, il a recommencé à entendre des voix, il est très désorganisé. Ils doivent refaire toute la procédure de redemander une ordonnance d'examen, on le retourne à l'hôpital, on recommence les procédures de garde en établissement, ce qui devient quelque chose de très, très lourd et de très pénalisant pour la famille et aussi pour le patient qui est reconfronté, dans son état mental fragile, à tout recommencer toutes les procédures légales.

Donc, on trouve que la possibilité d'avoir des petits congés, ça nous permet de tester jusqu'où le traitement a été efficace chez le patient et s'il est réellement apte à pouvoir décider de sortir, de revenir, puis de pouvoir continuer le traitement sur une base volontaire. Nous, la recommandation qu'on fait, c'est qu'on ne voit pas vraiment d'utilité à mettre ces sorties-là seulement après le premier terme de 21 jours. On pense qu'on pourrait, si l'état du patient le permet, commencer les sorties dès que son état le permet, donc, même dans la première période de 21 jours; donc, dès que la garde en établissement est instaurée.

Les deux dernières recommandations, c'est plus des petits points techniques, là, de changer le mot de «certificat» dans la loi pour «rapport» et...

**M. Lafleur (Paul-André):** Ça éveille certaines inquiétudes chez les psychiatres quand on se demande qu'est-ce qu'on veut codifier dans un certificat. On se sent plus à l'aise avec le terme rapport qui caractérise mieux le type d'évaluation que l'on fait.

**Mme Brault (Jocelyne):** Puis on trouve que souvent, c'est comme... Un certificat, ça fait souvent comme un certificat déjà photocopié d'avance avec des toute petites cases où on n'a jamais suffisamment d'espace pour expliquer vraiment ce qu'on est en train d'observer chez le patient.

Et la recommandation 12, c'est juste de mettre les annexes en conformité avec les changements qui vont avoir été faits.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci beaucoup. J'invite maintenant M. le ministre à commencer les échanges.

**M. Rochon:** Oui, merci beaucoup. Je pense que les gens de l'institut Pinel, vous êtes une des rares ressources qu'on a au Québec avec une expertise si spécialisée pour travailler avec des gens ou s'occuper de gens qui ont des problèmes graves et sérieux, qui sont visés par cette loi-là. Alors, j'apprécie beaucoup que vous ayez pris le temps d'examiner de façon critique ce projet de loi là et de venir nous rencontrer là-dessus.

• (18 heures) •

Trois petites questions pour préciser un peu ce que vous nous proposez. La fameuse question de l'opposition entre la Commission des affaires sociales et le tribunal. Je pense comprendre ce que vous nous dites, là, qu'il y a peut-être effectivement une complexité un peu plus grande qui est introduite en ayant une autre instance qui intervient, à savoir le tribunal dans ce cas-ci. Maintenant, il ne m'apparaît pas évident qu'on ait vraiment le choix ou la possibilité par ce projet de loi là de faire autrement parce qu'une des raisons pour présenter le projet de loi est de s'harmoniser ou de s'ajuster et de compléter des nouvelles dispositions du Code civil qui ont été établies en 1994. Et là, si j'ai bien compris la situation, c'est qu'on a à ce moment-là pris une décision que, compte tenu de l'importance de statuer sur une détention — parce que c'est de ça qu'il s'agit, là — de quelqu'un parce qu'on juge qu'il peut être une personne dangereuse pour elle-même ou pour son entourage, que, dans notre société, avec les valeurs qui sont les nôtres, on va s'en remettre à la plus haute instance de décision pour ce type de décision.

Alors, ça serait remettre vraiment en question... peut-être c'est ça qu'on veut faire, là, de remettre en question ce qui a été cette décision et derrière les amendements au Code civil, mais je ne suis pas sûr qu'on puisse le faire dans le cadre de cette loi-là qui est

plus prévue, là, pour ajuster au Code civil. Mais on verra, là, je veux juste... je vous dire que...

**M. Lafleur (Paul-André):** Il y a des valeurs de société, c'est certain, à ce niveau-là. Il y a une démarche que, nous, on qualifie finalement dans nos milieux — je ne sais pas si c'est pertinent de développer là-dessus, puis très brièvement — mais il y a un durcissement, il y a une judiciarisation qui a pour but — et on le comprend très bien — d'accorder aux gens le plus possible le respect de leur droit. Mais ça a des effets paradoxaux, quand c'est poussé à outrance, qu'on est en mesure d'observer. Et c'est dans ce sens-là que, nous, on suggérerait le recours à un tribunal administratif simplement.

**Mme Brault (Jocelyne):** Par ailleurs, dans le Code civil, on parle de tribunal et le mot «tribunal» n'est pas... On ne parle pas nécessairement d'un tribunal criminel ou d'un... Donc, un tribunal administratif pourrait aussi faire l'affaire. Ce n'est pas défini dans cette partie-là de la loi du Code civil. Alors, je ne pense pas que nécessairement on serait en contradiction avec le Code civil, si on décidait que c'est un tribunal administratif qui s'occupe de mettre les gardes en établissement et où on peut faire appel.

Où, à la rigueur, ce qu'on avait pensé, c'est qu'au pis aller on pourrait peut-être avoir un système qui ressemble au système de la Commission d'examen, où le tribunal émet l'ordonnance de détention, mais où tout le reste du processus se fait par le tribunal administratif qui vient revoir le patient, qui vient revoir les échéanciers où on doit produire les rapports et qui se déplace d'un hôpital à l'autre. Donc, ça serait peut-être un moyen terme aussi qui pourrait être fait à ce moment-là.

**M. Rochon:** Mais est-ce que ce n'est pas ça que nous dit l'article 22? Parce que, si on recoupe ça avec le Code civil, le tribunal, comme vous le dites, je pense, décide de l'ordonnance de détention et de la durée de la détention. Et, si en cours de détention toute question peut être soulevée par le patient ou qu'on veut réviser la durée ou qu'un patient veut avoir un deuxième ou un troisième avis sur le maintien de la détention, c'est la Commission des affaires sociales qui intervient à ce moment-là.

**Mme Brault (Jocelyne):** Mais seulement comme instance d'appel, si on n'est pas d'accord avec la décision, c'est-à-dire que c'est le patient qui fait venir la Commission des affaires sociales. Le problème qu'on a présentement, c'est que la durée de la détention, quand le juge émet le premier mandat de détention, bon, souvent, c'est 21 jours, mais on doit retourner devant le juge à chaque renouvellement de mandat et là, on trouvait que ça serait préférable d'avoir toujours affaire avec la Commission des affaires sociales à ce moment-là pour ne pas retourner devant le juge au bout de 21 jours, après ça au bout de trois mois, au bout de quatre mois et

souvent même, selon les juges — comme c'est le juge qui décide de la durée — on a des détentions de deux mois, d'un mois et ça devient complètement farfelu et très très mêlant pour tout le monde, là.

**M. Lafleur (Paul-André):** Pour certains patients effectivement on doit se présenter régulièrement au tribunal, je dois dire, ce qui est lourd pour tout le monde, y compris le patient bien sûr, y compris la famille du patient qui parfois tient à venir aussi parce qu'ils sont effrayés, pour toutes sortes de raison. Et la comparaison qu'on vous donnait effectivement, c'est celle de la Commission d'examen, mais on doit faire la distinction. C'est qu'on travaille beaucoup, nous, avec la Commission d'examen au niveau criminel, où un tribunal, non administratif bien sûr, décide à ce moment-là de l'ordonnance de garde en établissement après qu'une personne ait été trouvée non responsable pour cause de troubles mentaux. Et tout le reste, absolument tout le reste est géré par cette Commission d'examen de façon remarquablement efficace. Et la Commission des affaires sociales dispose des mêmes compétences, et, nous, on estime à ce moment-là, mettons-le en second lieu, mais donnons-lui les pleines responsabilités dans un second temps. Et là, on allégerait beaucoup les procédures.

**M. Rochon:** O.K. Et ça, ce que vous nous dites là, c'est vraiment sur la base d'expériences?

**Mme Brault (Jocelyne):** Oui.

**M. Lafleur (Paul-André):** Ah! Tout à fait.

**M. Rochon:** O.K.

**M. Lafleur (Paul-André):** On a... Vous savez, un des avantages que l'on trouvait — et c'est ce qui nous enthousiasme dans le projet — aux ordonnances de garde de la Commission d'examen après qu'une personne ait été trouvée non responsable, c'est qu'on peut faire une réinsertion sociale graduelle. Alors, la personne a d'abord droit à des sorties, ensuite peut rester à l'extérieur un peu plus longtemps et finalement retourner en société, tout en ayant toujours à revenir rencontrer le psychiatre. Bien sûr — et c'est bien compréhensible parce que c'est une autre situation — le projet de loi actuel ne nous donne pas la même chose au niveau de la cure fermée. Mais déjà de pouvoir au moins vérifier que le patient puisse fonctionner en société, c'est quelque chose de tout à fait innovateur dans ce contexte et appréciable.

**M. Rochon:** Merci. Parlant justement dans le sens de cette absence temporaire qui appelle un assouplissement, est-ce que c'est utilisé de façon très fréquente ou si c'est plutôt rare?

**Mme Brault (Jocelyne):** On n'a pas le droit présentement; donc, ce n'est pas utilisé. Présentement,

quand quelqu'un est en garde en établissement, on n'a pas le droit de le laisser sortir de l'hôpital.

**M. Rochon:** O.K. Mais on nous dit... D'accord. C'est-à-dire que si vous le laissez sortir, ça implique que vous...

**Mme Brault (Jocelyne):** Qu'on lève la cure.

**M. Rochon:** ...avez porté le jugement, que vous levez la cure.

**Mme Brault (Jocelyne):** Oui. On n'a pas d'autres choix. Si le patient a à sortir, la seule façon dont il peut sortir de l'établissement, c'est accompagné d'un membre du personnel ou encore, quand il arrive quelque chose de très grave, des funérailles...

**M. Rochon:** C'est ça.

**Mme Brault (Jocelyne):** ...quelque chose dans la famille, avec une ordonnance du directeur des services professionnels.

**M. Rochon:** C'est ça.

**Mme Brault (Jocelyne):** Mais ce n'est jamais comme un congé de fin de semaine ou aller dans sa famille deux ou trois jours et voir comment il s'est amélioré.

**M. Rochon:** O.K.

**M. Lafleur (Paul-André):** Il y a une espèce de vide en fait dans la loi à ce niveau-là. Et, donc, nous, on a voulu le faire justement à cause de notre expérience au niveau criminel. Et ce qu'on nous avait répondu, c'est que, bon, on porterait la responsabilité de tout ce qui pourrait se produire à ce moment-là, qu'on ne pouvait pas laisser ainsi les gens sortir, que s'ils étaient en cure fermée, même si ce n'était pas bien mentionné dans la loi, les aviseurs légaux ont conclu qu'on ne pouvait pas prendre d'initiatives de ce genre. Donc, ça ne se fait pas actuellement pour les gens qui sont en cure fermée.

**M. Rochon:** Maintenant, est-ce que ça se fait, une fois qu'on a porté le jugement que, oui, à la limite, on peut cesser la cure ou est-ce qu'on a commencé quand même?

**Mme Brault (Jocelyne):** Les congés de fin de semaine et tout ça?

**M. Rochon:** Parce qu'on nous a dit que c'est une pratique qui s'était développée...

**Mme Brault (Jocelyne):** Oui.

**M. Rochon:** ...que le passage ou la réintégration des patients dans la société qu'on...

**Mme Brault (Jocelyne):** Les absences temporaires dans les hôpitaux, quand quelqu'un est en cure libre...

**M. Rochon:** C'est ça.

**Mme Brault (Jocelyne):** ...c'est quelque chose qui se fait très très très fréquemment et quasiment tout le temps avant de donner le congé à quelqu'un.

**M. Rochon:** Bon. Donc, ça, c'est...

**Mme Brault (Jocelyne):** De vérifier l'adaptation de la personne à l'extérieur. C'est quelque chose qui est...

**M. Rochon:** C'est devenu la règle plutôt que l'exception.

**Mme Brault (Jocelyne):** Oui. Oui.

**M. Lafleur (Paul-André):** Tout à fait.

**M. Rochon:** Alors, ce serait une extension de cette pratique professionnelle...

**Mme Brault (Jocelyne):** Oui.

**M. Rochon:** ...un peu pour quelqu'un qui est encore sous garde.

**M. Lafleur (Paul-André):** Absolument et qui permettrait de procéder plus tôt en fait à un retour en société. Parce que, là, il faut s'assurer — j'oserais dire hors de tout doute raisonnable, finalement — que la personne n'est ni dangereuse ni déterminée à rompre le lien thérapeutique.

**M. Rochon:** Qu'est-ce que vous nous dites de ceux qui présentent l'argument là-dessus à l'effet que c'est assez paradoxal que, si la personne présente un danger, elle présente un danger ou elle ne présente pas un danger? Si elle présente un danger, pourquoi courir un risque pour elle ou pour d'autres de retourner dans sa communauté? Est-ce qu'on ne doit pas aller plus à l'étape, comme c'est actuellement, de dire: Non, le danger est suffisamment dissipé pour qu'on puisse passer plus à la partie de traitement et de faire ce qu'on fait, là, maintenant, mais avec le consentement du patient, à ce moment-là?

**Mme Brault (Jocelyne):** Je vous dirais que c'est un argument qui est peut-être... qui paraît bien, que c'est un bon raisonnement, sauf qu'en pratique ça ne se passe pas comme ça. Souvent, les patients sont un petit

peu à cheval sur la ligne puis, là, on se dit: Oui, effectivement à l'hôpital il n'est plus dangereux, il risque de ne pas être dangereux, mais, confronté à son milieu familial ou à son milieu de vie où il était désorganisé, il est possible qu'au bout de 24, 48 heures le patient décide de ne pas prendre sa médication et redevienne rapidement dangereux. Le fait qu'il soit en cure fermée nous permettrait à ce moment-là... Bon, un membre de la famille nous appelle, on fait intervenir les policiers, ils nous le ramènent et on reprend le traitement puis on attend un peu plus longtemps.

**M. Rochon:** O.K. Ce que vous nous dites, c'est que, si on applique la logique jusqu'au bout, là, c'est beaucoup d'inconvénients pour la famille et pour les patients de recommencer toute la procédure.

● (18 h 10) ●

**Mme Brault (Jocelyne):** C'est très très lourd et c'est aussi parfois dangereux parce qu'il ne faut pas oublier qu'il y a des délais. Si on donne un congé de fin de semaine, nous, le patient, il part le vendredi après-midi. Si le vendredi soir son épouse se rend compte que ça ne va vraiment mais vraiment pas bien, la cure fermée est levée... Bien, une ordonnance d'examen psychiatrique, tu n'as pas ça les fins de semaine. Les tribunaux, ils ne sont pas là les fins de semaine, là. Il y a toujours ce vide des fins de semaine, des soirées où quelqu'un qui est activement psychotique et désorganisé ne pourra pas être repris en charge par l'hôpital de façon rapide, alors qu'il est déjà connu, son traitement est entamé. Ça serait beaucoup plus simple et ça réduirait aussi la longueur de l'hospitalisation. Alors, plus il est longtemps désorganisé et sans traitement, bien, plus après ça on allonge l'hospitalisation.

**M. Lafleur (Paul-André):** Et la dangerosité ne se réduit pas finalement à la présence ou l'absence de dangerosité. Il y a tout un ensemble de facteurs de risque à considérer, et l'on pourrait dire que ça suit une espèce de continuum. Alors, à un moment donné il peut y avoir une dangerosité qui diminue graduellement, et le patient peut avoir une certaine frayeur à retourner à l'extérieur. Bien encadré, sachant qu'il doit revenir à l'hôpital, ne pouvant être ambivalent par rapport à ça, sa réintégration se fait de façon plus facile, et la dangerosité continue à s'estomper jusqu'à ce que la cure fermée, ou la garde comme on dit maintenant, puisse être cessée.

**M. Rochon:** Alors, si on allait dans cette logique, il faudrait que les juges fassent comme vous, qu'ils fassent de la garde la fin de semaine, à la limite. Ha, ha, ha!

**M. Lafleur (Paul-André):** Ha, ha, ha!

**M. Rochon:** Une toute dernière question qui est assez courte, là, je pense. Pour l'article 10, votre recommandation 9, vous proposez que les rapports soient

automatiquement soumis ou déposés au tribunal. Dans quel but?

**M. Lafleur (Paul-André):** Si vous notez juste un peu plus haut, on a proposé en fait un échéancier... Tout à l'heure, on a mentionné que ça nous créait certains inconvénients, par exemple — à nous et aux patients — lorsqu'on a à se présenter au tribunal à toutes les quelques semaines. Actuellement, il y a une espèce de vide à ce niveau-là, enfin de confusion en quelque sorte, alors il arrive parfois qu'on ait à se présenter au tribunal successivement toutes les quelques semaines, à plusieurs reprises, et qu'entre-temps la Commission des affaires sociales vienne, parce qu'en ce moment tous peuvent intervenir et selon les échéances qui leur conviennent ou à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Nous, ce qu'on propose, c'est un échéancier un peu plus rigoureux et, pour bien s'assurer qu'il n'y ait pas d'oubli du patient, qu'on ne se contente pas de déposer une évaluation au dossier; on trouve que c'est quand même important qu'il y ait des réévaluations fréquentes et que ces réévaluations soient validées par une instance responsable. Conséquemment, on dit: Réévaluons-le à échéance et envoyons à chaque fois les rapports à l'instance qui doit gérer finalement cette situation-là.

**M. Rochon:** Vous voulez vous donner votre propre encadrement.

**M. Lafleur (Paul-André):** Pardon?

**M. Rochon:** Vous voulez vous donner votre propre encadrement, dans un sens.

**M. Lafleur (Paul-André):** Oui, tout à fait. On estime que c'est quand même des décisions sérieuses. Nous, on croit... Les cliniciens sont inconfortables, il faut bien le dire, avec le fait de garder contre leur gré des gens à l'hôpital. Ils souhaitent avoir quelqu'un qui les scrute, qui les regarde, qui s'assure qu'ils font bien de le faire et ils estiment que ce n'est pas de leur devoir de décider de ça seuls. Par contre, on apprécie aussi quand l'encadrement est bien défini et quand on sait à quelle échéance on a à réviser nos décisions et quand est-ce qu'on a à se déplacer, si nécessaire, à l'extérieur de l'hôpital pour aller les justifier, les décisions.

**M. Rochon:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Merci. À mon tour de vous remercier de nous faire partager l'expertise de l'institut Philippe Pinel et de ses psychiatres. J'aimerais que vous m'expliquiez quelque chose par rapport à la déjudiciarisation. Je pense que tout le monde est pour la vertu, il

me semble que c'est un principe dans lequel on devrait aller. Je dirais que l'ensemble des gens qui sont venus nous rencontrer depuis quelques jours sont d'accord avec cet objectif, sauf les associations de patients. Les associations de patients, je pense à l'AGIDD particulièrement, au moment où nous les avons questionnées à ce sujet-là, à ma surprise, ils ont répondu: Non, non, nous autres, on veut maintenir les tribunaux conventionnels, c'est un gain pour nous autres. Y a-t-il une explication que vous pouvez donner? Juste en terminant là-dessus, quand on a demandé pourquoi vous ne voulez pas la Commission des affaires sociales, il nous ont répondu: Bien, c'est parce qu'il y a deux psychiatres là-dessus. J'aimerais ça avoir vos commentaires.

**M. Lafleur (Paul-André):** Bon, la judiciarisation, c'est une question assez vaste. En fait, je ne peux pas vous expliquer pourquoi d'autres associations préconisent une plus grande judiciarisation. Nous, dans le quotidien, ce dont on se rend compte, c'est que pour certains patients, certaines familles, c'est souffrant. Ça, c'est indéniable, ce qui fait qu'on préconise au contraire une approche plus douce. À partir du moment... Si on a une certaine méfiance vis-à-vis de la Commission des affaires sociales parce que deux psychiatres siègent dessus, je trouve ça regrettable. Il y a peut-être des choses à regarder à ce niveau-là. Est-ce que la composition de la Commission des affaires sociales doit être, dans une certaine mesure, remaniée? J'imagine qu'on peut évaluer des choses de cet ordre-là. Mais la judiciarisation, à notre avis, c'est un processus qui est complexe, qui ne sert pas toujours le patient.

Vous savez, il y a beaucoup... Quand on se rend au tribunal actuellement pour les questions de garde en établissement, les choses se font beaucoup entre les avocats. Quand on est devant la Commission des affaires sociales, on demande à la personne son avis. On demande au psychiatre aussi de donner son avis, mais d'une façon plus informelle, plus clinique, souvent qu'on pourrait qualifier, nous, de plus humaine. Donc, à notre sens, c'est des arguments qui ne vont pas dans une espèce de durcissement du processus comme on peut le voir avec la judiciarisation à outrance comme je le disais.

**M. Marsan:** Je vous remercie. Là, des commentaires. Je regarde aussi... Dans votre mémoire, vous ne parlez pas, je pense, ou à peu près pas des mesures de protection qui sont prévues au projet de loi n° 39. Je ne sais pas s'il y a une raison ou si j'ai manqué une recommandation, peut-être, ou...

**Mme Brault (Jocelyne):** Les mesures de protection de... Quelle page?

**M. Marsan:** Je pense à l'article 24, excusez, et les mesures de contention.

**M. Lafleur (Paul-André):** L'article 24.

**M. Marsan:** Il y a des groupes qui nous ont dit, là aussi: Bien, écoutez, on n'en a pas besoin, de cet article-là parce que la loi n° 120 prévoit que les établissements doivent faire leur propre protocole. D'autres nous ont dit: Non, non, il faut donner des paramètres. D'autres nous ont dit: On va l'enlever, mais il faudrait avoir une loi spéciale là-dessus. J'aimerais ça vous entendre sur les mesures de protection.

**Mme Brault (Jocelyne):** Nous, on trouvait effectivement que c'était peut-être redondant, mais on ne se sentait pas menacés par ce qu'il y avait d'écrit là-dedans. On trouvait que c'était bien formulé. Puis, on n'avait pas de problème avec cet article-là, même si on sait qu'il y a déjà d'autres lois qui protègent, mais c'est comme...

**M. Marsan:** Alors, vous l'accepteriez comme tel.

**Mme Brault (Jocelyne):** Oui.

**M. Marsan:** O.K. C'est dans ce sens-là.

**Mme Brault (Jocelyne):** Oui, c'est pour ça qu'il n'y avait pas de recommandation. C'est qu'on le jugeait correct.

**M. Marsan:** Je voudrais vous demander une question comme... On nous a dit qu'il pouvait y avoir plus de ou environ 20 % des prisonniers dans les prisons qui sont des patients qui souffrent de maladie mentale. Est-ce que c'est quelque chose que vous avez pu valider au fil de vos expériences et, si oui, ou si c'est près d'un pourcentage comme cela, comment expliquons-nous cela? Et comment peut-on corriger ça?

**M. Lafleur (Paul-André):** Oui, c'est un problème, c'est un problème extrêmement complexe. Effectivement, il y a beaucoup de patients psychiatriques dans les différentes institutions carcérales, que ce soient des prisons, que ce soient des pénitenciers. D'abord, il faut comprendre que ça regroupe un ensemble de personnes assez important. Il serait surprenant que cette population-là, carcérale, soit plus en santé que la population en général. Or, on sait qu'une personne sur huit, si je me souviens bien, est hospitalisée dans sa vie en psychiatrie. Conséquemment, la population carcérale qui est souvent plus démunie, qui cumule souvent plus de facteurs de risque que la population en général est nécessairement plus, enfin a plus de chances de développer des maladies psychiatriques. Alors, d'une part, jusqu'à un certain point, compte tenu de ce que les maladies psychiatriques sont répandues, il est normal d'en trouver dans la population carcérale.

Par rapport à ce fragment de la population qui va en développer, ce qu'il faut évidemment, c'est d'avoir les institutions, les mécanismes pour les traiter lorsque la maladie survient. À l'institut Pinel, c'est une de nos vocations d'accueillir des gens, tout particulièrement on

reçoit des gens des centres de prévention mais aussi des prisons et des pénitenciers lorsqu'ils ont besoin de soins psychiatriques.

Il y a un autre aspect, puis je crois que c'est celui-là aussi auquel renvoie votre question, c'est qu'on a parlé tantôt de déjudiciarisation. Il y a aussi une judiciarisation actuellement des troubles du comportement. Et, nous, on pense qu'une loi telle que celle-ci, avec l'intervention des forces policières, pourra peut-être limiter la criminalisation de certains comportements, délinquants si on veut, mais c'est surtout des troubles du comportement de certains patients qui se retrouvent arrêtés parce que, bon, l'entourage trouve trop lourd d'aller chercher une ordonnance d'examen psychiatrique et procède de cette façon-là. Donc, on croit qu'en ce sens-là la loi est un progrès, parce que c'est certain qu'il y a une judiciarisation dans notre société de certains troubles du comportement qui ne relèvent pas de la criminalité, qui relèvent de la maladie. Et, bon, il y a un petit pas dans cette direction-là, nous, on croit avec ce projet de loi ci.

**M. Marsan:** Dernière question, M. le Président. La désinstitutionnalisation, je pense que là aussi on est tous pour la vertu, mais est-ce que vous avez des craintes par rapport aux expériences que vous avez pu connaître antérieurement. On a eu différents rapports dont celui du Vérificateur général, et j'aimerais ça vous entendre sur... Vous savez ce qui s'en vient, là, avec des fermetures de lit annoncées, extrêmement importantes. On parle de 3 000 des 6 000 lits existants. Et on sait également que nous avons beaucoup de problématique avec les itinérants, beaucoup de violence associée dans différents quartiers de grandes régions. Alors, j'aimerais avoir vos commentaires et votre opinion surtout sur cette problématique-là.

● (18 h 20) ●

**M. Lafleur (Paul-André):** Bon. On ne peut pas ne pas avoir de craintes par rapport à un processus aussi important, mais en même temps que, nous, on estime, à l'institut Pinel, inévitable et qui doit se faire dans une certaine mesure. Je ne suis pas en train de dire qu'il faut fermer plus ou moins 3 000 lits ou de quelle façon exactement ça doit se faire; c'est une question complexe. Mais pour nous ça va de soi qu'il doit y avoir un virage ambulatoire. On est conscients qu'on a effectivement beaucoup de lits de psychiatrie au Québec et qu'on doit se poser des questions par rapport à ça et qu'il y a certaines clientèles qui ne sont pas départagées. On a parlé, tantôt... M. le ministre a parlé de la clientèle des gens qui souffrent de retard mental, et il y a une certaine confusion.

Il y a une chose que l'on constate — parce que, nous, c'est un hôpital qu'on pourrait qualifier de soins intensifs — c'est notre difficulté, aux termes d'une hospitalisation à l'institut Pinel, de retourner le patient à l'extérieur, notamment par manque de ressources. Et donc... Évidemment, quand on parle de favoriser l'émergence de certaines ressources qui puissent accueillir les patients alors qu'ils ont encore besoin d'un certain

encadrement mais un encadrement qui soit moins lourd que celui du système hospitalier, nous, on est en faveur parce qu'on a beaucoup de difficultés actuellement à justement désinstitutionnaliser certains patients qui devraient l'être dans une certaine mesure, qui devraient aller dans un milieu plus petit, moins encadrant, moins structuré tout en gardant quand même... où on peut encore bénéficier d'une certaine supervision.

**Mme Brault (Jocelyne):** Je vous dirais qu'une des craintes qu'on a au niveau de la désinstitutionnalisation, c'est qu'on fasse comme on dit dans les journaux: qu'on transfère les fonds des hôpitaux à la communauté alors qu'à notre avis il faut, dans un premier temps, injecter des fonds à la communauté et, dans un deuxième temps, fermer les lits, parce qu'on ne peut pas faire ça simultanément. Il faut que la communauté soit bien bien organisée avant qu'on donne les congés parce qu'on a déjà eu — j'ai travaillé aussi dans d'autres milieux avant d'aller à Pinel — déjà eu des ressources communautaires, entre guillemets, qui ont eu l'air de bien débiter et qui se sont dirigées très très rapidement vers une clientèle très peu lourde, ce qui faisait que finalement le pourquoi de leur établissement, c'est-à-dire de traiter des gens qui étaient atteints de troubles sévères et persistants, est tombé complètement en désuétude, et elles ont traité des gens qui étaient démunis socialement ou elles ont complètement changé leur vocation première.

Alors, ça, c'est le gros danger qu'on voit, si jamais on fait juste un transfert de fonds. Il faut vraiment qu'il y ait des fonds injectés et qu'on établisse aussi des mécanismes d'évaluation des ressources communautaires, qu'elles aient à rendre compte à des instances supérieures comment elles fonctionnent, un peu comme les hôpitaux qui ont le conseil d'agrément ou qui sont régulièrement visités dans leur fonctionnement et non pas juste au niveau financier pour savoir s'ils tiennent bien leurs livres de comptes et si les dépenses sont bien faites.

**M. Lafleur (Paul-André):** Même dans les centres hospitaliers, dans les grands centres à tout le moins, parce que c'est bien différent en périphérie... Mais on constate que les centres hospitaliers sont bien forcés d'accepter la clientèle de leur secteur, mais dès que ça dépasse leur secteur, ils préfèrent ne pas le faire.

Dans les ressources communautaires qui existent actuellement, il n'y a pas de telles obligations. Alors, il y a une telle obligation à tout le moins de respecter le secteur, ce qui fait qu'on en vient très sélectif sur la clientèle, et ça, c'est un problème. Et on craint un développement un peu anarchique des ressources éventuelles qui ne s'occupent pas de la clientèle qui doit prioritairement recevoir de l'encadrement et des soins, c'est-à-dire celle qui est la plus malade.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Merci beaucoup. M. le député, pour votre conclusion.

**M. Marsan:** Oui, en vous remerciant bien sincèrement. Vous êtes les experts des experts dans le domaine que nous étudions et vous l'avez fait avec beaucoup d'éloquence mais aussi de façon très très précise et concise dans le document que vous nous présentez. Vous aussi, nous vous remercions sincèrement et sachez que les recommandations vont rester près de nous, lorsqu'on commencera l'étude article par article, pour être certains que l'ensemble des recommandations puissent avoir un suivi dans un document final qui serait la loi n° 39. Merci.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre.

**M. Rochon:** Je peux me permettre une petite question avant de conclure?

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Oui, M. le ministre.

**M. Rochon:** Si vous permettez. Tout à l'heure, on a parlé brièvement de la notion de danger imminent ou de dangerosité, et j'ai trouvé intéressant que vous ayez fait référence à un concept de variables continues, là, par rapport souvent... Quand les gens nous font la proposition de décider si oui ou non c'est dangereux, c'est une approche de variables dichotomiques: c'est oui ou c'est non. Vous, vous dites: C'est plutôt un continu comme genre de variables.

Cliniquement, est-ce que, avec votre expérience et votre pratique, il y a suffisamment de critères, de paramètres pour jauger, sur une échelle de continuité quelconque, où on en est? Comment vous procédez, en pratique?

**M. Lafleur (Paul-André):** L'évaluation de la dangerosité psychiatrique est quelque chose de délicat, ce n'est pas un absolu. Mais effectivement on a tout un ensemble de paramètres auxquels on se réfère pour faire cette évaluation-là, des paramètres qui concernent, par exemple, le diagnostic. On sait quelles sont les pathologies maintenant, de vastes études l'ont bien démontré, où la dangerosité est la plus importante.

On sait que certaines formes de psychoses, quand elles sont dans leur phase de plus grande désorganisation, vont entraîner une plus grande dangerosité de la part du patient; il faut être plus attentif. On sait que certaines maladies affectives aussi, dans certains symptômes spécifiques, vont entraîner une certaine dangerosité. On sait que le cumul de plusieurs diagnostics entraîne une plus grande dangerosité, lorsqu'il y a, par exemple, tout à la fois de l'organicité, de la psychose, un trouble de la personnalité et la consommation de substances toxiques. Chez nous, c'est assez fréquent qu'on va avoir des patients qui vont présenter des problèmes à tous ces niveaux. On sait que la consommation des substances toxiques en soi, qui a été croissante de façon dramatique au cours des dernières décennies dans la population

psychiatrique, est peut-être le facteur le plus important au niveau de la dangerosité des patients. Lorsqu'on isole ce facteur de tous les autres, on se rend compte que, en soi, il est très déterminant, que la maladie est moins importante que la désinhibition engendrée chez le malade par les substances toxiques. Ça, c'est au niveau du diagnostic.

J'ai parlé des symptômes. Il y a tout un ensemble de paramètres encore, tels les délires ou les hallucinations de persécution spécifiquement; la grande désorganisation psychotique; la dépression, lorsqu'elle s'accompagne d'un désespoir avec ce que nous appelons les idées de suicide élargi ou de meurtre altruiste, où la vie est tellement pénible qu'on songe à amener quelqu'un avec soi; la désorganisation maniaque, avec sa désinhibition et son irritabilité. Ça, c'est pour les symptômes qui accompagnent les maladies que j'ai mentionnées.

On sait aussi qu'il faut prendre en considération tout le contexte, tous les facteurs de stress que subit le patient et qu'il va ressentir d'ailleurs lorsqu'il va être réintégré dans la communauté, ce pourquoi on doit moduler prudemment sa sortie de l'hôpital. Les facteurs de stress, le contexte, les personnes autour, comment est-ce qu'il va avoir de l'assistance de la part de son entourage? Ou, au contraire, est-ce qu'il va se retrouver seul? Est-ce qu'il va se retrouver dans une situation conflictuelle ou au contraire avec quelqu'un qui va être apaisant? Il y a évidemment tous les antécédents, parce qu'un des facteurs de prédiction, peut-être les plus fiables, est simplement que le passé est, dans une certaine mesure, garant de l'avenir. Alors, plus une personne, dans ses phases psychotiques ou maniaques, a été agressive et dangereuse dans le passé, plus il est à craindre qu'à nouveau, dans une même phase, elle soit dangereuse, et conséquemment on va faire particulièrement attention.

Je vous lance comme ça, en vrac...

**M. Rochon:** Non, mais c'est bon.

**M. Lafleur (Paul-André):** ...certaines des pistes que l'on doit utiliser pour évaluer la dangerosité de nos patients. Il y en a d'autres: la qualité de la communication avec le patient est importante, la qualité de la reconnaissance du problème du patient, qui va du déni total jusqu'à l'acceptation de la maladie, et l'identification par le patient lui-même de ses facteurs de risque; des points sur lesquels on travaille pendant la phase de cure fermée de façon à pouvoir ensuite laisser le patient quitter.

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** M. le ministre, pour la conclusion.

**M. Rochon:** Oui, bien, alors, merci beaucoup. Je pense que ça va nous être très précieux, ça, pour voir comment on organise, dans sa forme finale, le projet de loi, finalement. Bien, je vous remercie beaucoup. Je pense que vous apportez une contribution, là, très spécifique.

Je me permets, en concluant, de vous rassurer sur les orientations ministérielles qui seront publiées bientôt quant au développement de ressources dans le domaine de la santé mentale, où on n'a pas, là, cette fois-ci, heureusement à devoir gérer en même temps un objectif budgétaire terriblement contraignant — comme on a dû le faire dans le premier virage ambulatoire à cause de la situation financière où on s'est retrouvés, sans délai pour pouvoir parer aux événements — et qu'on va d'abord développer des ressources dans la communauté, orienter des gens, comme les gens qui souffrent de retard mental, vers les endroits qui peuvent mieux s'occuper d'eux, et procéder de façon très systématique, et de toute façon on va prendre le temps de consulter sur la façon de faire aussi. Alors, ça vous donnera plus d'informations. Il faut faire attention à ce qu'on lit dans les journaux, dépendant surtout de la source d'information du journaliste.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Bertrand, Charlevoix):** Madame, messieurs, au nom de tous les membres de la commission, merci. La commission ajourne ses travaux sine die.

*(Fin de la séance à 18 h 30)*

