

B

10
H. 11. 16
H. 1. 15
S. C. F.

2)

RAPPORT

de la

COMMISSION D'ENQUÊTE

sur

1)

L'ADMINISTRATION DE L'INSTITUT ALBERT PRÉVOST

Quant à son personnel médical et hospitalier

M. André Régnier, Juge de District,

M. Aristide Cousineau, financier,

M. Roland Parenteau, économiste,

Commissaires Enquêteurs

Me Émile Colas
Conseiller juridique

2)

1964

I N D E X

<u>Chapître</u>	<u>Page</u>
1.- Bref historique de 1959 à 1961	1
2.- Témoignage du Dr. Karl Stern	7
3.- Témoignage du Dr. Victorin Voyer	10
4.- Corps médical en 1961	12
5.- Démission des Psychiatres	13
6.- Directeur médical	35
7.- Suspension de l'enseignement	39
8.- Travailleuses sociales	53
9.- Directrice du Nursing	57
10.- Rumeurs quant à certains comportements	61
11.- Commentaires	66
12.- Réflexions sur la situation de l'assistance psychiatrique dans la Province	76
A) Régionaliser l'assistance psychia- trique	81
B) Hôpitaux spéciaux	85
13.- Réorganisation des structures médico- administratives	92
a) Corporation	93
b) Conseil d'administration	94
c) Directeur général ou administrateur délégué	100
d) Directeur médical	100
e) Comité conjoint	102
14.- Relations entre le Conseil d'administra- tion et le corps médical	103

<u>Chapitre</u>	<u>Page</u>
15.- Amendements proposés	107
16.- Psychiatres et Universités	113
17.- Le Collège des Médecins	119
18.- Relations avec l'assurance hospitalisation	120
19.- Services psychiatriques et assurance hospitalisation	121
20.- Conclusions	124

C A N A D A
PROVINCE DE QUEBEC

ELISABETH II, par la Grâce de Dieu, Reine du
Royaume-Uni, du Canada et de ses autres Royaumes
et territoires, Chef du Commonwealth, Défenseur
de la foi

Au Lieutenant-Gouverneur en Conseil de la Province de
Québec :

RE : INSTITUT ALBERT PREVOST

Les soussignés ont été nommés en vertu de l'arti-
16 de la Loi des Hôpitaux et sous l'autorité de la Loi des
Commissions d'Enquête (Statuts Refondus 1941, chapitre 9)
en date du 10 juillet 1962, ainsi qu'en date du 11 juin 1963,
commissaires pour faire enquête sur l'administration de
l'Institut Albert Prévost, quant à son personnel médical et
hospitalier depuis le début de l'année 1961, et, notamment,
sur la démission de psychiatres, la nomination d'un directeur
médical et d'autre personnel médical, la cessation de l'en-
seignement, la démission des travailleurs sociaux, leur
remplacement, le congédiement de la directrice du nursing,
et sur toutes autres questions qui pourraient être indiquées
par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil, relativement au dit
Institut Albert Prévost, ont l'honneur de faire le rapport
suivant :

1.- BREF HISTORIQUE (1919-1961)

L'origine de l'Institut ALBERT PREVOST remonte à
1919, alors que le docteur Albert Prévost fit l'acquisition
d'une maison spacieuse à Cartierville, qu'il transforma en
hôpital privé pouvant recevoir au plus dix (10) patients.
Le Sanatorium PREVOST voyait ainsi le jour et Garde Tassé y
fut engagée comme infirmière et y demeura attachée jusqu'en
1963.

Deux ans plus tard, le Docteur Prévost s'adjoignit deux collaborateurs, les docteurs Charles et Edgard LANGLOIS. Puis il acheta une autre maison, appelée "PAVILLON ANNEXE". Son Sanatorium put dès lors recevoir 23 patients. Malheureusement, le Dr Prévost mourut des suites d'un accident d'automobile, le 4 juillet 1926. Mademoiselle BERNADETTE LEPINE, infirmière licenciée, entra au service du Sanatorium PREVOST à cette époque.

Madame Prévost-Auger, soeur du Docteur Albert Prévost, devint alors présidente du Sanatorium qu'elle administra avec l'aide de médecins et d'infirmières, dans des circonstances difficiles, jusqu'en 1930.

Madame Auger céda ses parts dans le Sanatorium Prévost aux Docteurs LANGLOIS, en 1930.

Le Dr Edgard Langlois mourut en 1941 et les docteurs SAUCIER et AMYOT, ainsi que Mesdemoiselles TASSE et LEPINE, au moyen d'un prêt de \$ 8,000.00, purent acheter de la succession du Dr Edgard Langlois, les parts que ce dernier détenait dans le Sanatorium Prévost et pour lesquelles il n'avait rien déboursé. Ce prêt de \$ 8,000.00 fut remboursé par versements.

Le Sanatorium Prévost s'étant trouvé dans des difficultés financières sérieuses en février 1945, Mademoiselle Tassé transporta ses polices d'assurance à la Banque Canadienne Nationale et en obtint, avec Garde Lépine, un prêt de \$ 15,000.00 qui servit à racheter les parts détenues par le Dr Charles Langlois.

Quelque trois (3) mois plus tard, des lettres patentes constituaient en corporation le Sanatorium Prévost, composé de Garde Tassé, Garde Lépine et d'une Dame Barsalou, et le Sanatorium Prévost fut vendu au Sanatorium Prévost Inc. pour la somme de \$ 22,000.00, distribuée comme suit :

\$ 15,000.00 pour rembourser le prêt de ce montant ci-haut mentionné, et

\$ 1,500.00 à chacune des personnes suivantes :

Docteurs SAUCIER, AMYOT, Garde TASSE et
Garde LEPINE, et

\$ 1,000.00 comme frais d'avocat.

Les Docteurs Saucier et Amyot avaient obtenu leurs parts gratuitement du Dr Prévost.

Le Sanatorium Prévost comprenait alors 32 lits et deux ans plus tard, à la suite d'une construction effectuée à l'aide d'un octroi du gouvernement provincial au montant de \$ 50,000.00, la capacité du Sanatorium Prévost était portée à 87 lits.

En 1953 la construction du Centre Psychiatrique fut entreprise. Au début de ces travaux le gouvernement provincial versa un premier octroi de \$ 250,000.00 qui fut suivi d'un autre de \$ 200,000.00.

A son tour, le gouvernement fédéral, qui subventionne en fonction des lits, versa \$ 107,000.00. Le Sanatorium Prévost disposa alors de 145 lits.

En 1955, une loi spéciale de la législature constitua en corporation l'Institut ALBERT PREVOST.

Le Sanatorium Prévost avait été incorporé le 4 mai 1945 par des lettres patentes émises en vertu de la 3ème partie de la Loi des Compagnies de Québec, qui constituaient CHARLOTTE TASSE, BERNADETTE LEPINE et Dame FRANCOISE BARSALOU en corporation sans intention de faire un gain pécuniaire.

Cette corporation du 4 mai 1945 était formée de deux classes de membres : les membres fondateurs, qui étaient

les requérantes CHARLOTTE TASSE, BERNADETTE LEPINE et DAME FRANCOISE BARSALOU, d'une part, et d'autre part, les membres souscripteurs ou associés qui pouvaient, par la suite, être admis suivant les règlements de ladite corporation.

Seuls les membres fondateurs avaient droit de vote, en ce qui concernait les affaires de la corporation et, en particulier, aux assemblées des membres. Les membres souscripteurs ou associés pouvaient cependant faire partie du Conseil d'administration et ils avaient, comme tels, droit de vote aux assemblées du Conseil d'administration pour les affaires d'administration seulement, et ce aussi longtemps qu'ils seraient administrateurs.

Au cas de décès ou de démission d'un des membres fondateurs, les deux autres membres fondateurs lui choisissaient un remplaçant au même titre que son prédécesseur.

La loi spéciale de 1955 qui a constitué en corporation l'Institut Albert Prévost mentionne que le Sanatorium Prévost a, par sa pétition, représenté : "Que pour assurer plus de stabilité et faciliter son expansion, le Sanatorium Prévost entend changer son nom corporatif et faire préciser ses fins et ses moyens d'action par une loi de la Législature, etc.."

A ces causes, sa Majesté, de l'avis et du consentement du Conseil Législatif et de l'Assemblée Législative de Québec décréta :

Que le Sanatorium PREVOST sera dorénavant connu sous le nom d'INSTITUT ALBERT PREVOST et par le fait même et à compter de l'adoption de ladite loi, ce Sanatorium se trouve automatiquement dessaisi de tous ses biens, droits et obligations au bénéfice et à la charge de l'Institut Albert Prévost

qui, à titre de successeur, continuateur et cessionnaire, se trouvera également saisi comme propriétaire, détenteur et possesseur de tous les biens mobiliers et immobiliers, droits, privilèges, prétentions, documents et archives dudit Sanatorium, et soumis et tenu à toutes ces obligations, dettes et redevances, sans aucune autre formalité de transport, cession, convocation, enregistrement ou avis.

Jusqu'à ce que d'autres membres aient été régulièrement nommés suivant les procédures prévues par cette loi, les seuls membres composant la dite corporation, à savoir : L'INSTITUT ALBERT PREVOST, sont :

Mesdemoiselles CHARLOTTE TASSE et BERNADETTE LEPINE, toutes deux infirmières licenciées et fondatrices, ainsi que Mademoiselle ELISABETH CAILLE, infirmière psychiatrique, Madame LUCIENNE NADEAU, épouse du Dr Georges Deshaies, Dame patronesse, Madame GABRIELLE LECOURS, épouse de Stanislas Laporte, Dame patronesse et Mademoiselle HELENE BEAUDOIN, infirmière psychiatrique.

Cette loi qui constituait l'Institut stipule que ladite corporation a succession perpétuelle, possède tous les droits, privilèges et pouvoirs des autres corporations constituées pour fins scientifiques, morales ou charitables. Nous devons souligner, sous ce rapport que cette corporation, tel que mentionné précédemment, est "CONTINUATEUR" du Sanatorium Prévost, qui, de son côté, avait été constitué en vertu de la 3ème partie de la Loi des Compagnies de Québec, sans but lucratif.

Les pouvoirs de l'Institut Albert Prévost sont exercés par son Conseil d'administration, lequel est composé

d'au moins cinq (5) membres et d'au plus 9, choisis parmi les membres de la corporation. Ce Conseil d'administration, suivant l'article 6 de ladite Loi, reçoit les conseils du bureau médical, mais il possède toute autorité pour prendre ses décisions et décharger ses responsabilités. Le Conseil d'administration peut, par résolution, admettre un ou plusieurs nouveaux membres de la corporation, pourvu que le nombre ne dépasse pas 21. Ces nouveaux membres sont élus par résolution du Conseil d'administration et la durée de leur mandat est de cinq (5) années. A l'expiration de ces cinq (5) années ils peuvent être réélus membres de la corporation.

Les membres de la corporation se recrutent parmi les dames, laïques ou religieuses, qui sont ou infirmières licenciées, ou gardes-malades auxiliaires diplômées, ou amies de l'oeuvre à titre de dames patronesses; la corporation doit toujours comprendre au moins deux personnes pour représenter chacun de ces trois (3) groupes de membres.

Le nombre des membres élus dont se compose le Conseil d'administration est fixé par règlement de la corporation, mais les deux fondatrices, Gardes TASSE et LEPINE, sont nommées membres à vie du Conseil d'administration et ces dernières, à leur démission, ont droit à une rente viagère égale au salaire qu'elles touchaient au moment de leur départ, ainsi qu'à leur logement et pension. Au décès ou démission d'une des dites fondatrices, elle est remplacée par un membre élu à la majorité des voix et choisi parmi les autres membres de la corporation.

Les membres du Conseil d'administration, sujets à élection, sont élus par tiers, à chaque assemblée générale annuelle de la corporation, pour le terme de trois (3) ans.

Les membres faisant partie de la corporation de l'Institut Albert Prévost en 1961, étaient :

Miles HELENE BEAUDOIN, ELIZABETH CAILLE, Mesdames SIMONE BOISCLAIR, ANDRE PREVOST, Mlle YVONNE ARSENEAULT, Mlle GERMAINE BERNIER, Mlle THERESE BELANGER, Rév. Nère MARIE-DELPHINE, Mlle MADELEINE SEVIGNY, Mme ROSE-IDA DRAPEAU, Mme GEORGES DESHAIES, Mlle CECILE PAGE, Mme JEANNE FILIATREAU, Mlle CHARLOTTE TASSE, Mlle ANDREE RICHER, Mlle BERNADETTE LEPINE, et Mme JEANNE-D'ARC LEMAY WARREN.

Le Conseil d'administration se composait alors de sept (7) membres dont cinq (5) étaient employés de l'Institut,

Pour bien apprécier l'administration de l'Institut Albert Prévost, pour la période s'étendant du 1er janvier 1961 au 1er juillet 1962, il importe de connaître les circonstances et les conditions dans lesquelles cette administration était appelée à oeuvrer.

A la date du 1er janvier 1961, Garde TASSE était Surintendante de l'Institut Albert Prévost et Présidente de son Conseil d'administration, comme elle l'était encore le 10 juillet 1962, avec Garde LEPINE comme Assistante-Surintendante.

Pendant cette même période, le Dr CAMILEE LAURIN était directeur scientifique dudit Institut, ayant remplacé le Dr KARL STERN qui avait démissionné comme psychiatre en chef, en décembre 1957.

2 .- TEMOIGNAGE DU Dr KARL STERN

Le Dr Stern a poursuivi ses études aux Universités de Munich, Francfort et de Berlin. Après avoir obtenu des diplômes, il fut attaché aux Instituts de Berlin et de

Francfort, puis avec une bourse Rockefeller, il passa à l'Institut de Recherches Psychiatriques de Munich, de 1932 à 1936; ensuite au General Hospital for Nervous Diseases à Londres, de 1936 à 1939. De 1939 à 1944 il était à l'Hôpital Protestant de Verdun et au Montreal Neurological Institute. Subséquemment, de 1944 à 1952 on le retrouve au Allan Memorial Hospital Institute of Psychiatry de L'Université McGill et, de 1952 à 1955, au département de psychiatrie de l'Hôpital Général d'Ottawa et à l'Université d'Ottawa.

Il fut entendu comme témoin devant cette Commission et on lui demanda s'il était vrai que lors de la nomination du Dr CAMILLE LAURIN au poste de directeur scientifique (le 22 janvier 1958) : "... l'Institut Albert Prévost venait de connaître une période orageuse, qui avait entraîné des bouleversements profonds. Entre l'administration et le personnel médical les difficultés ne cessaient de s'aggraver depuis plus d'un an et demi. Le malaise était ressenti à tous les échelons du personnel de l'hôpital et le fonctionnement des services en était sérieusement perturbé. Il n'était question que de départs, de démissions et de renvois." Et le Dr Stern répondit affirmativement à cette question. Il précisa aussi que pareil état de choses n'était pas nouveau à l'hôpital et que plusieurs psychiatres avaient jugé bon de quitter l'Institut au cours des années précédentes, entre autres :

Les docteurs FERNAND COTE, FRANCOIS CLOUTIER et MICHEL DANSEREAU (page 68 du témoignage du Dr STERN).

Plus loin dans son témoignage, le Dr Stern ajoute : " C'était extrêmement pénible parce qu'il n'y avait, par exemple, comme je l'ai constaté, aucun lien entre l'administration et nous autres, et il y avait souvent des drames,

par exemple, des crises de larmes d'une infirmière qui était renvoyée sur le champ, avec évidemment, le salaire payé jusqu'à une certaine date; mais surtout, cela se faisait toujours d'une façon et il n'y avait aucun recours de notre côté; et souvent, l'on a interféré avec des traitements. Et, à la fin c'était une atmosphère, un climat d'hostilité et de tension et il était très difficile de continuer sur ces circonstances." (page 71)

La question suivante fut ensuite posée au Dr Stern, à savoir :

Q.- Est-ce que vous expliquez cela par la question des personnalités des personnes en jeu, ou si vous expliquez cela par le manque de cadres médico-administratifs ?

R.- Les deux, Monsieur. Il y avait d'un côté un élément psychologique impondérable qui relevait évidemment des personnalités des membres de l'administration et de l'autre côté, de ce manque d'organisation qui était légalement fondé" (Page 72).

Puis à la question: "Est-ce que ça peut dépendre de la personnalité particulière des psychiatres ?"

Le Dr Stern répondit: "Ah! évidemment c'est vrai."

Interrogé aussi sur son point de vue, quant aux règlements des conflits qui peuvent se produire entre l'administration et l'équipe médicale, il répondit comme suit :

"A mon avis, la solution la plus saine et la plus responsable, ce serait un directeur médical et, peut-être plus favorablement, un directeur médical qui est psychiatre lui-même, qui est membre de l'équipe et qui est en même temps en bonne entente avec l'administration. C'est la solution que l'on trouve dans la plupart des hôpitaux, la solu-

tion la plus favorable." (Page 43).

Il fut ensuite demandé au Dr Stern :

Q.- Est-ce que ce directeur médical siège à la fois sur le bureau médical et au Conseil d'administration ?

Et sa réponse fut la suivante :

R.- Oui, et la solution la plus favorable serait qu'il siège sur le comité du bureau médical et sur le Conseil d'administration". (Page 43 du témoignage du Dr Stern).

Durant le séjour du Dr Stern à l'Institut Albert Prévost, le bureau médical demanda à maintes reprises la nomination d'un directeur médical au Conseil d'administration, et notamment: les 11 juin, 15 octobre, 5 novembre et 3 décembre 1956, ainsi que les 12 avril et 4 novembre 1957.

The Joint Commission of Accreditation recommanda également la nomination d'un directeur médical.

Néanmoins, en janvier 1958, lorsque le Dr Laurin devint directeur scientifique de l'Institut Albert Prévost, aucun directeur médical n'avait encore été nommé.

3.- TEMOIGNAGE DU Dr VICTORIN VOYER

Le Docteur Karl Stern eut comme assistant à l'Institut Albert Prévost, le Dr Victorin Voyer, qui fut reçu médecin en janvier 1943 et qui, par la suite, se spécialisa comme psychiatre. Pendant un an et demi ce dernier fit des études à McGill, servit dans les forces armées jusqu'en 1946 et pratiqua la psychiatrie au Québec, au Ministère des Anciens Combattants et à l'Hôpital de l'Espérance à St-Laurent. Il se rendit ensuite en France pour parfaire ses études en psychiatrie, en neurologie d'abord, à la Salpêtrière, pendant

un an et demi, et pendant près de deux ans, en psychiatrie à Ste-Anne, où il fit de la psychanalyse et fut lui-même psychanalysé. Il était ami avec le Dr Stern depuis 1943 et il l'accompagna comme assistant pour fonder l'Institut Psychiatrique d'Ottawa, en 1952, où il fut le directeur clinique du service psychiatrique de l'Hôpital Général et assistant professeur à l'Université d'Ottawa.

Quand le Dr Stern fut nommé à l'Institut Prévost, le Dr Voyer revint avec lui et il y fut nommé son assistant et directeur clinique.

Au cours de son témoignage devant cette Commission, il a déclaré que les choses allaient bien, très bien pendant la première année, mais que lorsqu'il s'est agi d'avoir une structure pour le bureau médical, Garde Tassé s'est durcie. Lorsque le bureau médical fit ses premières recommandations pour la nomination d'un directeur médical, d'un Comité conjoint pour discuter les questions litigieuses et suivre une procédure reconnue et généralement suivie dans plusieurs hôpitaux, toutes ces démarches la bouleversèrent au point où, nous dit le Dr Voyer, ce n'était plus la même personne que l'on rencontrait. (Page 12 du témoignage)

Il continue en disant: "On sentait la bonne grand mère qui n'est plus capable d'accepter la nouvelle génération. C'était la grande dame. Elle demeurait toujours grande dame, avec toutes ses qualités de grande dame, mais ses défauts : une rigidité marquée, un mutisme dans lequel elle se réfugiait, qui nous étonnait énormément, et une difficulté de mémoire. Nous voyions qu'elle vieillissait."

Le Dr Voyer nous dit ensuite : "J'avais beau avoir un contact avec un malade qui m'était personnel, elle reven- diquait la possession même du malade, d'une manière assez

troublante pour le médecin" (page 13 du témoignage).

"Mademoiselle Tassé pouvait, par exemple, renvoyer mes patients le lendemain, pour une cause tout à fait idiote; interrompre des thérapies et, comme médecin, on est très susceptible". (Page 17 du témoignage)

"Elle venait m'avertir dans mon bureau :

"Ecoutez, ce patient je ne veux plus le voir."

"Pourquoi, Mademoiselle Tassé ?". "Elle ne disait jamais la raison, je ne savais pas pourquoi et je n'en voyais aucune, ni morale ni physique, ni administrative même, parce que dans certains cas on aurait pu dire qu'on n'avait pas les moyens de suivre plus qu'un certain nombre d'indigents, mais il n'était pas question d'indigence dans ces cas-là. Je ne trouvais jamais la raison, elle se réfugiait encore dans son mutisme, Mademoiselle Tassé."

"Pour conclure, elle avait une espèce d'autoritarisme sur sa maison qu'elle avait bâtie, souvent avec les brimades des médecins et une certaine pauvreté."

"Mademoiselle Tassé est très généreuse, j'en suis sûr...". "Elle avait tous les défauts d'une maîtresse de maison qui vieillit..." (pages 17, 18 et 19 du témoignage)

L'engagement du Dr Voyer à l'Institut Albert Prévost fut résilié en 1958.

4.- CORPS MEDICAL EN 1961

De l'année 1958 à la fin de l'année 1960, lorsque le Dr LAURIN était directeur scientifique, les relations entre l'administration et le bureau médical furent excellentes.

Le climat commença à se détériorer à la suite des élections du bureau médical de l'Institut Albert Prévost, en janvier 1961.

A ce moment-là, le personnel médical de l'Institut Albert Prévost comprenait les psychiatres suivants, qui étaient employés à plein temps à l'Institut, à savoir :

les docteurs P.B. BOURDON, J.M. BORDELEAU, CAMILLE LAURIN, PIERRE LEFEBVRE, G. LORTIE, P. MARTEL, V. MAURIELLO, JEAN VASQUEZ, R.R. LEMIEUX, ainsi que les Docteurs R. AMYOT, J. SAUCIER, L. PANACCIO, E. BRUNET, comme psychiatres visiteurs, avec en plus, les docteurs consultants : R. GELINAS, médecine interne, G. GRATTON, cardiologue, R. LANGEVIN, orthopédiste, R. LAPOINTE, gynécologue, M. LONGTIN, radiologiste, R. ROBILLARD, diabétologue, et J.B. BOULANGER, psychiatre consultant.

Il y avait en outre, huit (8) médecins diplômés résidents, qui étaient étudiants en psychiatrie, 16 infirmières licenciées, 30 gardes-malades auxiliaires diplômées, une garde-malade auxiliaire directrice, un diététiste, trois techniciennes, trois travailleuses sociales, un psychologue, trois thérapeutes, trois étudiantes infirmières et trente gardes-malades.

Considérons maintenant la démission des psychiatres.

5.- DEMISSION DES PSYCHIATRES

Avant 1961, les psychiatres, par l'entremise du bureau médical, s'étaient efforcés, comme il a été vu, d'obtenir de l'administration la nomination d'un directeur médical, comme nous l'exposerons d'ailleurs plus en détail au chapitre consacré à cette question de directeur médical.

Devant les refus réitérés de l'administration d'y

obtempérer, le bureau médical ne fit aucune autre démarche à ce sujet, de novembre 1957 au 8 janvier 1962.

Les psychiatres s'en rapportèrent alors au directeur scientifique, le Dr Camille Laurin, qui négociait avec Garde Tassé. Il s'efforçait de régler ainsi les difficultés qui pouvaient surgir entre le bureau médical ou les psychiatres de l'administration.

Le Dr Laurin, cependant, considérait qu'aucune institution ne pouvait progresser si les rapports entre l'administration et le corps médical n'étaient basés que sur des contacts purement personnels, comme cela existait à l'Institut Albert Prévost. Il tenta d'obtenir de Garde Tassé l'adoption d'une structure médico-administrative qui aurait défini les rapports entre les divers éléments de l'Institut, en délimitant les pouvoirs et privilèges du Conseil d'administration, du bureau médical, du directeur médical, du directeur scientifique et de chacun des membres du personnel et en formulant des règlements visant à une solution souple et efficace de tous les conflits médico-administratifs, au fur et à mesure qu'ils se posent, et comprenant la définition des tâches et des responsabilités de chacun des chefs de service et de départements.

Garde Tassé ne considérait pas cette question comme essentielle, et voici ce qu'elle nous déclara à ce sujet, aux pages 61 et 62 de son témoignage :

"Il m'a parlé beaucoup de la structure, ce mot-là je l'ai encore dans les oreilles, de la structure administrative de la maison. Il me parlait de ça continuellement. Un jour, j'étais fatiguée de cela, il doit s'en rappeler, j'ai dit :

"Qu'est-ce que vous voulez dire par la structure administra-

tive ?" Parce que la structure administrative de la maison, elle était toute faite et il n'avait pas d'affaire à ça du tout, le Dr Laurin. Et il m'en parlait très souvent de la structure, et de la structure...".

Quoiqu'il en soit, au cours de l'année 1961, la structure médico-administrative de l'Institut Albert Prévost demeura dans le statu quo, mais le climat des relations entre le Dr Laurin et garde Tassé se refroidit sensiblement.

Au début de cette année 1961, avaient lieu les élections de l'exécutif du bureau médical de cette Institution. Tous les anciens psychiatres furent mis de côté et remplacés par des jeunes médecins, au service de l'Institut depuis peu d'années.

Comme justification, cette équipe psychiatrique de jeunes médecins prétendit qu'ils représentaient une majorité importante au bureau médical, qu'ils étaient à plein temps à l'Institut et qu'ils étaient associés à tous les aspects de l'activité médicale qui se déroulait à l'hôpital, qu'il s'agisse de soins aux malades, d'enseignements ou de recherches, alors que les autres médecins ne venaient à l'hôpital que de temps à autre et pour traiter leurs propres malades seulement.

Cette attitude des nouveaux venus déplut à Garde Tassé et elle nous a affirmé qu'elle retira sa confiance au docteur Camille Laurin.

Subséquentement survint un autre incident, qui, pour nous servir de l'expression employée par Garde Tassé dans son témoignage (page 92 du témoignage du 24 septembre), "fut la goutte d'eau qui a fait renverser le verre".

Il s'agit d'un livre qui fut publié par un nommé PAGE, intitulé : "LES FOUS CRIENT AU SECOURS", dans lequel le traitement

des malades mentaux dans une certaine institution, autre que l'Institut Albert Prévost, est critiqué violemment, et qui tend à alerter l'opinion publique sur le sort de ces malades. A la fin de ce livre, le Dr Camille Laurin écrit une postface. Garde Tassé apprit la chose par le Devoir où la photographie du Dr Laurin apparaissait lors du lancement du livre.

En septembre 1961, le magazine McLean résumait le contenu de ce livre et reproduisait la postface du Dr Camille Laurin, qui était désigné comme étant le directeur scientifique de l'Institut Albert Prévost.

Garde Tassé en fut renversée et elle cessa dès lors d'adresser la parole au Dr Laurin, sauf lorsque officiellement il sollicitait une rencontre.

Les conflits se multiplièrent alors et la situation devint de plus en plus tendue.

C'est dans ces circonstances qu'une lettre fut envoyée par l'administration, à la fin d'août 1961, à tous les médecins résidents, psychologues et travailleuses sociales, lettre dans laquelle il était exigé d'eux qu'ils poinçonnent une carte de présence à leur arrivée et à leur sortie de l'Institut. Cette décision fut considérée par le personnel comme une mesure hostile et une tracasserie. Elle suscita beaucoup d'indignation, d'autant plus qu'elle avait été prise sans consulter le bureau médical, alors que des membres du personnel médical y étaient soumis.

En conséquence, lors de sa réunion du 11 septembre 1961, le bureau médical signala que l'article 3 du paragraphe 6 des Statuts et Règlements du bureau médical exigeait que tout grief que l'administration pouvait avoir contre le personnel

médical devait d'abord être soumis par l'administration au bureau médical. L'administration avait alors décidé cependant de surseoir à cette décision à la suite d'une entrevue avec le Dr Bordeleau.

D'autre part, l'instauration du régime d'assurance-hospitalisation obligea l'Institut de cesser de percevoir les honoraires des médecins qui étaient auparavant rémunérés sur la base de salaires fixes. A partir de ce moment, la perception des honoraires devenait exclusivement l'affaire des médecins.

Cependant, comme certains médecins consacraient beaucoup plus de temps à l'enseignement que d'autres, lesquels de leur côté se consacraient pendant ce temps aux patients de l'Institut, ils décidèrent de part et d'autre de former "UN POOL" pour mettre en commun tous les honoraires des médecins et procéder ensuite à un partage, aux fins de maintenir la qualité de l'enseignement auquel ils participaient à des degrés divers.

Bien que cette question constituait un problème de régie interne du personnel médical, ils décidèrent d'en faire part à l'administration, qui se déclara déçue par ce projet, n'y voyant pas d'avantages pour les patients. Puis trois mois plus tard, le 23 juin 1961, le Conseil d'administration adopta une résolution qui abandonnait l'étude de ce projet, sous le prétexte que tous les membres du bureau médical n'avaient pas été consultés et que l'administration n'était pas assurée que tous les médecins voulaient faire partie de ce "POOL".

Ce "POOL" ne pouvait intéresser que les médecins travaillant à plein temps à l'Institut et qui participaient à l'enseignement. Or, tous ces médecins s'étaient associés au

projet de "POOL", qui fit l'objet de deux réunions officielles du bureau médical (les 13 mars et 10 avril 1961).

De fait, cinq mois plus tard, les psychiatres résolurent d'établir le "POOL" nonobstant cette attitude de l'administration à leur égard.

Avant l'assurance-hospitalisation, l'administration percevait tous les honoraires de clinique externe des médecins salariés et des résidents, honoraires qui servaient à payer partiellement les frais encourus pour l'enseignement. Pour corriger cette situation, un nouveau système de comptabilité fut proposé par les médecins à l'administration, qui différa le règlement de ce problème, continua à garder les honoraires perçus, et ne consentit à le régler qu'après dix mois à la suite de correspondance échangée par le secrétaire du bureau médical avec plusieurs officiers du Ministère de la Santé. Il ne s'agissait cependant que de faibles montants.

Vint ensuite le cas du Dr J.M. BORDELEAU, qui fut appelé à remplacer le Dr Denis Lazure, comme psychiatre à Haïti, pour un an. Il obtint l'assentiment du Directeur scientifique et du bureau médical, puis se rendit auprès de Garde Tassé pour lui en faire part et lui demander son consentement. Elle garda le silence, puis lui fit la remarque suivante : "Si vous attendez que je vous dise quelque chose, vous perdez votre temps." Néanmoins, dans son témoignage du 24 septembre 1962, Garde Tassé déclara qu'elle n'avait aucune raison de ne pas donner au Dr Bordeleau la permission de s'absenter. Et elle ajouta que si elle ne lui a pas donné la permission, c'est parce qu'il ne la lui a pas demandée.

Ensuite l'administration adressa une lettre au bureau médical où il était dit que : "Les membres de l'administration ne pouvaient ni autoriser ni approuver ce départ

sans congé, vu que l'administration n'en a pas été informée au préalable". La lettre ajoutait que : "Dorénavant, toute personne n'ayant pas un congé qualifié et accordé, devra renouveler sa demande d'admission et qu'à son retour au Canada, le Dr. Bordeleau, s'il désire être membre du personnel médical de l'Institut, devra présenter sa demande." Cela impliquait le congédiement du Dr. Bordeleau, pour des motifs injustifiables, dans l'opinion du bureau médical, qui protesta vivement contre cette mesure, à deux reprises, mais ne reçut aucune réponse.

Au sujet des travailleuses sociales, dont le cas est discuté plus bas, dans un chapitre particulier, le bureau médical demanda à l'administration, à trois reprises, à savoir: les 27 et 30 octobre 1961 et le 6 novembre 1961, de reconsidérer son attitude et offrit ses services pour résoudre cette difficulté. La seule réponse reçue de l'administration fut la suivante: "L'administration maintient l'acceptation de la démission des trois travailleuses sociales." Comme ces travailleuses sociales étaient essentielles au travail des psychiatres, il était opportun, pour eux et leurs patients, d'en être assistés et avec leur départ il n'y avait plus de service social à l'Institut. Il s'est écoulé plusieurs mois au cours desquels l'Institut n'avait plus de service social.

Deux autres incidents qui concernent le Dr. Laurin personnellement sont aussi rappelés par les psychiatres.

D'abord son salaire, qui fut réduit de plus de moitié par suite de la loi de l'Assurance-hospitalisation. Cette réduction de salaire n'a pas été effectuée par l'administration, mais par le Ministère de la Santé. Les psychiatres, cependant, soumettent que dans le cas des autres médecins, qui se sont également trouvés à subir une réduction de salaire, dans les mêmes circonstances, l'Institut ALBERT PREVOST combla la différence, tandis que dans le cas du Dr. Laurin on l'a ignoré.

L'autre incident date du 22 novembre 1961. Le Dr. C. Laurin avait été interviewé par un journaliste et avait accepté ensuite d'être photographié par les représentants du journal, à l'Institut, devant le bureau du Dr. Laurin. Garde Tassé l'interpella alors en présence du photographe et de plusieurs autres personnes, l'accusant de déloyauté envers l'Institut, de n'avoir servi que ses intérêts personnels depuis qu'il était à l'Institut et de l'avoir trompée à plusieurs reprises.

Le bureau médical protesta contre ces propos, à sa séance du 4 décembre 1961. La seule réponse reçue fut une lettre de la secrétaire de l'administration, informant le bureau médical que cette lettre serait lue à la prochaine réunion du Conseil.

C'est dans ces circonstances que, le 8 janvier 1962, le bureau médical adopta une résolution demandant au Conseil d'administration de nommer un directeur médical et suggéra le Dr. CAMILLE LAURIN pour occuper ce poste.

Le Conseil d'administration ne répondit pas à cette demande, mais adopta une résolution, en date du 25 janvier 1962, par laquelle Mademoiselle THERESE BELANGER, directrice du Nursing, était renvoyée. Ce cas est étudié dans un chapitre spécial.

Cependant, les psychiatres protestèrent contre cette décision, parce que le bureau médical n'avait pas été consulté à ce sujet, et que le renvoi d'infirmières, surtout de la directrice du Nursing, comporte des implications médico-administratives, vu que leurs services s'intègrent dans le traitement des patients.

A cette même date, le Conseil d'administration suspendait l'enseignement à l'Institut PREVOST, et par une autre résolution, l'engagement du personnel médical était prolongé seulement jusqu'en juillet 1962, (soit pour six mois, au lieu d'une année suivant l'habitude), à cause des modifications qu'entraînerait probablement la suspension de l'enseignement.

Ces deux résolutions furent également adoptées sans consultation au préalable du bureau médical et les modifications envisagées par l'administration, dans la résolution qui ne prolongeait l'engagement que pour jusqu'au 1er juillet 1962, furent interprétées par les psychiatres comme impliquant le congédiement d'un certain nombre d'entre eux.

Le Comité conjoint, qui était composé de deux membres du bureau médical et de deux membres du Conseil d'administration fut en conséquence convoqué le 2 février 1962. Garde Tassé, Surintendante et Présidente du Conseil d'administration, faisait partie de ce comité, avec Garde LEPINE. Les représentants du bureau médical demandèrent alors aux Gardes TASSE et LEPINE les raisons qui motivaient la suspension de l'enseignement. Les seules réponses qu'ils purent obtenir furent que les raisons de cette suspension étaient mentionnées dans la résolution et que la décision du Conseil d'administration était finale et irrévocable.

Les psychiatres en informèrent la Faculté de Médecine, le Collège des Médecins, l'Association Psychiatrique de la province de Québec et l'Honorable Ministre de la Santé qui, de leur côté, entrèrent en communication avec le Conseil d'administration.

Le 1er mai 1962, à la suite d'une visite de l'honorable ALPHONSE COUTURIER, Ministre de la Santé, et du DR. JACQUES GELINAS, directeur de l'Assurance-hospitalisation, à l'Institut ALBERT PREVOST, ainsi que d'une autre visite du Dr. Gélinas, accompagné du Dr. LACHAINE, du Collège des Médecins, les membres du Conseil d'administration adoptèrent une résolution, observant qu'en vertu de leur résolution du 25 janvier 1962, l'engagement des médecins s'était trouvé maintenu, en étant prolongé jusqu'au premier juillet 1962, et décidant d'envoyer une formule d'engagement aux médecins pour jusqu'au 31 décembre 1962, sauf pour

les Docteurs CAMILLE LAURIN, PIERRE LEFEBVRE et J.B. BOULANGER, que ladite résolution déclare démis de leurs fonctions.

Quelques jours plus tard, le 10 mai 1962, le Conseil d'administration passait une autre résolution, rescindant la résolution du 25 janvier 1962, qui avait suspendu l'enseignement, de telle sorte que l'Institut décidait de continuer de donner l'enseignement, mais spécifiait, dans cette dernière résolution: "Aux conditions à déterminer entre les parties concernées."

Cette même résolution, du 10 mai 1962, rescindait aussi la décision à l'effet que l'engagement des membres du personnel médical était prolongé jusqu'en juillet 1962 et décidait que l'engagement de ce personnel expirerait le 30 décembre 1962, sauf pour les médecins dont l'engagement n'avait pas été renouvelé, c'est-à-dire les Docteurs LAURIN, LEFEBVRE et BOULANGER.

Le 12 mai 1962, le Dr. LAURIN donnait sa démission comme médecin de l'Institut ALBERT PREVOST pour valoir le 1er juillet 1962. Cette lettre fut lue à l'assemblée tenue par le Conseil d'administration le 14 mai 1962.

A cette même assemblée Me FERLAND, à l'époque procureur de l'Institut ALBERT PREVOST, communiqua au Conseil d'administration une lettre envoyée par Me MARC LALONDE, à l'effet que ce dernier avait reçu instructions de l'informer que les personnes suivantes avaient décidé

de ne pas renouveler leurs contrats d'engagement avec l'Institut ALBERT PREVOST pour la période subséquente au 1er juillet 1962, à savoir :

Dr. JEAN-MARC BORDELEAU	Dr. PIERRE B. BOURDON
Dr. CAMILLE LAURIN	Dr. GILLES LORTIE
Dr. VINCENT MAURIELLO	Dr. JULIO VASQUEZ
Dr. PIERRE LEFEBVRE	Dr. JEAN B. BOULANGER
Dr. LAURENT GERVAIS	Dr. ROGER LEMIEUX
Dr. PIERRE G. MARTEL	Dr. CLAUDE ST-LAURENT

Mlle NORMA L'HEUREUX.

Après une entrevue avec l'Honorable Ministre de la Santé, en date du 21 mai 1962, au cours de laquelle celui-ci aurait exigé des délégués du Conseil d'administration que l'Institut continue l'enseignement et reprenne les médecins démissionnaires, le Conseil d'administration adopta une résolution en date du 23 mai 1962, qui se lit comme suit :

"Il est résolu que le Conseil d'administration se rende à la demande de l'Honorable Ministre de la Santé et qu'il communique sa décision avant la date limite, jeudi le 24 mai 1962. Il tient à l'assurer respectueusement, ainsi que le public, que l'Institut entend demeurer au service de la psychiatrie pour le traitement des malades nerveux, conformément aux principes et aux buts de la loi qui le régit."

(3-4- Eliz. II, ch. 153 - 10-2-55)

Sur réception de cette résolution, l'Honorable Ministre de la Santé envoya un télégramme à la présidente de l'Institut, Garde Tassé, en date du 25 mai, demandant que cette dite résolution soit aussi agréée par le bureau médical et exigeant une réponse avant le samedi suivant, à 127, rue Témiscouata, Rivière du Loup.

Puis, par un autre télégramme, envoyé le même jour, l'Honorable Ministre de la Santé demande à ladite Présidente de transmettre dans le même délai, le procès-verbal intégral de cette réunion du bureau médical et du Conseil d'administration, en y incluant les noms des personnes présentes.

En réponse à ces deux télégrammes, le Conseil d'administration autorisa son procureur, Me FERLAND à télégraphier à l'Honorable Ministre de la Santé ce qui suit, à savoir :

- " - Vu le délai trop court pour convoquer à la fois, selon votre désir, Conseil d'administration et bureau médical;
- Vu l'absence de juridiction du Conseil d'administration en vertu de sa loi et de ses règlements pour convoquer le bureau médical;
- Vu que le bill 44 des Hôpitaux doit être soumis aux chambres;
- Vu le désir du Conseil d'administration de faire part au bureau médical de la nomination du directeur médical, le Dr. BELANGER, faite le 17 mai 1962;
- Vu le désir du Conseil d'administration de collaborer avec le Ministre de la Santé;

- Vu la décision du Conseil d'administration en date du 23 mai 1962;
- L'INSTITUT ALBERT PREVOST a décidé :-

1.- de communiquer aux membres du bureau médical, à sa plus prochaine réunion, la nomination du directeur médical, et sa résolution du 23 mai 1962, de continuer l'enseignement et de reprendre à votre demande, les médecins démissionnaires, quitte à reviser les décisions de la loi générale qui doit être passée;

2.- de répondre à la publicité unilatérale et injuste à laquelle l'Institut n'a pas répondu jusqu'à ce jour, à votre demande, le tout dans l'intérêt de la vérité et du bien commun;

Cependant, les psychiatres à plein temps, après avoir informé les différents organismes, précédemment mentionnés de la suspension de l'enseignement à l'Institut ALBERT PREVOST, se réunirent le 15 février 1962. Ayant alors discuté des expériences qu'ils avaient vécues depuis quelques mois, ils considérèrent qu'il était illusoire de penser à assurer l'enseignement organisé dans le cadre actuel de l'Institut. Ils décidèrent donc de rompre avec l'administration et d'essayer de constituer un centre d'enseignement de la psychiatrie, ailleurs, dans un cadre différent.

Ils se sont d'abord cotisés, chacun souscrivant de \$500.00 à \$600.00, engagèrent un conseiller juridique et un administrateur, puis obtinrent nombre d'adhésions dans le monde scientifique. Ils préparèrent des règlements

généraux de l'hôpital, des règlements concernant le bureau médical ainsi que le personnel médical. Ils visitèrent en outre divers immeubles susceptibles d'héberger l'Institut projeté.

Ils firent, en mars 1962, une demande d'incorporation de ce centre psychiatrique, à l'Honorable Ministre de la Santé, avec documents attestant les démarches ci-dessus, ainsi que la liste des futurs administrateurs. Les membres de l'équipe se rendirent également à Québec avec leur conseiller juridique, pour exposer leur demande à l'Honorable Ministre de la Santé qui, subséquemment, vint à Montréal au Collège des Médecins pour discuter de l'éventualité de la fondation de ce nouvel Institut psychiatrique. Le tout fut également soumis à l'Honorable GEORGE MARLER.

L'Exécutif de l'Association des Psychiatres de la Province de Québec se rendit ensuite à Québec, auprès de l'Honorable Premier Ministre, qui, de son côté, quelques jours plus tard, le 30 mai 1962, venait rencontrer à Montréal, tous les membres de l'équipe professionnelle qui lui remirent alors un mémoire. Entre autres choses, ce mémoire expose à l'Honorable Premier Ministre, à quelles conditions les psychiatres consentiraient à demeurer attachés à l'Institut ALBERT PREVOST, à savoir :

- 1.- Maintien et intensification de l'enseignement à tous les niveaux;
- 2.- Maintien de l'équipe médicale actuelle au grand complet;
- 3.- Nomination du Dr Camille Laurin au poste de directeur médical;
- 4.- Acceptation des douze (12) résidents en psychiatrie qui ont fait leur demande pour l'année 1962-1963;
- 5.- Engagement des docteurs JEAN LOUIS LANGLOIS, ROBERT BRIERE et GUY DA SILVA;

- 6.- Réintégration de Mlle THERESE BELANGER dans ses fonctions de directrice du nursing;
- 7.- Réintégration de Mlles MONIQUE MELOCHE, MIREILLE DESJARDINS et MIREILLE BECHARD dans leurs fonctions dans le département du service social;
- 8.- Réintégration de Mlle MADELEINE SEVIGNY, infirmière psychiatrique et membre de la Corporation dans ses fonctions, avec salaire depuis sa suspension;
- 9.- Mise à la retraite de la Surintendante et de son assistante;
- 10.- Modifications du Conseil de la Corporation et du Conseil d'administration de façon à ce qu'ils comptent des hommes et des femmes représentant divers secteurs de l'Opinion;

Au cours de cette rencontre, l'on discuta des propositions que l'Honorable Premier Ministre entendait soumettre à l'administration de l'Institut Albert Prévost afin d'en arriver à une solution du différend.

A cette époque, l'administration avait déjà annoncé, par un placard publicitaire publié dans les journaux, qu'elle consentait à reprendre l'enseignement et à réengager les démissionnaires, mais elle ne communiqua aucunement avec le bureau médical ou les démissionnaires pour leur en faire part.

Le bureau médical et les démissionnaires ayant tenté au début, par le comité conjoint, de faire reviser la décision de l'administration suspendant l'enseignement, et ayant été informés par ladite administration, en des termes non équivoques, que ladite décision était finale et irrévocable, ne crurent pas, dans les circonstances, qu'ils devaient communiquer avec l'administration qui ne les avait pas informés de la décision en question.

Dans son témoignage devant cette Commission, le

Président du bureau médical, tout en déclarant que lorsqu'ils eurent décidé de fonder un hôpital, leur décision de quitter l'Institut Albert Prévost était irrévocable, a cependant ajouté: "Que si une solution heureuse était intervenue, qui n'aurait pas seulement intéressé l'enseignement, mais qui aurait assuré les modifications des cadres médico-administratifs de l'Institut, il est possible qu'ils auraient révisé leur attitude à ce moment-là."

Le 8 juin 1962, l'administration recevait du Gouvernement provincial, par l'entremise du Dr BEDARD, dans le but de résoudre le différend, les propositions ci-après mentionnées, auxquelles l'administration répondit le lendemain, tel qu'il appert aux réponses qui font suite aux dites propositions, à savoir :

PROPOSITION 1 -

"Mesdames Tassé et Lépine demeurent Présidente et Vice-Présidente, mais elles prendront leur retraite comme Surintendante et Assistante-Surintendante."

PROPOSITION 2

"Nomination d'un administrateur agréé par les pouvoirs publics, avec pouvoirs de la Surintendante et de son assistante."

REPONSE :

"Le Conseil d'administration ne s'objecte pas à la division des pouvoirs qui y est suggérée, sujet à la décision du Conseil d'administration selon les dispositions de la loi générale des hôpitaux. Mais il fait une réserve expresse relativement aux droits acquis par l'article 15 de la loi de l'Institut."

PROPOSITION 3

"Révocation de la nomination du Directeur médical faite le 17 mai 1962 par le Conseil d'administration."

REPONSE :

"Le Directeur médical, entre autres fonctions, est l'agent de liaison entre le bureau médical et le Conseil d'administration d'un hôpital; et le médecin nommé possède toute la compétence nécessaire. La proposition est rejetée parce que ledit médecin a été régulièrement nommé directeur médical de l'Institut, suivant les dispositions de l'article 5 de la loi, et par le Conseil d'administration qui ne peut renoncer à des prérogatives essentielles au maintien de son contrôle et à la bonne administration de l'Institut.

PROPOSITION 4

"La nomination de Dame X au Conseil d'administration", alors que son mandat n'avait pas été renouvelé par les membres de la Corporation.

REPONSE :

"La proposition est inacceptable, parce qu'il n'appartient pas au Conseil d'Administration de renverser une décision régulièrement adoptée par l'assemblée générale des membres de la Corporation."

PROPOSITION 5

"Maintien dans ses fonctions de tout le personnel médical jusqu'au 31 décembre 1962, y compris les Docteurs LAURIN, LEFEBVRE et BOULANGER."

REPONSE :

"Le Conseil d'administration est prêt à maintenir en fonction les médecins qui ont démissionné et à les relever de leurs démissions, à l'exclusion

cependant des docteurs LAURIN, LEFEBVRE et BOULANGER, pour les raisons suivantes:

A la lumière des évènements qui se sont déroulés et devant la portée générale des propositions formulées, le Conseil d'administration en est venu à la conclusion que ces trois médecins visent et ont visé, comme but, la mainmise sur l'Institut. C'est pourquoi la proposition est nettement inacceptable, compte tenu des buts poursuivis par l'Institut et aussi des meilleurs intérêts des patients hospitalisés. Le retour de ces trois médecins, d'ailleurs, maintiendrait l'existence des perturbations profondes causées par eux et préjudiciables à l'Institution.

PROPOSITION 6

"Réengagement et rétablissement dans leurs fonctions de trois travailleuses sociales et d'une infirmière, dans leurs mêmes fonctions qu'auparavant, et Mlle Z. avec salaire rétro-actif; leurs remplaçantes seraient nommées à d'autres postes."

REPONSE :

Les travailleuses sociales ont offert leur démission parce que le Conseil d'administration ne leur a pas accordé une augmentation de salaire et qu'elles n'ont pas été relevées de l'obligation de se soumettre au contrôle des heures d'entrée et de sortie dans le service. Il appartient au Conseil d'administration de décider ce qu'il a fait en acceptant leurs démissions.

Pour ce qui est de Mlle Y. le Conseil d'administration a jugé qu'elle manquait de l'autorité nécessaire pour

assurer l'efficacité du service du nursing.

Pour ce qui est de Mlle Z. elle a été suspendue pour un mois sans salaire, sur décision de la directrice du nursing pour des raisons d'ordre disciplinaire, la suspension prenant fin, cette infirmière, qui entrera en vacances payées pour la durée d'un mois, sera en service.

PROPOSITION 7

"Acceptation des douze résidents qui auraient fait leur demande d'admission selon les disponibilités académiques."

REPONSE :

"Le Conseil d'administration est dans l'impossibilité de se prononcer tant et aussi longtemps qu'il ne saura pas si l'Institut peut s'assurer des fonds nécessaires pour payer toutes les dépenses entraînées. D'ailleurs toute la question de l'enseignement à l'Institut est conditionnée par les disponibilités académiques, financières et matérielles."

PROPOSITION 8

"Engagement de trois psychiatres selon les procédés ordinaires."

REPONSE :

"Les médecins suggérés devront faire leurs demandes d'admission et leurs dossiers seront étudiés et par le bureau médical et par le Conseil d'administration, suivant les procédés ordinaires."

PROPOSITION 9

"Modification des structures légales au sujet de l'administration à préciser par écrit par le Dr BEDARD."

Les modifications ci-après ne font pas partie des conditions transmises par le Gouvernement et n'ont pas été

exigées par ledit Gouvernement. Elles furent mentionnées par le Dr Bédard, après la transmission des conditions ci-dessus, comme un simple vœu qu'il émettait en même temps qu'il invitait l'administration à présenter un projet au sujet de cette structure:

1 - Nomination d'un directeur général (administrateur):

"Le directeur général sera nommé par le Gouvernement de la Province de Québec, après acceptation de ce choix par les autorités de l'Institut ALBERT PREVOST. Cet administrateur devra demeurer en fonction jusqu'à la réorganisation complète des structures administratives et légales de la Corporation de l'Institut ALBERT PREVOST. Au terme de son mandat, ce directeur général pourra être réengagé par le Conseil d'administration, si celui-ci le juge à propos."

2 - Amendements de la charte de l'Institut :

"Le Conseil d'administration devra demander au Gouvernement de la Province de Québec de bien vouloir amender sans délai la charte de l'Institut Albert Prévost, de façon à adapter aux conditions actuelles les structures administratives et légales de l'Institut et en particulier de permettre à celui-ci de remplir ses fonctions de recherche et d'enseignement.

3 - a) l'article 3 de la loi concernant l'Institut

Albert Prévost devrait être abrogé et remplacé par le suivant :

La Corporation est composée, en outre des personnes qui en sont membres au moment de l'adoption de la présente loi, des neuf personnes nommées par le Ministre de la Santé, dans le mois qui suivra l'adoption de la loi.

b) l'article 6 de la dite loi devrait être amendé par l'addition du paragraphe suivant :

"Jusqu'à la prochaine assemblée générale de la Corporation, le Conseil d'administration de la Corporation se composera de neuf personnes, les postes vacants - résultant des dispositions du Bill 44 (nouvelle loi des hôpitaux) - étant comblés par la nomination de personnes à choisir parmi celles que le Ministre de la Santé aura nommées sur la Corporation."

c) l'article 9 de ladite loi devrait être amendé en abrogeant la limite maximum de vingt et un membres qui y est indiquée. On devrait donc y biffer les mots "Pourvu que le nombre de membres de la Corporation en exercice ne dépasse pas vingt et un".

d) l'article 10 devrait être amendé de façon à le rendre plus conforme à la pratique générale. Il se lirait alors ainsi :

"10 - La Corporation fixe elle-même de temps à autre, par règlement, le nombre des membres dont se compose le Conseil d'administration. Ils sont élus à chaque assemblée générale annuelle de la Corporation".

e) l'article 11 devrait être abrogée :

"L'Institut ne serait plus dirigé par des dames".

L'Institut répondit :

"REPONSES DE L'INSTITUT AUX DEMANDES (DE CONFISCATION)"

L'Institut a prospéré et progressé avec sa structure actuelle.

Seule l'institution a juridiction pour décider de nombre de ses membres.

Cette proposition équivaut à une expropriation pure et simple, sans indemnité.

L'Institut ALBERT PREVOST doit demeurer soumis aux seules lois générales régissant les hôpitaux dans la province de Québec.

La proposition 9 démontre que le Conseil d'administration est bien fondé d'en être arrivé aux conclusions énoncées en réponse à la proposition 5 ci-dessus."

Alors qu'après maintes démarches déjà faites auprès de l'administration, le Dr BEDARD la pria de différer encore sa décision pour lui permettre de trouver une solution, le 30 juin 1962, l'administration adoptait la résolution suivante :

"En raison des circonstances actuelles qui prévalent à l'Institut ALBERT PREVOST, et après avoir étudié les démissions des:

docteurs BOURDON, BORDELEAU, LEMIEUX, LORTIE, GERVAIS, MAURIELLO, PANACCIO, LAURIN, VASQUEZ, MARTEL, BOULANGER, LEFEBVRE et ST-LAURENT,

et après avoir accepté ces démissions, le Conseil d'administration considère que le bureau médical actuel est formé des docteurs ROMA AMYOT, JEAN SAUCIER et ERNEST BRUNET.

Ces trois membres assument dès demain, le premier juillet 1962, les responsabilités du bureau médical, soit celles du Comité exécutif, du Comité des Créances et Comité de Discipline."

Toute solution de règlement était dès lors rompue, et le 10 juillet 1962, une Commission sous le Grand Sceau de cette Province constituait notre Commission d'Enquête.

6 - DIRECTEUR MEDICAL

L'acte d'incorporation de l'Institut ALBERT PREVOST

stipule à l'article 8 (3-4 Eliz. II, ch. 153) :

"Le personnel médical de l'Institut Albert Prévost comprend des médecins réguliers, des médecins en pratique libre ou visiteurs, et des internes. Les médecins réguliers sont attachés au service de l'Institut, à temps complet ou à temps partiel. Les médecins en pratique libre ou visiteurs sont appelés par les patients ou leurs familles, avec l'agrément de l'Institut. Le bureau médical comprend le directeur médical, les chefs de service, et les médecins réguliers. Le directeur médical fait partie ex-officio de la corporation et du Conseil d'administration."

De plus, l'article 6 de cette loi mentionne :

"Le conseil d'administration reçoit les conseils du bureau médical, mais il possède toute autorité pour prendre ses décisions et responsabilités."

Pendant que le Dr Stern était psychiatre en chef de l'Institut Albert Prévost, c'est-à-dire de 1956 à 1958, le bureau médical a maintes fois réclamé de l'administration la nomination d'un directeur médical. Garde Tassé prétendit que l'Institut n'avait alors que 80 patients, que le besoin d'un directeur médical ne se faisait pas sentir et que sa nomination entraînerait des dépenses trop lourdes pour l'Institut.

Garde Tassé reconnaît cependant, que depuis que l'Institut a grandi, elle s'était aperçu qu'il était devenu nécessaire de nommer un directeur médical. Se référant au moment du conflit, elle a déclaré à cette Commission :

"Je peux vous dire que depuis un an, un an et demi, on s'apercevait qu'on avait besoin d'un directeur médical, parce qu'on s'est dit : Le conflit qui existe entre l'administration et les médecins, si on avait un directeur médical, cela nous déchargerait et cela marcherait."

En fait, deux ans auparavant, elles avaient proposé le Dr ROMA AMYOT comme directeur médical, qui refusa cette offre. Le 25 janvier 1962, aucun directeur n'avait encore été nommé. L'administration, finalement, en nomma un le 17 mai 1962.

En septembre 1961, les relations entre Garde Tassé et le Dr Laurin avaient été rompues.

Garde Tassé qui, depuis déjà un an, se rendait compte, selon son propre témoignage, qu'il était opportun d'avoir un directeur médical à l'Institut Albert Prévost, persista donc à administrer sans en nommer, jusqu'au 17 mai 1962.

Le comité conjoint fut, durant cet intervalle, le seul lien de communication entre le Conseil d'administration et le bureau médical. Ce comité était rarement convoqué, les différends, pendant ce temps, se sont multipliés et se réglaient généralement au gré de l'administration.

Notamment, l'enseignement ayant été brusquement suspendu sans aucun avertissement préalable, les deux membres représentant le bureau médical sur le comité conjoint le convoquèrent, tant pour connaître les raisons qui avaient motivé cette décision que pour trouver une solution au problème qui en résultait.

Lors de cette réunion, les représentants du bureau médical demandèrent à Garde Tassé et à Garde Lépine, qui représentaient l'administration, de leur expliquer pourquoi l'enseignement avait été suspendu. Garde Tassé leur répondit que toutes les raisons étaient mentionnées dans la résolution elle-même, et que leur dite résolution était finale et irrévocable. Les médecins tentèrent à plusieurs reprises d'obtenir des explications et Garde Tassé répéta que la résolution contenait toutes les explications et qu'elle était finale et irrév-

Aux réunions dudit comité conjoint, la surintendante et l'assistante-surintendante ne songèrent qu'à réaffirmer leur autorité absolue et méprisèrent toute velléité de conciliation. Cette autorité, elles la tenaient des règlements même de l'I.A.P. (voir article 32 qui déclare: "la Surintendante et l'assistante-surintendante constituent les véritables autorités de l'Hôpital et sur qui repose l'administration générale, en tout ce qui concerne la gérance ordinaire de la maison").

Après que la présente enquête fut décidée, il est à noter que toutes les raisons mentionnées dans la résolution suspendant l'enseignement, et qui la motivaient, furent reléguées, par l'administration, au second rang. L'administration se mit alors à invoquer que l'enseignement avait été suspendu parce qu'il n'était pas conforme à l'esprit des fondateurs. Il est possible qu'un directeur médical, jouissant de la considération des parties en cause, aurait pu amorcer une discussion entre les parties en présence, diminuer la tension et trouver des solutions heureuses moins radicales que celles adoptées par chacune des parties en présence.

Ce comité conjoint, cependant, tel que constitué, était impuissant et inutile dans l'occurrence.

Quelques mois plus tard, le 17 mai 1962, sur les instances de l'Honorable Ministre de la Santé, l'administration nomma, tardivement, comme directeur médical, le Dr BELANGER, sans se préoccuper de consulter au préalable le bureau médical.

D'ailleurs, le choix était maladroit et ne faisait que créer de nouvelles difficultés et creuser davantage le fossé entre les parties en présence.

7 - SUSPENSION DE L'ENSEIGNEMENT

Bien que la suspension de l'enseignement ait été la cause décisive du conflit qui a nécessité la présente enquête, cette question est entièrement liée à la démission des psychiatres, comme on le signalera.

L'acte incorporant l'Institut ALBERT PREVOST stipule que les buts que poursuit cette corporation et les fins pour lesquelles elle est créée sont entre autres choses :

" a) d'organiser des cours et plus spécialement des cours de perfectionnement en psychiatrie et maladies nerveuses, pour médecins, étudiants en médecine, stagiaires, infirmières, gardes-malades auxiliaires, étudiants en psychologie et en service social."

Ainsi que maintenir, développer et administrer des cliniques d'expérimentation et de recherches scientifiques, au sein d'un hôpital spécialisé pour personnes souffrant des maladies nerveuses."

L'Institut conscient de ses responsabilités et malgré le nombre restreint de lits qu'il contenait, et les revenus limités, a commencé à dispenser l'enseignement dès 1956 sous l'impulsion du Dr KARL STERN. Lorsque le Dr CAMILLE LAURIN fut nommé directeur scientifique, le Conseil d'administration fit tenir aux médecins de cette institution une lettre datée du 23 janvier 1958, qui se lisait comme suit :

"A la dernière assemblée du Conseil d'administration de l'Institut Albert Prévost, en date du 22 janvier 1958, le Dr Camille Laurin a été nommé Directeur Scientifique Intérimaire de cet Institut.

Nous vous transmettons, par la présente, un extrait des minutes de cette réunion :

"Le Directeur scientifique a la haute direction du service médical et ce titre lui permet d'établir un programme d'enseignement pour le compte de l'Institut Albert Prévost. Nous confions donc au Directeur scientifique l'importante tâche :

- a.- De diriger et surveiller le traitement médical de tous les malades hospitalisés;
- b.- De contrôler les admissions qui sont faites par le Chef des résidents;
- c.- D'agir comme psychiatre consultant suivant les besoins des patients hospitalisés;
- d.- D'établir un programme d'enseignement :
 - pour les médecins résidents en vue de leur permettre d'acquérir la formation psychiatrique pour l'obtention d'un diplôme en spécialité psychiatrique;
 - pour les étudiants en médecine de l'Université de Montréal, dont l'enseignement clinique se fait dans les salles de l'Institut;
 - pour les infirmières qui doivent devenir infirmières psychiatriques;
 - pour les gardes-malades auxiliaires, diplômées et élèves, dans le but d'obtenir le meilleur rendement de travail."

Nous espérons l'entière collaboration de tout le personnel médical, afin d'apporter au Dr Laurin l'appui nécessaire dans l'exercice de ses fonctions.

Bien sincèrement,
(Sg.) Garde Tassé, I.L.
Présidente du Bureau
d'Administration.

En exécution de ces instructions, le Dr Laurin, de concert avec le Dr Lemieux et le Dr Lefebvre, s'inspirant d'expériences acquises au cours d'études dans les centres d'enseignement psychiatriques de la région de Boston, préparèrent un nouveau curriculum d'enseignement, basé sur l'enseignement contemporain américain de la psychiatrie : chaque étudiant ou résident en psychiatrie était assigné dans un service particulier où, chaque jour, l'ensemble des cas traités se discutent avec le patron, chef du service.

Dix psychiatres dispensaient cet enseignement. D'autres professeurs, qui venaient à temps partiel donner des séminaires de cas, faisaient une supervision une fois par semaine.

Chaque mercredi, après le repas du midi, une conférence était également donnée par des conférenciers invités par les médecins de l'Hôpital.

La preuve soumise à notre commission a révélé qu'une moyenne de 8 à 10 heures d'enseignement par semaine était dispensée par chaque psychiatre, incluant les activités qui étaient reliées à l'enseignement, dont les réunions de services, où le résident parlait des cas qu'il traitait et où le psychiatre lui donnait des conseils et des informations sur la façon de traiter les malades; la supervision individuelle, où un résident, qui était assigné à un psychiatre, venait une fois par semaine parler d'un cas qu'il traitait de façon suivie pendant plusieurs mois et où était commentée l'évolution de ce cas, pour lui apprendre la psychothérapie; et il y avait l'assistance aux réunions scientifiques.

Du 23 janvier 1958, date à laquelle Garde Tassé donna ses instructions au Dr Laurin, au sujet de l'établissement

d'un programme d'enseignement, jusqu'en janvier 1962, l'Administration, non plus que Garde Tassé, n'ont manifesté au Dr Laurin aucune protestation ou objection, ni mécontentement quant à l'enseignement donné à l'Institut Albert Prévost, si ce n'est, en passant, quelques observations de Garde Tassé à l'effet que l'enseignement coûtait cher.

Soudainement, sans aucun avertissement préalable, sans qu'il y eut aucun signe de mécontentement antérieur, le 25 janvier 1962, l'Administration suspend l'enseignement à l'Institut Albert Prévost par une résolution qui se lit comme suit :

"Attendu que l'Institut Albert Prévost a comme premier but le soin des malades et que tous les services de l'Institut doivent être organisés à cette fin;

"Attendu que l'enseignement, tel que dispensé actuellement à l'Institut, partage considérablement les efforts et empêche le personnel entier, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, thérapeutes d'occupation, chimistes, etc.. de donner un plein rendement aux soins des malades;

"Attendu que les résidents, étudiants en psychiatrie, acceptent difficilement la discipline générale de l'Institut et soignent, contrairement aux règlements, un certain nombre de malades de la clientèle privée;

"Attendu que tous les psychiatres acceptés à l'Institut sont compétents et aptes à utiliser tous les progrès des méthodes modernes, déjà expérimentées ailleurs, dans le traitement des patients;

"Attendu que le Dr Burton, Surintendant du Boston State Hospital, a exprimé à Mademoiselle Tassé et à Mademoiselle Lépine et au Dr Laurin, lors d'un voyage aux Etats-Unis, il y a quatre ans, des vues qui confirment le bien-fondé des motifs allégués plus haut;

"Le Conseil d'Administration décide de suspendre l'enseignement à l'Institut Albert Prévost, à la fin de la présente année scolaire, de telle sorte que cet enseignement se termine en mai 1962 pour les étudiants en médecine, et au premier juillet 1962 pour les résidents des cours post-scolaires.

Cette suspension de l'enseignement ne respectait guère les dispositions de l'acte d'incorporation de l'Institut Albert Prévost, qui mentionne, parmi les fins pour lesquelles la Corporation est créée, celle "d'organiser des cours de perfectionnement en psychiatrie et maladies nerveuses, pour médecins, étudiants en médecine, etc..."

De plus, les considérations qui auraient déterminé cette résolution, selon son contenu, ne concordaient pas avec la réalité: les patients de l'Institut y avaient toujours reçu tous les soins que leur état requérait et l'enseignement ne les avait aucunement privés de soins, et jamais aucune plainte ne fut faite à ce sujet, par l'Administration, ni au Dr Laurin ni au Bureau médical.

Quant aux allégations de cette résolution, à l'effet que les résidents acceptaient difficilement la discipline générale de l'Institut et que le Dr Burton aurait exposé des vues favorables à la suspension de l'enseignement, elles ne sont pas justifiées par la preuve présentée devant cette Commission.

Relativement à cette partie de la dite résolution, qui soutient que tous les psychiatres de l'Institut sont compétents, cela ne fait pas obstacle aux fins pour lesquelles la dite Corporation a été créée, dont l'une est "d'organiser des cours de perfectionnement en psychiatrie et maladies nerveuses, pour médecins, étudiants, etc.."

Au surplus, subséquemment au 10 juillet 1962, date de la constitution de cette enquête, toutes les raisons mentionnées dans cette résolution comme motivant la suspension de l'enseignement, furent alors considérées comme secondaires par l'Administration.

Comme il a été vu précédemment, après la passation de cette dite résolution du 25 janvier 1962, le Bureau Médical convoqua une assemblée du Comité conjoint, et devant ce comité, Garde Tassé réaffirma que ladite résolution contenait toutes les raisons qui l'avaient motivée et qu'elle était finale et irrévocable.

Devant cette attitude intransigeante de l'Administration, l'équipe des psychiatres informa la Faculté de Médecine, le Collège des Médecins, l'Association Psychiatrique de la Province de Québec et le Ministère de la Santé de la décision ainsi prise par ladite Administration, à l'effet de suspendre l'enseignement.

Ces divers organismes prièrent alors la dite Administration de revenir sur sa décision, mais en vain.

A la suite de ces insuccès, l'équipe des psychiatres se mit à l'oeuvre, tel que nous l'indiquons au chapitre consacré à la démission des psychiatres, et où nous faisons le récit des événements qui se sont déroulés jusqu'au 10 juillet 1962, date de l'adoption de l'Arrêté ministériel créant la présente Commission d'Enquête.

Le mémoire de l'Administration, au sujet de cette suspension, nous expose ce qui suit :

"L'enseignement de Freud prenait tellement d'envergure avec ses théories mises à l'essai par les psychiatres que nous avons dû intervenir. Les infirmières avaient ordre de taire à la Direction toutes ces anomalies. Devant cette situation ambiguë qui avait commencé depuis quelques mois (ces 5 mots spécialement sont soulignés dans le mémoire de l'Administration, et à l'encre rouge) nous avons momentanément suspendu l'enseignement, en janvier, pour le reprendre quand les choses seraient éclaircies. Nous aurions repris l'enseignement, tel que préconisé par le personnel médical antérieur, enseignement NORMAL basé sur des principes qui respectent la MORALE

(également souligné à l'encre rouge et en lettres majuscules dans le texte) en accord avec l'esprit des Fondateurs. L'Institut Albert Prévost, on le sait, n'est pas destiné aux aliénés, aux repris de justice, aux violents, encore moins aux délinquants."

Il s'agit d'une considération nouvelle, qui n'a aucunement fait l'objet de la dite résolution du 25 janvier et qui surgit après la constitution de notre enquête, bien qu'elle réfère à des circonstances antérieures au 10 juillet 1962.

Garde Tassé a été interrogée une première fois, le 30 août, au sujet de ce passage du mémoire de l'Administration.

Après que lecture lui en eut été faite, au long, la question suivante fut alors posée à Garde Tassé :

Q.- Alors pouvez-vous dire, ou au moins pouvez-vous expliquer, c'est une déclaration bien générale, n'est-ce pas ? Et je crois que les membres de la Commission d'Enquête voudraient savoir un peu pourquoi cette question de Freud entraînait en jeu, et pourquoi vous étiez en conflit avec l'enseignement qui était donné ?"

Garde Tassé répondit comme suit :

R.- Ce qui est arrivé, monsieur, c'est qu'on s'est aperçu au département d'observation qu'il se passait certaines choses, et on entendait parler de cela, et tout à coup il y a quelqu'un qui nous a fait une confidence et qui nous a parlé de ce qui se passait au département d'observation."
(p. 90 et p, 71, tém. du 15 sept.).

Cette affirmation réfère à quelque chose de très grave, mais qui ne pouvait avoir aucune portée sur la décision de suspendre l'enseignement, puisque, ce qui est arrivé au centre d'observation est subséquent d'environ 2 mois à cette dite résolution du 25 janvier 1962, suspendant l'enseignement.

A ce centre d'observation, en mars 1962, un grand malade a été surpris avec des patients, en deux circonstances, dans une pose des plus compromettantes, alors que dans un cas l'une de ces patientes n'était âgée que de 17 ans.

La gravité de ces incidents ne peut être mise en doute et le grand malade fut congédié par Garde Tassé, sans coup férir, dès qu'elle en fut mise au courant, et nous ne saurions l'en blâmer, bien que normalement, le bureau médical eut dû être consulté au préalable, comme il a été suggéré.

Les deux incidents, survenus presque en même temps, ont naturellement suscité beaucoup de controverses entre le Bureau médical et l'Administration.

L'Administration a reproché aux psychiatres d'accepter de trop grands malades dans ce centre d'observation et de les garder trop longtemps; le malade dont il est actuellement question y ayant été environ deux mois, alors que, suivant un certain règlement, le stage à cet endroit ne

devait être^{que} de 2 à 3 semaines. D'autre part, les psychiatres avaient informé l'Administration, quelques mois auparavant, que le personnel n'était pas suffisant à ce centre et demandèrent de nommer un personnel additionnel. De tels incidents n'étaient jamais survenus auparavant à l'Institut, où les hommes et les femmes n'avaient cependant pas de quartiers distincts. Il y eut discussion sur la question, à savoir si les deux sexes devaient être complètement isolés les uns des autres, au point de ne pouvoir se voir. Les psychiatres considéraient que les patients du centre d'observation, ne devraient pas être complètement privés des contacts de la vie sociale, mais qu'ils devaient être soumis à une surveillance toute particulière. Certains psychiatres, cependant, furent d'opinion qu'en principe ces contacts de la vie sociale peuvent être recommandables en général pour les malades; mais que lorsqu'il s'agit de malades dans un centre d'observation, leur état est généralement trop avancé pour qu'ils puissent en bénéficier et qu'il est alors préférable de les isoler.

Après plusieurs discussions et conversations, il fut reconnu que la solution antérieure au 16 mars 1962 devait être corrigée de manière à choisir avec plus de soins les malades devant être admis au Centre d'observation, et à limiter le séjour des patients; mais la ségrégation des sexes ne ralliant pas l'unanimité des parties en présence, le Conseil d'administration a adopté la résolution suivante, le 23 mars 1962 :

"Si on convient que l'Institut n'est pas une maison pour grands malades mentaux, il faut une certaine sélection dans l'admission;

"Si l'on considère que le Centre d'Observation est un lieu de passage, la durée du séjour ne devrait pas dépasser 2 semaines; après ce laps de temps, les malades ne pouvant pas être placés dans un autre département de l'Institut devraient être transférés dans une autre institution, et laisser la place libre pour d'autres cas en vue de rendre ce département plus fonctionnel;

"La ségrégation des hommes et des femmes devrait être sévèrement observée dès qu'un malade présente des troubles sérieux, qui pourraient être dommageables aux autres malades;"

Mais, répétons-le, ce scandale ne pouvait servir de base à la suspension de l'enseignement qui fut décrétée deux mois avant cet incident.

D'autre part, au cours de son témoignage donné le 17 octobre 1962, (page 26), Garde Tassé, à la question suivante :

Q.- En ce qui concerne le Dr Boulanger, vous dites que l'enseignement donné par le Dr Boulanger n'était pas conforme à l'esprit de l'Institut et vous en faites un grief en ce qui concerne son renvoi. Voulez-vous dire en quoi son enseignement n'était pas conforme à l'esprit de l'Institut?"

répond comme suit :

R.- Je ne veux pas entrer dans les détails de ça, mais je sais que dans l'ensemble il y avait des choses... on a trouvé quelque chose d'épinglé sur un tableau dans une salle de cours, qui m'a

bien surpris. Je trouvais qu'il n'avait pas la mentalité et, pas seulement moi, d'autres membres de l'Administration trouvaient qu'il n'avait pas la mentalité pour enseigner à l'Institut Prévost."

Ce document auquel Garde Tassé réfère comme ayant été trouvé épinglé sur un tableau dans une salle de cours, était un avis en vertu duquel le Dr Boulanger, qui était professeur, informait les médecins qu'il soumettrait des malades d'une certaine catégorie, névrosés, homosexuels latents, à une psychanalyse collective, les lundis et jeudis à 5:00 heures P.M. et à 7:00 h. P.M., à titre privé, à raison de \$ 5.00 par semaine. Il s'agissait simplement d'informer les médecins qui désiraient faire suivre ce traitement à leurs malades. C'était une annonce comme il s'en fait dans les hôpitaux. En même temps, le Dr Boulanger publiait une autre annonce identique à l'Hôpital Ste-Justine, où l'affaire parut très normale et ne suscita aucun commentaire. Il semble cependant que les membres de l'Administration de l'Institut Albert Prévost se soient mépris sur le sens de cette annonce et l'auraient interprétée comme signifiant que le Dr Boulanger, au lieu de demander \$ 5.00, offrait \$ 5.00 à tous les patients qui viendraient se soumettre à une psychanalyse.

Cet incident est sans conséquence et s'est d'ailleurs déroulé après le 10 juillet 1962. Il ne pouvait influencer sur les décisions du 25 janvier 1962.

On a ensuite demandé à Garde Tassé si elle avait autre chose à ajouter concernant son affirmation, à l'effet que l'enseignement donné par le Dr Boulanger n'était pas conforme à l'esprit de l'Institut. Elle répondit qu'elle

avait entendu dire à plusieurs reprises que c'était un homme qui n'avait aucune croyance religieuse. On lui demanda alors si elle avait vérifié avec le Dr Boulanger et, sur sa réponse négative, le Président lui demanda :

Q.- Vous ne savez pas si c'est exact ou non ?

Elle répondit :

R.- Non, mais c'était courant, c'était entendu.

Ce Dr Boulanger a été entendu comme témoin et l'Institut Albert Prévost, représenté devant notre Commission par son procureur, d'ailleurs ancien Bâtonnier de notre province, aurait dû faire interroger ce témoin sur voir dire, avant qu'il ne fut admis à témoigner, et aucune tentative n'a été faite à ce sujet.

En marge de ces réponses, Garde Tassé, ayant aussi déclaré, sous différentes formes, que leurs raisons pour suspendre l'enseignement "C'était que ça ne va pas avec l'esprit du fondateur ici.", elle fut interrogée sur ce qu'elle entendait par cela. Elle répondit: "Si vous vous adressiez au Dr Saucier et au Dr Amyot, ils pourraient vous renseigner mieux que moi."

Les docteurs Saucier et Amyot, de même que les docteurs Stern et Voyer, quant à l'enseignement Freudien même, ont déclaré qu'il n'allait aucunement à l'encontre de la morale.

Ces médecins ont exprimé des opinions devant notre Commission quant à l'enseignement présenté par l'équipe Laurin à l'Institut. Ils n'ont cependant pas assisté à cet enseignement. Quelques-uns d'entre eux se sont basés sur des conversations qu'ils avaient eues avec des psychiatres de l'équipe Laurin et avec des étudiants qui y avaient suivi

des cours. D'autres se sont attachés à la personnalité des psychaitres ou à des représentations qui leur furent faites par des patients qui avaient été traités par des psychiatres de l'Institut.

Le Dr Karl Stern, qui s'était perfectionné en Allemagne, en France, en Angleterre et aux Etats-Unis, avait précédé le Dr Camille Laurin à l'Institut Albert Prévost, où il avait organisé l'enseignement avec son associé, le Dr Voyer. Le Dr Stern est une des éminentes personnalités du monde psychiatrique et le Dr Voyer a aussi une grande réputation dans ce domaine.

De ce que l'enseignement alors dispensé par le Dr Stern ait été plus complet en psychiatrie que celui de l'équipe Laurin, comme le soumet le Dr Amyot et d'autres, il ne s'ensuit pas que l'enseignement dispensé par l'équipe Laurin doive être discrédité.

Parmi les onze psychiatres qui le dispensaient à l'Institut, neuf d'entre eux avaient parfait leurs études en France et aux Etats-Unis, et les deux autres dans des centres renommés de notre Province.

Le Dr Jean Fortin, qui est chef du service de psychiatrie à l'hôpital Notre-Dame, a manifesté devant notre Commission une haute opinion de l'enseignement dispensé par l'équipe Laurin à l'Institut Prévost.

Depuis plusieurs années, c'était l'Institut Albert Prévost qui, chez les Canadiens-Français, dispensait l'enseignement au plus grand nombre de médecins résidents qui se spécialisaient en psychiatrie; la suspension de cet enseignement supprimait un centre de formation important dans un temps où il y avait pénurie de psychiatres chez les

Canadiens-Français, surtout à une époque où l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu avait cessé de dispenser cet enseignement.

En plus de priver notre Province de ce centre de formation, cette suspension de l'enseignement entraînait le départ de tous les psychiatres de l'équipe Laurin, qui refusaient de rester attachés à cet Institut du moment que l'enseignement y cessait. Cette suspension entraînait aussi le départ des huit médecins résidents qui suivaient des cours post-gradués à l'Institut Prévost.

Le Dr Fortin est d'opinion que pour reconstituer l'enseignement tel qu'il existait à l'Institut Prévost, il aurait fallu quatre à cinq ans, et que sa suppression aurait pu être désastreuse pour les étudiants dans ces circonstances.

8 - TRAVAILLEUSES SOCIALES

Mlle Monique Meloche fit ses études de travailleuse sociale à l'Université de Montréal et, après y avoir obtenu sa maîtrise en 1952, elle travailla au Montreal General Hospital de 1952 à 1955, département du Service Social et, ensuite, au Occupational Therapy and Rehabilitation Center, de 1955 à 1958.

Elle entra au service de l'Institut Albert Prévost le 2 juillet 1958 et fut nommée directrice du département, qui comprenait trois (3) travailleuses sociales dont elle-même, au commencement de l'année 1961.

Dès le début de 1960, elle demanda à l'Administration d'engager du personnel supplémentaire. Il s'écoula trois ou quatre semaines avant qu'elle ne reçoive une réponse affirmative et, comme la collation des grades avait eu lieu depuis déjà quelque temps, elle ne put trouver une jeune graduée qu'à la fin de septembre. Après avoir obtenu les lettres de recom-

mandation d'usage, elle soumit le dossier de cette graduée à Garde Lépine. On lui répondit qu'il était trop tard, que l'administration avait changé d'idée.

En janvier 1961, mademoiselle Meloche prépara un dossier sur les besoins des services, à la demande de l'administration, et elle suggéra l'engagement de deux autres travailleuses sociales, ainsi que des augmentations de salaire et la nomination d'une secrétaire. Au mois de mai 1961, Garde Meloche réitéra sa demande à l'administration. Le printemps était le temps opportun pour engager du nouveau personnel, puisque c'est le moment où les jeunes graduées sortent de l'Université. Garde Lépine lui dit : "Présentez-nous des candidates et nous en engagerons deux ou trois."

Dès le mois de mai 1961, Mlle Meloche présenta un mémoire auquel étaient attachées les formules de demandes d'engagement de trois travailleuses sociales. Le 29 juin, elle reçut une réponse de Garde Tassé l'informant que, pour le moment, les membres du Conseil d'administration regrettaient de ne pouvoir augmenter le nombre de travailleuses sociales mais qu'ils avaient résolu de lui accorder l'aide d'une secrétaire compétente. Garde Lépine lui représenta que, peut-être en septembre, il serait possible d'augmenter le nombre des travailleuses sociales. En septembre, l'on répondit à Mlle Meloche qu'on lui donnerait des nouvelles dans quelques jours à ce sujet. Elle n'en a jamais reçu. Alors le 5 octobre 1961, les trois travailleuses sociales écrivirent à la Surintendante et à l'Assistante Surintendante, leur demandant d'embaucher une travailleuse sociale, qui était encore disponible, ou d'autres, si celle-là ne leur agréait pas. En outre, cette

lettre demandait un redressement de salaire conforme à l'échelle proposée par l'association professionnelle des travailleurs sociaux. Finalement, l'on réitérait dans cette lettre la demande d'engager une secrétaire, qui avait été accordée en juin et que l'on n'avait pas encore embauchée.

Cette lettre représentait que le manque de personnel était devenu chronique, et que les faibles salaires versés au personnel étaient une atteinte et aux standards de la profession et à ceux de l'Institut, qui avaient toujours eu à coeur de maintenir une haute qualité de soins thérapeutiques.

Cette lettre ajoutait : "Nous croyons fermement qu'il est injuste envers les malades de ne leur rendre qu'une partie des services dont ils ont besoin, ou de choisir de s'occuper de tel groupe de malades au détriment de tel autre groupe. Nous ne pouvons accepter une situation qui va à l'encontre du bien-être des malades de l'Institut."

Cette lettre se terminait comme suit : "Considérant nos motifs valables et nos demandes raisonnables, nous nous verrons dans l'obligation de démissionner en bloc le 15 novembre 1961 si des arrangements satisfaisants n'ont pu être conclus d'ici là."

La réponse de l'administration, reçue trois semaines plus tard, fut la suivante: "Pour faire suite à votre lettre du 5 octobre, nous sommes dans l'obligation et avec regret d'accepter votre démission pour le 15 novembre 1961. Cependant, nous vous proposons une condition: dans le cas où vous pourriez vous soumettre aux décisions instituées par l'administration, c'est-à-dire à la discipline de la maison, vous serez rétablies dans vos fonctions si vous en faites la demande avant la date susmentionnée.

Cette référence à la discipline de la maison nécessite une explication. A la fin d'août 1961, l'administration avait émis un communiqué à l'effet que les travailleuses sociales, entre autres, devaient poinçonner au moment de leur arrivée et de leur départ. Il existait déjà un système lumineux indiquant la présence ou l'absence des travailleuses sociales, comme pour les autres travailleurs professionnels, sauf les médecins, et cette décision de l'administration suscita une vive opposition. Les travailleuses sociales, ainsi que le personnel médical, refusèrent d'abord de s'y soumettre. Finalement, à la suite d'une entrevue avec le Dr Bordeleau, l'administration suspendit cette exigence du poinçonnage, de sorte que cette question n'est pas directement liée à la démission des travailleuses sociales.

Mlle Meloche a catégoriquement affirmé devant cette Commission qu'elles ont démissionné parce qu'on ne voulait pas augmenter le personnel et qu'on le lui promettait depuis deux ans, parce qu'on lui faisait rechercher du personnel et qu'une fois le personnel trouvé et les demandes d'emploi soumises, on refusait d'embaucher.

Lors du départ des travailleuses sociales, au milieu de novembre, la secrétaire promise en juin n'était pas encore arrivée, et l'augmentation de salaire non plus.

Après le départ des trois travailleuses sociales, un directeur de service social fut engagé à \$ 8,500 et, le 16 avril 1962, Madame Kaubiac fut engagée comme travailleuse sociale au salaire de \$ 5,600, dont \$ 3,800 étaient payés par l'Université de Montréal et \$ 1,800 par l'Institut Albert Prévost, alors que le salaire de base des trois travailleuses sociales était de \$ 3,450.

Le bureau médical, malgré ses nombreuses demandes, ne put décider l'administration à se rendre aux légitimes demandes des travailleuses sociales et suggéra en vain de soumettre leur cas à un conseil d'arbitrage.

9 - DIRECTRICE DU NURSING

Mlle Thérèse Bélanger, qui était infirmière psychiatrique, entra à l'Institut Albert Prévost en 1959, comme hospitalière au département d'observation. Elle avait fait ses études d'infirmière à l'hôpital Notre-Dame de l'Espérance, travailla ensuite comme infirmière à la Dominion Bridge puis suivit un cours post scolaire de six mois au Allan Memorial.

Elle fut officiellement nommée directrice du Nursing à l'Institut Prévost le 17 février 1960, fonction qu'elle exerçait en fait depuis le mois de novembre précédent. Comme telle, son contact était avec les infirmières plutôt qu'avec les patients.

Ses fonctions n'avaient jamais été définies; elle voyait à la rotation du personnel, à la discipline et à la tenue professionnelle des gardes-malades, au remplacement de celles qui prenaient congé et devait s'assurer d'un personnel pour le jour et la nuit. Elle travaillait en collaboration avec Garde Lépine et tenait chaque semaine une réunion avec les hospitalières pour discuter des problèmes du nursing.

Le 7 février 1961, elle était nommée membre de la Corporation.

Au cours des deux ans et demi pendant lesquels elle fut directrice du Nursing on ne lui reprocha jamais de manquer d'ascendant sur son personnel si ce n'est que, à la fin de son engagement, on y fit allusion. Cependant,

lorsqu'elle demanda des précisions, on ne put lui en fournir.

Elle réclama de l'administration une politique écrite quant aux conditions de travail; par exemple, au sujet des vacances, à combien de vacances chaque membre du personnel avait droit. Il fut ainsi convenu, au printemps 1961, entre elle et Garde Lépine, que les gardes qui avaient travaillé pendant un an à l'Institut auraient droit à deux semaines de vacances, celles qui avaient travaillé trois ans auraient droit à trois semaines et celles qui avaient travaillé pendant cinq ans auraient droit à quatre semaines. Elle rédigea un avis en conséquence et demanda à Garde Tassé de le signer. Cette dernière refusa, alléguant que cela amoindrirait l'autorité de Garde Bélanger et qu'il était préférable que ce soit celle-ci qui le signa. C'est ce que cette dernière fit et elle l'afficha pour que les gardes-malades puissent en prendre connaissance. Au mois de juin, alors que tous les congés étaient organisés, selon la feuille qui avait été affichée, l'administration décida que toutes les employées n'avaient droit qu'à deux semaines de vacances.

Avec raison, Garde Bélanger déclare dans son témoignage que, dans ces circonstances-là, son autorité était assez fragile. De tels incidents se produisaient souvent, pas toujours dans des domaines aussi graves, mais il y avait toujours un morcellement d'autorité.

Garde Bélanger a également ajouté que, parfois, elle reprenait des personnes immédiatement, lorsqu'elle voyait des choses qui ne devaient pas avoir lieu mais, par contre, si c'était quelque chose de sérieux, plutôt que d'humilier la personne devant ses compagnes, elle préférait la faire venir à son bureau pour la réprimander. Elle a affirmé catégoriquement

qu'elle réprimandait toujours les personnes en faute, dans son bureau.

De plus, Garde Tassé prétendit que deux gardes-malades avaient quitté l'Institut à cause du comportement de Garde Bélanger, soit Garde Généreux et Garde Darvaux. Or, les deux gardes en question partirent de l'Institut longtemps après que Garde Bélanger eut été renvoyée par l'Administration.

Quant au prétendu mécontentement du personnel, Garde Bélanger fait remarquer qu'il y a des patients 24 heures par jour à l'Institut, mais que tout le monde voudrait travailler de 8.00 a.m. à 4.00 p.m., à quelques rares exceptions près. Quand personne ne désirait travailler le soir ou la nuit, elle désignait d'office des gardes-malades, ce qui entraînait parfois le mécontentement de celles qu'elle forçait et devait forcer à travailler de nuit.

La pénurie de personnel rendait nécessaire l'aide des étudiantes et, comme les malades exigent des soins surtout le jour, alors qu'ils sont éveillés, plutôt que la nuit, alors qu'ils dorment en général, Garde Bélanger était d'avis que les étudiantes assumaient moins de responsabilités la nuit que le jour. Elle était d'opinion qu'il valait mieux dès lors les faire travailler de nuit. Elles ne demeuraient pas seules, puisqu'une personne responsable faisait alors des tournées régulières durant la nuit. Garde Bélanger agissait peut-être, en l'occurrence, à l'encontre des instructions reçues, et c'était peut-être des actes d'insubordination à l'égard de l'administration.

D'autre part, on doit remarquer qu'après s'être vue refuser une copie du règlement de la corporation, alors qu'elle était membre de cette corporation et directrice du

nursing, Garde Bélanger fut demandée au bureau de Garde Tassé pour être renseignée sur son rôle de membre de la corporation, et il lui fut alors dit par Garde Tassé : "Gardez le silence et approuvez toutes les décisions du Conseil".

En outre, Garde Tassé nous déclare qu'à son retour d'un voyage à Boston, où elle passa quelques semaines, elle fut informée que Garde Bélanger avait répandu la nouvelle que, dans peu de temps, elle occuperait la chaise de Garde Tassé, ce dont Garde Tassé s'est indignée. Garde Bélanger a nié avoir fait une telle déclaration et pas un témoin n'a confirmé ce que Garde Tassé prétend avoir entendu dire à ce sujet.

La preuve n'a pas révélé que Garde Bélanger manquait d'autorité. Au contraire, il ressort plutôt de la preuve qu'elle était très autoritaire. Il est probable que les incidents mentionnés dans les deux paragraphes qui précèdent ont été la cause du congédiement de Garde Bélanger.

Dans son cas, également, le Bureau Médical a fait de vaines pressions auprès de l'Administration pour la retenir. Garde Bélanger avait été au service de l'Institut Albert Prévost depuis le 17 février 1960. L'Administration l'avait appréciée puisque, le 8 février 1961, le Conseil d'administration la nommait membre de la Corporation de l'Institut. Le témoignage de Garde Tassé devant cette Commission confirme d'ailleurs l'estime dans laquelle elle tenait Garde Bélanger.

Néanmoins, cette même Garde Bélanger était congédiée par l'Administration, à la réunion du 25 janvier 1962. Malgré les implications médico-administratives que comportait ce renvoi, le Bureau Médical n'en fut pas informé officiellement.

A sa réunion du 1er février 1962, le Bureau Médical protesta contre ladite décision qui congédiait ainsi Garde Bélanger et il adressa une lettre au Conseil d'administration, dans laquelle il réaffirma sa confiance en mademoiselle Bélanger.

Après cet exposé, concernant le personnel médical et hospitalier de l'Institut Albert Prévost, quant à, notamment :

- a) la démission des psychiatres;
- b) le directeur médical;
- c) la suspension de l'enseignement;
- d) la démission des travailleuses sociales;
- e) le congédiement de la directrice du nursing,

nous devons référer à de soi-disant incidents qui, dans la mesure où ils sont réels, sont terribles.

10 - RUMEURS QUANT A CERTAINS COMPORTEMENTS

Garde Tassé et un psychiatre qui n'est pas de l'équipe de psychiatrie du docteur Laurin nous firent des déclarations qui étaient plutôt imprécises quant à une allocution du Rév. Père Fontanelle, lors d'une collation de diplômes à l'Institut. Nous avons, en conséquence, assigné le Rév. Père Fontanelle, qui nous a dit qu'il y avait des psychiatres qui prétendaient que l'impureté (la m..... en particulier) n'est pas un péché, que l'on pouvait librement et quand on voulait se m..... Alors, dit-il, il s'agissait d'enlever cette impression. Ainsi, au cours de cette collation, j'ai dit: "Il y a des gens qui soutiennent que l'impureté, la m..... n'est pas un péché..".

Il fut alors demandé au Rév. Père Fontanelle :
"Comment savez-vous que ces gens-là, comme vous le dites, ces médecins, encourageaient la m....., chez les femmes en particulier ? Et le Rév. Père de répondre: "C'était des femmes qui me disaient ça, c'est comme cela que je l'ai appris." Les femmes me disaient : "Père, je me m..... , le médecin m'a dit que c'est même nécessaire." Il continue, en ajoutant : "Je n'ai jamais demandé le nom de malades, ni de médecins. Je suis un peu dans le vague."

Puis, la question suivante est posée au Rév. Père Fontanelle : "Vous ne connaissiez jamais le nom du malade, ni du médecin ?". Réponse: "Non".

Le Rév. Père Fontanelle nous a ensuite déclaré que ces remarques avaient été ainsi faites en 1958 ou 1959.

Garde Tassé a également affirmé au cours de son témoignage, qu'après le 10 juillet 1962 elle avait entendu dire qu'un psychiatre de l'Institut se prêtait à des actions indécentes dans le traitement de ses malades, à l'Institut. Elle ignore à quelle époque ces choses étaient censées s'être produites. Il ne s'agit que de rumeurs qui auraient circulé dans ce sens. Elle a entendu dire ces choses. Le médecin qu'elle a mentionné a été entendu comme témoin et il a juré qu'à sa connaissance jamais de telles actions n'ont eu lieu.

Les docteurs Saucier et Brunet ont déclaré avoir entendu dire que certaines patientes avaient été soumises à des traitements indécents par des psychiatres de l'Institut Albert Prévost, dont les noms ne leur furent pas révélés. Mais d'après leur témoignage, le docteur Saucier l'aurait

entendu, entre autres, du docteur Brunet qui, de son côté, l'a entendu dire d'une autre personne. Il ne s'agit donc là encore que d'ouï-dire.

Le docteur Voyer qui avait entendu dire auparavant que des psychiatres soumettaient leurs patientes à des actes immoraux, à Prévost, nous a affirmé que deux patientes étaient venues le consulter, bouleversées, en sortant de Prévost, et lui avaient raconté certains actes d'immoralité de la part d'un psychiatre, dont le nom lui fut mentionné, mais qu'il ne pouvait révéler parce qu'il s'agissait d'un secret professionnel. Le docteur Voyer a cependant représenté qu'il ne s'agissait pas du docteur Laurin, ni des docteurs Lefebvre et Boulanger, ceux que l'Administration a qualifiés, dans son mémoire, d'indésirables; il a même ajouté que ce psychiatre n'était plus à l'Institut Prévost.

Le docteur Voyer nous dit aussi que des infirmières lui auraient déclaré que deux médecins de l'Institut Prévost avaient essayé de leur imposer des privautés sexuelles. Il affirme qu'il ne s'agit aucunement du docteur Laurin, mais n'ose pas mentionner le nom, s'étant engagé sous le sceau du secret professionnel à ne pas en parler.

Le docteur Voyer fait également allusion à des concours de circonstances qui sont antérieurs aux dernières cinq années, et au sujet desquels Garde Bélanger a tenté de faire une enquête. Là encore le docteur se dit incapable de préciser davantage sans manquer à un secret professionnel.

Le docteur Voyer a ajouté que depuis le début de l'enquête en cette affaire, les passions s'y étant mises, les faits ont été exagérés. Il nous représente que Garde Tassé

lui ayant révélé des faits, il lui a dit : "Non, ce n'est pas aussi pire que vous le pensez. Des choses excessivement poussées."

Le Dr Stern nous a fait part également qu'une patiente lui avait révélé qu'un médecin du groupe des psychiatres de Prévost l'aurait soumise à un traitement qui serait, si réel, grossièrement immoral. Lui aussi se déclare incapable de divulguer de nom, étant lié par le secret professionnel.

Ces déclarations, impliquant des psychiatres dont l'identité n'a pu être révélée, sont très graves mais il faut reconnaître qu'il ne s'agit que d'ouï-dire prouvant bien que ces déclarations ont été faites, mais non pas la vérité des faits qui en font l'objet.

De plus, elles émanent de malades mentaux qui, souvent, perdent le sens de la réalité.

Pas un seul de ces faits incriminants n'a été rapporté par l'Administration avant le 10 juillet 1962, et jamais le bureau médical n'en fut informé. De plus, tous les psychiatres de l'équipe Laurin ont été questionnés sous serment, devant cette Commission, à ce sujet, et pas un seul de ces psychiatres n'a dit en avoir eu une connaissance quelconque.

En outre, les médecins qui ont témoigné de ces déclarations ont juré que le docteur Camille Laurin et les autres psychiatres qui ont été congédiés avec lui n'ont été ni impliqués, ni visés en aucune façon par les déclarations en question.

Le docteur Roger Lemieux, qui était directeur de l'enseignement à l'Institut Albert Prévost, a même été invité à rencontrer Garde Tassé, après la suspension de

l'enseignement, et elle l'a supplié de demeurer avec l'Institut, alors que les autres psychiatres y rompaient leurs relations.

Garde Tassé fit, dans les mêmes circonstances, une demande semblable au docteur Lortie, qui avait eu charge du patient qui causa le scandale au centre d'observation.

Ces accusations, évidemment, sont très graves et de nature à créer de sérieux soupçons. Si elles étaient prouvées, elles devraient entraîner le congédiement de celui ou de ceux qui en seraient coupables, et leur mériter des sanctions. Il s'agirait, dans ce cas, d'actes dérogatoires, commis par des psychiatres, mais actes qui n'auraient aucun lien avec l'enseignement et qui, d'ailleurs, n'auraient pas motivé la suspension de l'enseignement puisque, à l'exception de l'incident du Rév. Père Fontanelle, ces accusations n'ont été connues de l'Administration qu'après le 10 juillet 1962 et, conséquemment, n'ont pu influencer sur une décision rendue six mois plus tôt. Quant à l'incident du Père Fontanelle, il a été connu par l'Administration en 1958 ou 1959, Garde Tassé ayant été présente lorsqu'il s'est produit, et aucune intervention ni allusion ne furent faites à ce sujet par l'Administration avant deux ou trois ans après en avoir eu connaissance.

COMMENTAIRES

Comme on l'a exposé préalablement, l'INSTITUT ALBERT PREVOST n'a été, pendant de nombreuses années, qu'un hôpital privé, dont le nombre de lits était sans doute modeste, mais qui jouissait d'une excellente réputation grâce à la qualité des soins et aussi à une clientèle qui se recrutait dans la bourgeoisie. L'administration reposait alors sur les épaules de Garde C. Tassé, admirablement secondée par feu Garde B. Lépine.

Cependant, les demandes se faisaient plus pressantes, et le traitement de maladies, autrefois l'apanage des riches, se propageait graduellement dans d'autres couches de la société. Pour répondre aux besoins nouveaux il devint nécessaire d'agrandir.

Afin de réaliser les agrandissements successifs, il fallut faire appel à l'aide gouvernementale et l'on a pu constater que, depuis 1948, l'INSTITUT ALBERT PREVOST a reçu du Gouvernement provincial un montant de \$500,000. et du Gouvernement fédéral, un montant de \$100,000.

De plus, afin de promouvoir l'enseignement de la psychiatrie à l'INSTITUT, de nombreuses bourses furent consenties aux médecins et aux résidents par les gouvernements provincial et fédéral. Comme c'était l'un des rares centres canadiens-français où cet enseignement était dispensé, l'INSTITUT ALBERT PREVOST se tailla une place privilégiée et servit de modèle pour le reste de la Province.

D'autre part, l'instauration de l'assurance-hospitalisation, en changeant les relations de l'administration avec le corps médical, a été un facteur qui a profondément modifié l'aspect juridique et financier de l'INSTITUT ALBERT PREVOST.

Dès cette époque, il aurait fallu repenser les structures médico-administratives, car le caractère privé de l'INSTITUT ALBERT PREVOST avait été considérablement modifié et l'on était désormais en présence d'une institution d'intérêt public possédant un standard scientifique reconnu.

Comme les institutions progressent en autant que les personnes qui les dirigent évoluent, il nous a été possible de constater que, grâce à l'impulsion de Garde C. Tassé, le petit hôpital privé, placé dans un cadre agréable et faisant figure de maison de repos "dirigée par une maîtresse de maison", suivant l'expression du Dr. Karl Stern, est devenu une grande institution, aux problèmes nombreux et variés. Par conséquent, les solutions qu'il fallait apporter à ces problèmes auraient demandé le concours de plusieurs collaborateurs. Malheureusement, l'attachement que les fondateurs vouent parfois à leur oeuvre peut devenir à ce point possessif qu'il finit par étouffer, sous l'avalanche de bonne volonté, l'enfant ayant atteint sa majorité et qui désire progresser dans des cadres plus adaptés à sa croissance.

La loi organique de l'INSTITUT adoptée par la législature de la province de Québec contenait une définition des structures médico-administratives qui aurait pu être complétée par des règlements capables de suppléer à la carence de la loi.

Il faut reconnaître que, par crainte de perdre son hégémonie sur la maison, Garde C. Tassé a continué de conduire l'INSTITUT ALBERT PREVOST comme son affaire personnelle, en négligeant de définir les structures médico-administratives qui s'imposaient, et sans tenter de décrire les tâches, les devoirs et les droits du personnel médical, hospitalier et autre. La loi prévoyait la nomination d'un directeur médical, mais il fallut attendre le mois de mai 1962, et beaucoup de pression, pour obtenir cette nomination faite à la fois trop tardivement et aussi d'une façon inconsidérée, eu égard au temps et aux individus en présence.

Dans le choix des membres de la Corporation, qui devaient tous être du sexe féminin, une discrimination s'exerçait et comme la majorité était formée d'employés de l'INSTITUT, et sous la direction de Garde C. Tassé, à la fois Surintendante et Présidente du Conseil d'administration et de la Corporation, il pouvait difficilement, pour ne pas dire jamais, surgir des objections allant à l'encontre des décisions prises par la direction.

Garde C. Tassé a tenté de nous expliquer que la nomination du personnel comme membre de la Corporation avait pour but d'initier des employés aux rouages de l'ad-

ministration. Il faut admettre que ^{dans} le cas présent c'était illusoire et sans lendemain.

Comme on l'a vu d'autre part, le Dr. Camille Laurin a été nommé directeur scientifique de l'INSTITUT ALBERT PREVOST, en même temps qu'il était responsable de l'enseignement de la psychiatrie à l'Université de Montréal, sans être pour autant directeur du département de psychiatrie. Il cumulait également le titre de directeur des services de psychiatrie, qui était un organisme chargé de distribuer les octrois gouvernementaux pour la formation des futurs psychiatres.

Au début, il appert que le Dr. Camille Laurin fut accueilli avec empressement par Garde C. Tassé qui le considérait comme répondant aux compliments qu'avait faits à son sujet l'ancien doyen de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le Dr. W. Bonin.

N'étant pas directeur médical, mais ayant le titre de directeur scientifique créé pour lui, il servait d'intermédiaire entre le corps médical et l'administration.

Les relations étaient alors excellentes; "l'on filait la parfaite lune de miel", selon une expression employée devant notre Commission. Mais, après un certain temps, des "incidents", qui prirent des proportions considérables aux yeux des intéressés, modifièrent sensiblement la situation.

En janvier 1961, le Comité exécutif du Bureau médical fut renouvelé entièrement et le Dr. Camille Laurin, porte-parole de la jeune équipe, fit élire des psychiatres attachés à l'INSTITUT ALBERT PREVOST à plein temps. Certains psychiatres, qui étaient à l'INSTITUT depuis un grand nombre d'années, mais qui n'y exerçaient qu'à temps partiel, furent exclus de l'exécutif.

C'est la querelle des Anciens et des Modernes qui se manifestait et qui eut l'heur de déplaire souverainement à la direction.

Pendant ce temps, le Dr. Camille Laurin se produisait de plus en plus dans divers milieux, prononçait des conférences de vulgarisation et alla même jusqu'à écrire une post-face au livre d'un nommé Pagé, intitulé "Les fous crient au secours". Cette post-face fut reprise par la revue McLean qui la publia in extenso.

Comme le livre attaquait les structures de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu et contenait des passages irrévérencieux à l'endroit des religieuses, Garde C. Tassé en voulut au Docteur Camille Laurin d'apporter le prestige de sa fonction à l'INSTITUT ALBERT PREVOST en patronnant cet ouvrage et en lui accordant son concours.

C'est donc avec raison que Garde C. Tassé pouvait être froissée de n'avoir pas été consultée avant que le nom de l'INSTITUT ALBERT PREVOST ne soit associé, bien malgré l'administration, à ce retentissant appel à l'opinion publique dont on pouvait contester l'opportunité.

Cet incident provoqua la rupture de la direction avec le Dr. Camille Laurin. Désormais, Garde C. Tassé ne lui adressait plus la parole.

Aussi, à l'automne de 1961, Garde C. Tassé, rencontrant le Dr. Camille Laurin à la porte de son bureau, accompagné d'un journaliste, l'interpella publiquement en l'accusant de n'avoir servi que ses intérêts personnels et de l'avoir trompée.

Le bureau médical ayant ensuite pressé l'administration de nommer un directeur médical, et ayant même suggéré le nom du Dr. Camille Laurin pour cette fonction, le conseil d'administration adopta, en date du 25 janvier 1962, trois résolutions qui étaient la manifestation extérieure et tangible de l'aboutissement des tensions qui s'étaient accumulées depuis le début de 1961. La première suspendait l'enseignement à l'INSTITUT ALBERT PREVOST, la seconde limitait la période d'engagement des psychiatres à 6 mois au lieu de 12, comme c'était l'habitude au début de chaque année et, enfin, la troisième prévoyait le renvoi de Garde T. Bélanger, comme directrice du Nursing.

La suspension de l'enseignement était une façon déguisée de permettre à l'administration de ne réengager que les psychiatres qu'elle désirait et d'éliminer ceux qui, à ses yeux, étaient les têtes fortes de l'équipe : les docteurs Laurin, Lefebvre et Boulanger.

Une telle décision provoqua immédiatement la convocation du Comité Conjoint formé de deux représentants du bureau médical et des Gardes Tassé et Lépine. L'administration prit une position intransigeante et réaffirma que la décision était irrévocable. Elle fut en cela très mal conseillée, comme en d'autres circonstances par la suite. D'ailleurs, les raisons qui furent avancées à cette époque, pour expliquer la suspension de l'enseignement, furent, devant notre Commission, considérées par Garde C. Tassé, comme secondaires.

Ce n'était pas à l'enseignement que l'on en voulait à ce moment-là, c'était à certains psychiatres. Et l'on préférait sacrifier momentanément une partie importante de la vie de l'INSTITUT, qui était l'un des objets de l'INSTITUT spécifiés dans la charte. L'enseignement avait d'ailleurs été voulu et instauré par Garde C. Tassé avec le concours du Dr. Karl Stern. Il semble que la direction croyait alors, ou se figurait peut-être inconsciemment qu'en supprimant l'enseignement l'on sauvait une autorité que l'on commençait à sentir défaillante.

Les psychiatres de l'équipe, pendant ce temps et presque aussitôt, songèrent à quitter en bloc l'INSTITUT ALBERT PREVOST et tentèrent de fonder un nouvel institut de psychiatrie, voué à l'enseignement et à la recherche. Un geste de cette nature était peut-être compréhensible dans les circonstances, mais guère réfléchi et de réalisation difficile tant sur le plan matériel que pour le bien des malades.

A la lumière de ce qui précède, notre Commission d'enquête en est arrivée à l'opinion que tout le conflit de l'INSTITUT ALBERT PREVOST, monté en épingle par une publicité sans doute inspirée, où les psychiatres ont joué un rôle malheureux, où l'administration s'est cantonnée dans un mutisme regrettable, a pour origine un conflit de personnalités entre le Docteur C. Laurin, entreprenant et audacieux et Garde C. Tassé, femme digne mais avancée en âge, jalouse de son autorité, inquiète de l'ascendant que le Dr. Camille Laurin exerçait sur le corps médical et de la puissance qu'il détenait par l'octroi de bourses généreusement distribuées, à même la caisse dont il tenait les cordons.

Il est certain que ce conflit de personnalités se serait considérablement résorbé si les parties en présence avaient procédé dans des cadres médico-administratifs institutionnalisés mais simples, avec la présence d'un directeur médical conscient de son rôle. Nous pourrions multiplier les exemples de nombreux problèmes qui dépendaient à la fois de l'administration et du corps médical: la directrice du nursing, les travailleuses sociales, les infirmières, etc.

Souvent l'administration congédiait ou déplaçait le personnel hospitalier sans consulter le ou les médecins intéressés. Il en résultait de sérieux ennuis pour les parties.

Plutôt que de répéter ce que nous avons dit au chapitre consacré à la démission des psychiatres, nous y référons le lecteur, rappelant seulement que le 30 juin 1962, alors que le docteur Dominique Bédard, directeur des services psychiatriques du Ministère de la Santé, à titre de représentant du Gouvernement de notre Province, réclamait de l'INSTITUT ALBERT PREVOST un délai additionnel de huit (8) jours pour tenter un ultime effort afin de trouver une solution au conflit, le conseil d'administration adopta une résolution acceptant la démission des psychiatres et provoquant ainsi une rupture définitive.

Cette décision radicale, adoptée dans un climat de tension et sous la pression d'une opinion publique exacerbée par une publicité contradictoire, fut malheureuse pour tout le monde, car elle compromettait l'enseignement de la psychiatrie dans notre milieu, à un moment où cet enseignement était essentiel, et retardait l'essor de l'INSTITUT ALBERT PREVOST de plusieurs années.

Une page de l'histoire de la psychiatrie dans notre province était tournée à jamais.

Notre Commission ne peut jeter tout le blâme sur une seule des parties en présence. Nous n'avons pas trouvé chez Gardes Tassé et Lépine les femmes ambitieuses, autoritaires, acariâtres, que l'on voulait nous faire condamner. Nous ne pouvons méconnaître le mérite de Garde C. Tassé qui a oeuvré dans des conditions souvent difficiles, dans un milieu qui était parfois hostile à tout ce

qui se rapportait aux maladies mentales, qui a consacré sa vie entière au succès d'un Institut auquel elle s'est identifiée, qu'elle fit prospérer aux dépens de ses intérêts personnels. En période de crise, pour procurer à cet Institut les fonds nécessaires à sa survivance, elle n'hésita pas à transporter en garantie ses polices d'assurance, qui constituaient tout son avoir.

Elle a même cru à l'INSTITUT ALBERT PREVOST, à une époque où les psychiatres qui y étaient attachés n'osaient engager leur responsabilité personnelle pour assurer sa continuité.

Elle a été admirablement secondée dans cette tâche par Garde B. Lépine, que notre Commission a pu interroger sur son lit d'hôpital quelques mois avant qu'une maladie inexorable ne l'emporte. Cette infirmière a laissé un grand vide et notre Commission tient à lui rendre un hommage posthume.

REFLEXIONS SUR LA SITUATION DE
L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE DANS LA PROVINCE

D'après le témoignage du docteur Denis Lazure, notre Commission a constaté que jusqu'à ces dernières années, l'assistance psychiatrique au Québec était conçue quasi exclusivement en fonction de l'internement asilaire et les responsables de cette assistance ne cachaient pas leur défaitisme aux plans du traitement et de la réhabilitation. Dans cette optique de l'internement à perpétuité pour malades soi-disant incurables et aliénés, il était facile de justifier l'entassement de milliers de patients dans deux asiles immenses, Saint-Jean-de-Dieu à Montréal et Saint-Michel-Archange à Québec, ayant chacun plus de 5,000 malades, sans égard au fait que plusieurs de ces patients avaient leur domicile et leur famille à des centaines de milles de distance de l'institution.

Et quand il fut décidé de construire hors de ces deux villes, on a procédé à l'érection d'immenses garderies qui devaient devenir des filiales et où Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange pouvaient dorénavant y déverser le trop-plein de leur clientèle. De plus, la direction de tous ces hôpitaux (sept) est confiée à deux seuls surintendants médicaux, i.e. ceux de Saint-Jean-de-Dieu et de Saint-Michel-Archange.

En 1962, près de 20,000 patients sont hospitalisés dans une douzaine d'institutions de la province. Comme dans la plupart des pays occidentaux, le nombre de lits psychiatriques constitue près de 40% du nombre total des lits d'hôpitaux.

Avec près de 4 lits psychiatriques par 1,000 h., notre province se conforme aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé, soit entre 3 et 4 lits par 1,000 h. Cependant, la distribution incohérente des hôpitaux psychiatriques dans la province, compte tenu des distances énormes, prive des régions entières (Abitibi, Bas du Fleuve et Gaspésie, Ouest du Québec) de toute assistance psychiatrique. De plus, la demi-douzaine d'hôpitaux psychiatriques situés en dehors de Montréal et de Québec n'admettaient pas directement les patients du territoire avoisinant, mais absorbaient plutôt les malades "incurables" venant de Saint-Jean-de-Dieu et de Saint-Michel-Archange.

De 1953 à 1959, le nombre des malades dans les hôpitaux psychiatriques du Canada a été réduit de 408 à 381 par 100,000 h., bien que le nombre des admissions durant cette même période soit passé de 24,000 à 43,000; il est donc clair que, dans l'ensemble du pays, le rythme de réhabilitation du malade mental a été considérablement intensifié, mais il faut par ailleurs reconnaître que le Québec tire de l'arrière par rapport au reste du Canada. Plusieurs facteurs expliquent ce retard, dont voici les principaux: insuffisance du personnel spécialisé par suite de l'imprévoyance des hôpitaux psychiatriques et des universités, absence prolongée de tout planisme et de toute coordination au niveau provincial, absence quasi complète de cliniques externes ou internes dans les villes

de province, qui auraient permis le dépistage et le traitement précoce, législation et mode de financement des hôpitaux psychiatriques peu conformes aux normes modernes et, enfin, peut-être, le plus important des facteurs: des programmes thérapeutiques pour le moins "timides" qui ne savaient pas s'inspirer d'expériences concluantes pratiquées depuis plus de 10 ans par d'autres pays tels que la Grande-Bretagne, la Hollande, les pays scandinaves et certains Etats des U.S.A.

Ainsi, entre 1954 et 1956, la Grande-Bretagne a procédé à un examen minutieux du dossier de tous ses malades psychiatriques qui révéla qu'un grand nombre d'entre eux ne requéraient pas l'hospitalisation: dès 1959, on comptait déjà 8,000 malades hospitalisés de moins qu'en 1954, grâce à l'implantation de programmes vigoureux de réhabilitation! Le "Disabled Persons Act" de 1944, obligeant toute industrie à recruter au moins 3% de son personnel parmi les handicapés (physiques ou mentaux) a été un des leviers utilisés dans cette réforme d'envergure. Ce pays ne compte actuellement que 33 lits psychiatriques par 1,000 h., et prévoit que d'ici cinq ans le nombre de lits nécessaires sera abaissé à 2 par 1,000 h.

La Californie a réussi de 1950 à 1960 à réduire le nombre de ses lits psychiatriques de 3.1 à 2.2 par 1,000 h.

En France, les procédures d'admission à l'hôpital psychiatrique ont été radicalement changées, si bien qu'en 1960 seulement 15% de tous les malades mentaux étaient des placements d'office, i.e. internés, alors qu'au Québec plus de 90% des hospitalisations sont des "internements". Les établissements psychiatriques de France sont visités chaque semaine par des magistrats relevant du Ministère de la Justice, afin de vérifier si les malades sont maintenus arbitrairement dans l'hôpital.

En somme, alors que depuis quinze ans notre province tentait de faire face à l'incidence accrue des hospitalisations psychiatriques en ajoutant des lits, d'autres milieux avaient recours à des procédés plus rationnels et ingénieux qui, au contraire, amenaient une réduction du nombre de lits nécessaires!

Depuis quelques années, un bon nombre de rapports ont été publiés qui constituent des guides précis et précieux pour ceux qui sont soucieux du progrès de la psychiatrie :

- 1.- Royal Commission Report et Mental Act de la Grande-Bretagne (1959).
- 2.- "Action for Mental Health" (1962) résultats d'une enquête commanditée par le gouvernement des Etats-Unis et qui dura cinq ans.
- 3.- "More for the Mind" (1962) rapport d'une enquête publié sous les auspices de la Canadian Mental Health Association.

- 4.- Rapport de la Commission d'Etude des Hôpitaux Psychiatriques du Québec (1962).
- 5.- Mémoire de la Canadian Psychiatric Association à la Commission (Hall) Royale d'Enquête sur les Services de Santé au Canada (1961).

Tous ces documents reconnaissent le bien-fondé des quelques principes suivants :

- a) Les malades mentaux doivent être traités près de leur lieu de résidence, afin d'éviter le déracinement social.
- b) Des hôpitaux plutôt petits (maximum environ 500 lits) et rattachés à des hôpitaux généraux assurent un traitement plus humain et plus adéquat: on évite le dédoublement des services médico-chirurgicaux et on assure un rapprochement de la psychiatrie avec les autres disciplines médicales, tant au niveau des patients qu'à celui du personnel.
- c) Chaque hôpital psychiatrique doit fournir au malade un éventail complet des services, i.e. clinique externe, équipe d'urgence à domicile, centres de traitement diurne et nocturne, etc., puisque ces services souvent ne permettent pas le recours à l'hospitalisation.
- d) Tout hôpital général digne de ce nom doit posséder un Service de Psychiatrie.

Régionaliser l'Assistance Psychiatrique

Une des premières réformes d'envergure entreprises par les Services psychiatriques, dès qu'ils furent créés en 1962, consistait à transformer deux "garderies-hôpitaux" (Saint-Charles de Joliette et l'hôpital des Laurentides de l'Annonciation) en véritables hôpitaux psychiatriques répondant aux besoins de la population d'une région déterminée.

La nomination de psychiatres à la tête de ces deux hôpitaux, au début de 1963, a permis ensuite le recrutement d'une équipe professionnelle, si bien qu'un an plus tard, il y avait six psychiatres à l'Annonciation et huit à Joliette.

L'hôpital des Laurentides s'est vu attribuer tout le territoire au nord et à l'ouest de l'Ile de Montréal, i.e. sept comtés comprenant une population de 350,000 h.

L'hôpital Saint-Charles de Joliette dessert dix comtés dont la population totale s'élève à 320,000 h.; il s'agit d'un territoire situé à l'est de l'Ile de Montréal et s'étendant à peu près jusqu'à Trois-Rivières, mais incluant aussi quelques comtés de la rive sud.

Cette première phase dans le plan de répartition des services par régions a permis de soustraire à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu le territoire compris dans ces 17 comtés; il lui reste quand même à desservir une population d'environ 3,300,000 h.. Quant à l'hôpital Saint-Michel Archange de Québec, son territoire encore plus étendu comprend une population moins élevée, soit près de 1,500,000 h.

La population de langue anglaise de la province étant surtout concentrée dans la région de Montréal, bénéficie déjà de services très adéquats, soit au Verdun Protestant Hospital (1,500 lits), soit dans un des services de psychiatrie que possèdent tous les hôpitaux généraux de langue anglaise.

Dans les cadres de cette première phase de "régionalisation" des services, un effort considérable a été fait depuis un an pour obtenir la création d'un service de psychiatrie à l'intérieur des hôpitaux généraux en province. D'après le docteur Denis Lazure, le succès très relatif de ces démarches est attribuable d'abord au manque d'espace dans ces hôpitaux mais, secondairement, au peu de collaboration ou d'enthousiasme de la part des autorités administratives et médicales de ces hôpitaux. Il convient de noter quelques exceptions: l'hôpital du Sacré-Coeur de Hull où une Clinique Externe de Psychiatrie a été mise sur pied en octobre 1963; l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme qui, ne pouvant allouer d'espace pour une telle clinique a cependant conclu une entente avec le Centre Psycho-Social de cette ville qui fournit à la Clinique les locaux nécessaires; l'hôpital Sainte-Marie des Trois-Rivières qui a récemment aménagé des locaux pour une clinique externe et enfin l'hôpital de Valleyfield qui utilise la même formule décrite pour l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.

L'hôpital d'Amos a consenti récemment à mettre à la disposition de la psychiatrie un département de 40 lits et il est à prévoir que deux psychiatres s'établiront bientôt en Abitibi.

Mentionnons aussi que la plupart des grands hôpitaux généraux de Montréal possèdent un Département de Psychiatrie depuis quelques années déjà.

Certains hôpitaux en construction ont déjà accepté d'inclure un service de psychiatrie dans leur plan général : l'hôpital de la Rive Sud, l'hôpital de Rivière-du-Loup, l'hôpital d'Arthabaska et, à Montréal, l'hôpital Fleury.

Malgré la coopération rencontrée chez certains hôpitaux, il reste que plusieurs continuent de refuser à accepter la psychiatrie comme ayant droit de cité dans leur sein. Les experts des Etats-Unis recommandent que tout hôpital général de 100 lits et plus contienne un Service de Psychiatrie comprenant environ 15% du nombre total de lits; ceux du Canada, peut-être plus conservateurs de tempérament, considèrent d'autre part que tout hôpital général de 200 lits et plus ne peut jouer pleinement son rôle s'il n'a pas un Service de Psychiatrie.

Considérant la proportion considérable de gens qui doivent recevoir des soins psychiatriques, il ne paraît pas exagéré de prétendre que dans l'intérêt de la santé publique, il serait raisonnable que les autorités gouvernementales exigent que tout hôpital général digne de ce nom soit en mesure de traiter les malades psychiatriques aussi adéquatement qu'il le fait pour les malades sur le plan physique.

La deuxième phase dans la décentralisation de l'assistance psychiatrique s'amorce actuellement et consiste à transformer l'hôpital Sainte-Elizabeth de Roberval (760 lits) et l'hôpital Saint-Julien à Saint-Ferdinand d'Halifax (1470 lits) pour qu'ils deviennent, à l'instar des hôpitaux de Joliette et de l'Annonciation, de véritables hôpitaux psychiatriques régionaux.

Celui de Roberval desservira les besoins de la population (environ 250,000 h.) du Saguenay-Lac St-Jean et celui de Saint-Ferdinand d'Halifax pourra recevoir les patients de la Beauce, des Cantons de l'Est et d'une partie de la rive sud du Saint-Laurent, soit environ 400,000 h.

A ce moment-là, la population desservie par l'hôpital Saint-Michel-Archange sera réduite à environ 1,000,000 h., ce qui lui permettra de remédier au surpeuplement actuel en réduisant le nombre de ses lits à 4,000, ce qui serait suffisant puisque le rapport lits/population serait alors 4 pour 1,000 h.

Une portion du territoire assigné à Saint-Ferdinand d'Halifax appartient actuellement à Saint-Jean-de-Dieu; celui-ci aura alors une population d'environ 1,600,000 à desservir.

En plus d'activer deux hôpitaux psychiatriques existants, cette deuxième phase devra mettre l'accent sur la création de services psychiatriques dans les nombreux hôpitaux généraux de province qui en sont totalement dépourvus;

d'ici dix ans, il faudra en arriver à établir 1,000 nouveaux lits psychiatriques dans ces hôpitaux. Pour certains de ces hôpitaux, il pourra être indiqué d'abriter ces lits dans un pavillon annexé à l'hôpital.

D'autre part, la construction d'un hôpital psychiatrique proprement dit, possédant de 300 à 500 lits s'avère nécessaire dans certaines régions, soit à cause de l'éloignement considérable ou de la croissance particulièrement accélérée de la population. D'ici dix années quatre hôpitaux devront être érigés dans les régions suivantes : Abitibi, Ouest du Québec, Gaspésie et Rive-Sud de l'Ile de Montréal. Ces hôpitaux régionaux ajouteront donc environ 1,500 lits.

Hôpitaux spéciaux

Bien que tout hôpital psychiatrique doive viser à pouvoir traiter tout malade habitant la région qu'il dessert, il reste que certaines catégories de patients peuvent recevoir de meilleurs soins dans un établissement conçu selon leur état et leurs besoins.

Ainsi les patients "anti-sociaux" ou "dangereux" doivent être traités, qu'ils soient criminels ou non, dans un hôpital à sécurité "maximale": celui-ci est actuellement situé dans la prison de Bordeaux mais le Ministère de la Santé a récemment approuvé les plans de construction d'un hôpital d'environ 300 lits qui devrait ouvrir ses portes en 1966.

Les enfants et adolescents qui sans être débiles mentaux nécessitent une hospitalisation psychiatrique sont bien mal partagés au Québec: seuls les 14 lits de l'hôpital Sainte-Justine et un nombre égal au Montreal Children Hospital sont en mesure de les recevoir. Il est évident que deux petits hôpitaux (environ 100 lits chacun) devront être construits, l'un à Montréal et l'autre à Québec pour répondre aux besoins des enfants et adolescents malades.

Pour le moment, l'hôpital Mont-Providence (900 enfants) essaie de combler cette lacune tout en réussissant à mettre sur pieds, depuis un an, un programme de traitement et de ré-éducation pour arriérés mentaux.

Il existe, dans le cadre de ces institutions psychiatriques, l'INSTITUT ALBERT PREVOST, qui a un statut vraiment spécial. Fondé il y a 45 ans, l'INSTITUT s'était donné comme fonction principale le traitement de malades psychiatriques en cure libre (non internés) dont la pathologie était généralement plus bénigne que celle dont souffraient les patients admis à Saint-Jean-de-Dieu; de plus, le statut socio-économique de ces patients était d'habitude assez élevé. Il est aussi "spécial" en ce sens que contrairement aux hôpitaux psychiatriques du Québec, il participe au programme de l'Assurance-Hospitalisation du Ministère de la Santé, bien que dans son cas le gouvernement provincial ne peut pas récupérer le 50% du budget

approuvé, des autorités fédérales, comme c'est le cas pour les hôpitaux généraux. De plus, l'INSTITUT jouit d'une loi spéciale (1955) sanctionnée par le gouvernement du Québec qui, comme nous l'avons vu, a été un facteur constant dans l'éclosion des conflits qui ont provoqué la présente enquête.

Il est à noter qu'avant la mise en vigueur de l'Assurance-Hospitalisation en 1961, l'INSTITUT ALBERT PREVOST avait un certain nombre de lits non occupés. L'assistance financière fournie par l'Assurance-Hospitalisation a permis l'accès de cet hôpital à des malades venant de milieux socio-économiques différents de ceux où se recrutait autrefois la clientèle de l'INSTITUT ALBERT PREVOST, ce qui, forcément, a modifié l'atmosphère du milieu "social" de cet hôpital. De plus, un bon nombre de patients qu'on appelait autrefois des "grands nerveux" sont maintenant traités ou dans les cabinets privés de psychiatres ou dans les cliniques externes des hôpitaux de Montréal. Enfin, il est certain que les techniques (pharmacologiques ou psychologiques) de traitement utilisées depuis une dizaine d'années ont permis de réduire la durée d'hospitalisation et que les indications d'une cure de repos au "sanatorium" pour les nerfs ont grandement diminué. Parallèlement à ces phénomènes, l'INSTITUT a aussi connu depuis quelques années un essor considérable dans le domaine de l'ensei-

gnement ; il faut reconnaître que jusqu'ici cette institution a été pratiquement la seule à retenir les jeunes médecins de notre milieu qui désiraient devenir psychiatres. Un programme intensif d'enseignement au sein d'un hôpital ne peut faire autrement qu'en modifier l'atmosphère et peut facilement rendre impossible le maintien du climat d'une maison de repos, telle qu'on la concevait autrefois.

Par suite de ces modifications, dues à des facteurs maintenant historiques, il y a lieu de se demander ce que doit être l'orientation de l'INSTITUT PREVOST puisqu'il semble peu réaliste d'espérer qu'il revienne à sa mission d'avant 1961, d'autant plus qu'il y a des indices sérieux qui nous portent à croire que cette formule a perdu une large part de son utilité.

Comme on l'a vu plus haut, la décentralisation des soins psychiatriques constitue dans notre milieu un besoin urgent et d'autre part la très vaste majorité des malades psychiatriques doivent être traités avec succès dans une période de temps relativement courte (6 à 8 semaines). Cette décentralisation peut s'effectuer en partie en créant des Services de Psychiatrie dans des hôpitaux généraux de la métropole (Saint-Luc, Jean-Talon, Sacré-Coeur, etc.) mais, compte-tenu de la situation géographique de l'INSTITUT ALBERT PREVOST qui est à l'extrémité opposée de l'Ile de Montréal par rapport à Saint-Jean-de-Dieu, il serait opportun d'étudier la possibilité de constituer

l'INSTITUT PREVOST en un petit hôpital psychiatrique régional.

Le sectionnement de grands hôpitaux psychiatriques tels que Saint-Jean-de-Dieu en unités quasi-autonomes (d'environ 500 lits) pouvant admettre directement tous les malades habitant un district déterminé, a été expérimenté avec grand succès par certains Etats des U.S.A. (Kansas, Connecticut, New-York). Cette formule permet une continuité des soins au malade, puisque chaque unité est équipée pour traiter le patient depuis son arrivée jusqu'à sa sortie et prévoit même un certain nombre de lits pour hospitalisation prolongée; la même équipe professionnelle est au service du malade, de la famille et des agences communautaires et chaque unité tient lieu véritablement d'hôpital psychiatrique pour une agglomération de quartiers bien précise. Le contact malade-médecin et les rapports hôpital-société deviennent plus intimes, plus humanisés.

Notre Commission a confiance en cette formule et il faut espérer que des démarches auprès des autorités médicales de Saint-Jean-de-Dieu seront faites afin que cette réforme importante dans la structure des services de cet hôpital puisse être amorcée bientôt.

Dans cette optique, il est concevable que l'INSTITUT PREVOST assume la responsabilité de répondre aux besoins de certains quartiers de l'ouest-nord de la métropole.

Déjà avec son nombre actuel de lits, il peut absorber les demandes d'une population d'environ 60,000 h. Le terrain de l'INSTITUT permettrait un agrandissement pouvant doubler le nombre de lits; le personnel actuel est assez nombreux et qualifié pour pouvoir préparer sur place les spécialistes additionnels qui seraient requis et le coût des services généraux d'un hôpital de 300 à 400 lits serait relativement peu élevé puisque leur rendement actuel suffirait pratiquement pour les besoins de l'hôpital agrandi.

La proximité d'un hôpital général (Sacré-Coeur de Cartierville) constitue un avantage pour les deux parties en cause, tant sur le plan de l'échange du personnel professionnel que sur celui du mouvement des malades. Cependant, la distance qui les sépare, soit environ un mille, ne permet pas de concevoir l'intégration complète de l'INSTITUT PREVOST au point où celui-ci deviendrait le Service de Psychiatrie du Sacré-Coeur; ce dernier hôpital doit posséder son propre service à l'intérieur de ses murs, d'autant plus que l'espace est disponible et aussi parce qu'il reste tout de même un certain nombre de patients qui se traitent beaucoup plus adéquatement dans l'hôpital psychiatrique que dans l'hôpital général. L'Hôpital du Sacré-Coeur a déjà d'ailleurs son propre personnel psychiatrique, bien qu'il n'offre pas encore de département interne organisé. Il est donc

difficile de croire que le fusionnement de deux institutions ayant un long passé et des traditions très différentes ne provoque pas de problèmes sérieux.

Il est évident que, même dans son rôle actuel, l'INSTITUT PREVOST s'apparente beaucoup plus à un hôpital psychiatrique qu'à un hôpital général, bien qu'il soit financé par l'Assurance-Hospitalisation; si l'INSTITUT devenait véritablement un hôpital psychiatrique régional dans le sens décrit plus haut, il serait très souhaitable qu'il tombe sous la juridiction des Services Psychiatriques du Ministère de la Santé, afin que ses fonctions soient alors précisées à l'intérieur du plan d'ensemble que les Services Psychiatriques du Ministère ont commencé d'implanter dans plusieurs institutions psychiatriques de la province.

A la lumière des faits qui lui ont été soumis, la Commission attache une très grande importance à la planification des institutions hospitalières, qui serait faite par un service suffisamment pourvu de personnes qualifiées en statistique, finances, administration hospitalière, médecine, législation, et qui ferait un inventaire complet du matériel hospitalier actuel, une étude démographique prévoyant les mouvements de la population, une coordination des services hospitaliers dans les centres régionaux de notre province.

De cette façon, on éviterait des dépenses inutiles et on permettrait à l'ensemble de la population d'obtenir de meilleurs services hospitaliers.

Tel qu'il existe présentement, comme nous l'avons dit précédemment, l'INSTITUT ALBERT PREVOST, malgré ses mérites incontestables, nous apparaît être dans une position inconfortable, trop gros pour assumer le rôle d'une maison de repos ^{ou} d'hôpital privé pour clientèle choisie, mais trop petit pour bénéficier de tous les services propres au grand hôpital psychiatrique capable d'assumer les diagnostics et les traitements de la plupart des maladies curables.

Réorganisation des structures médico-administratives

Cette expression de structures médico-administratives est revenue souvent dans les témoignages donnés devant cette Commission: elle désigne les organes permanents qui facilitent les contacts entre l'administration et le corps médical. Si le conflit entre les administrateurs et les médecins à l'INSTITUT PREVOST a atteint le point de crise à l'été 1962, on peut dire qu'il ne s'agit pas là d'un cas unique dans l'histoire hospitalière, de telles situations étant fréquentes. Les relations entre médecins et administrateurs d'hôpitaux posent un problème extrêmement délicat dont la solution exige non seulement la bonne volonté de part et d'autre mais aussi une organisation adéquate et bien rodée. Ajoutons

que selon certains témoignages et certains auteurs, les difficultés sont particulièrement accrues dans les hôpitaux psychiatriques. Il nous est apparu que sur le plan des structures médico-administratives la situation à PREVOST était des plus déficientes. Rappelons seulement ici cette anomalie qui est revenue constamment dans les témoignages comme un leitmotiv: l'absence d'un directeur médical.

Nous proposons donc les structures administratives suivantes :

a)Corporation :

La composition de la corporation devra être modifiée de la façon suivante. On devra d'abord enlever les deux limites prévues dans la loi quant au sexe et quant au nombre de membres (maximum de 21 membres). Dans une première phase, les membres actuels de la corporation seraient retenus et le gouvernement provincial serait invité à désigner un nombre au moins égal de personnes choisies dans tous les milieux de la société y compris des médecins non rattachés à l'INSTITUT en aucune façon. Ces premiers membres seraient nommés pour cinq ans et seraient rééligibles. Le conseil d'administration pourra par la suite nommer tout nouveau membre.

Le rôle de la corporation est d'exercer une surveillance lointaine sur la marche de l'INSTITUT et d'y intéresser

un certain nombre de personnalités venant de tous les milieux. Cette responsabilité s'exerce en particulier par la nomination des membres du conseil d'administration.

b) Conseil d'administration:

L'autorité réelle réside dans un conseil d'administration composé d'un nombre restreint de personnes choisies pour leur compétence administrative et désireuses de consacrer beaucoup de temps à leur travail. La Commission considère qu'il ne s'agit pas là d'une tâche honorifique comme on est très souvent porté à le penser. C'est le conseil d'administration qui prend toutes les décisions affectant la bonne marche de l'INSTITUT, sauf les décisions concernant l'acte médical lui-même, qui demeure la responsabilité des médecins.

Donc le médecin a l'entière responsabilité du traitement des patients, tâche à laquelle est associé le personnel hospitalier, tel que les travailleurs sociaux, les infirmières, etc., qui participent aux traitements prescrits par le médecin et qui doivent tenir celui-ci au courant de l'évolution du patient. En conséquence, avant de prendre une décision sur une question qui, bien que de son ressort, pourrait être susceptible d'intervenir, directement ou indirectement, dans le traitement du malade,

l'administration devra en informer au préalable le médecin intéressé. Toute décision prise par l'administration sur une question de cette nature pourra être soumise au comité conjoint par le directeur médical, advenant désaccord entre le médecin traitant et l'administration.

Nous suggérons un conseil d'administration composé de sept (7) membres, dont trois (3) seraient nommés par la corporation, y compris garde Charlotte Tassé (en vertu de l'article 10 de la Loi de l'INSTITUT ALBERT PREVOST, 3-4- Elizabeth II, chap. 153) et quatre (4) choisis parmi les personnes que le gouvernement provincial aura nommées au sein de la corporation.

Le mandat des membres du conseil d'administration serait de trois (3) ans et il se renouvelerait par tiers, sauf dans le cas de garde Charlotte Tassé, nommée à vie.

Nous suggérons, à ce sujet, que le deuxième alinéa de l'article 7, l'article 8 et le dernier alinéa de l'article 9 de la Loi des hôpitaux ne s'appliquent pas à l'INSTITUT ALBERT PREVOST.

Nous n'avons pas d'objection à ce qu'un ou plusieurs membres du conseil d'administration soient des médecins, mais nous ne croyons pas qu'il soit heureux que ce médecin fasse partie du bureau médical de l'hôpital.

Notre Commission croit que si un membre du conseil d'administration est nommé par le bureau médical comme le veut le deuxième alinéa de l'article 7 de la Loi des hôpitaux ("Ce conseil comprend au moins un membre qui est un médecin désigné par le bureau médical de l'hôpital"), ce médecin peut se trouver souvent dans l'embarras, voir même dans une situation de conflit d'intérêts. En effet, si ce médecin est un chef de service, il a à transiger avec le conseil d'administration et se trouve alors dans la position d'avoir à accepter, en tant que membre du conseil d'administration, des requêtes venant de lui-même en tant que chef de service.

Si au contraire, le bureau médical désigne un simple médecin, celui-ci est appelé, en tant que membre du conseil d'administration, à donner des ordres à son propre chef de service.

Voici comment une autorité en matière d'administration hospitalière, le Dr. Malcolm-T. MacEachern, présente la question dans son ouvrage "Hospital Organization and Management", 3e édition 1957, p. 87.

A number of hospitals report favorably on the practice of having the medical staff represented on the governing board; but this policy is not in accordance with the best principles of hospital administration as recognized by hospital associations and most authorities. The following reasons constitute the major objections :

- 1.- Membership on the governing board gives undue publicity to the individual physician, thereby placing him in a position which he may not have earned by his professional efficiency and favorably affecting his private practice.

- 2.- Members of the governing board who are physicians may readily use their administrative position to promote themselves on the medical staff of the hospital.
- 3.- Physicians appointed to the governing board are often not elected by the medical staff and therefore are not regarded by the other physicians as their chosen representatives.
- 4.- Placing a physician on the governing board not only tends to create jealousy among his confreres on the medical staff, but blights the interest of other staff members who have no connection with the governing board.
- 5.- The physician-member of the governing board may be regarded by the medical staff as an inspector who is unduly critical of their work, his position thus becoming a barrier to cooperation between the medical staff and the governing board.
- 6.- When the legal responsibility imposed upon a hospital trustee is considered, it is realized that a physician who is also a trustee might be subjected under certain circumstances to a double liability.
- 7.- There is a tendency occasionally on the part of the medical representative to express his own personal judgment rather than the collective or group opinion of the medical staff which he represents.
- 8.- The hospital may encounter difficulty in adopting the commendable practice of making medical staff appointments annually if preferred physicians are retained on the governing board.
- 9.- A physician on the governing board may exert his authority in the employment of hospital personnel, which eventually may lead to charges of favoritism, thereby disturbing the morale of the institution.
- 10.- Leading hospital authorities and recognized national hospital organizations believe that it is an undesirable practice to have a member of the medical staff on the governing board of a hospital.

En réalité, la liaison indispensable qui doit s'établir entre le conseil d'administration et le corps médical peut s'établir sur d'autres bases plus satisfaisantes. Par exemple, on peut prévoir a) soit un comité conjoint de représentants du corps médical et du conseil d'administration;

b) soit un comité consultatif du conseil d'administration, composé de représentants du bureau médical et de l'administrateur de l'hôpital;

c) soit la présence aux réunions du conseil d'administration d'observateurs représentant les médecins de l'hôpital.

Une autre autorité en matière hospitalière, le Dr. Charles-U. Létourneau exprime sa préférence pour la première formule, opinion qu'il appuie de la façon suivante:

"The relationship between the board of trustees and the members of the medical staff is one of contract, whether written or implied. A well-operated hospital has on file a signed agreement with every physician who practices his art within its precincts. The physician profits from his appointment to the medical staff. The right to practice medicine on the hospital premises is the valuable consideration that he receives from the governing body of the hospital.

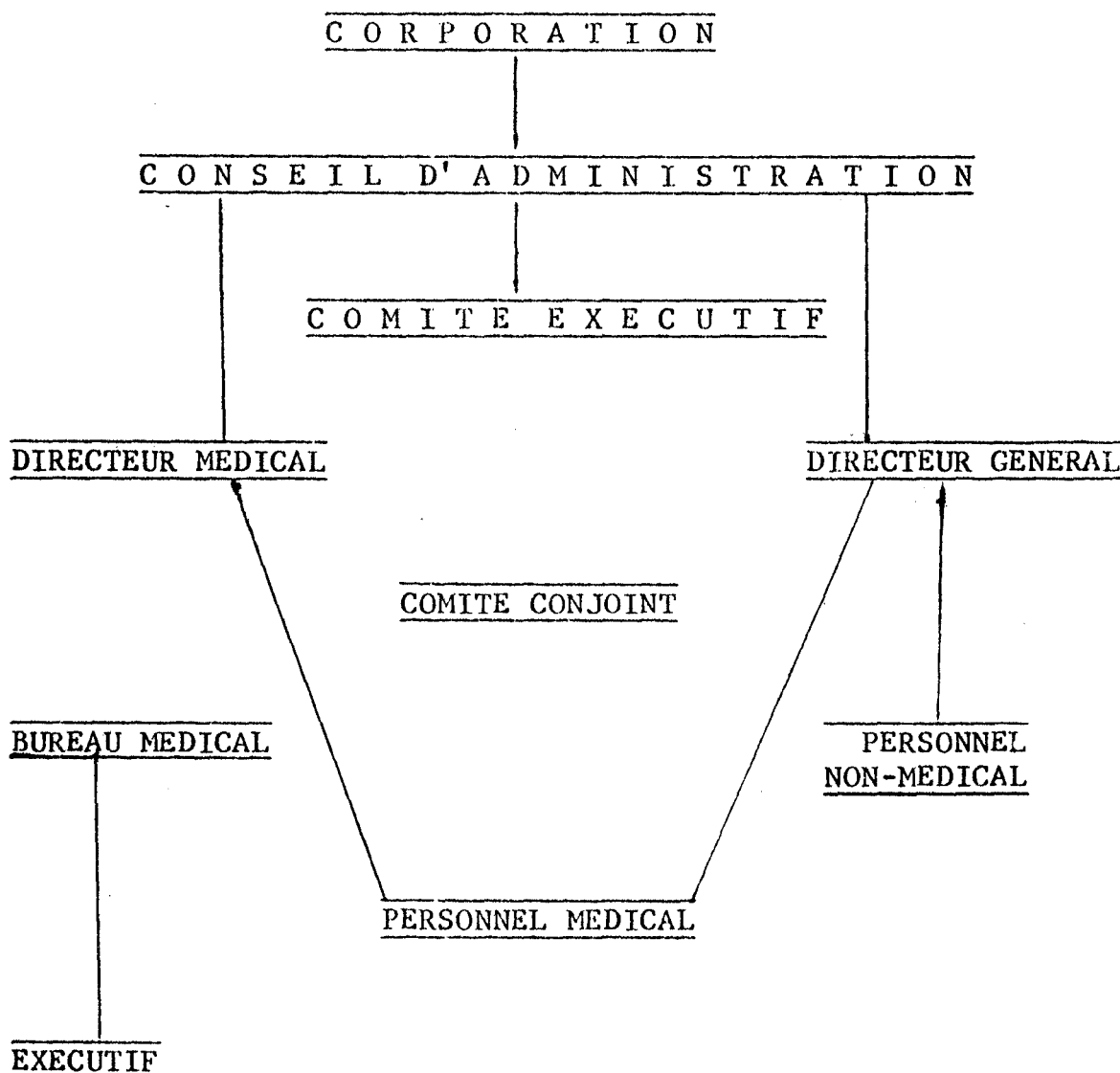
Although the privilege is difficult to evaluate, it is translatable into dollars and cents. The medical staff member who is a member of the board of trustees is thus placed in the position of disposing of hospital privileges to himself by contract. Since it is a fundamental principle of trusteeship that no one shall profit from his trust, the physician-trustee automatically violates this principle each time that he votes on his own appointment or on the privileges that are to be granted to him as an individual. Nor can he escape this stricture by refraining from voting since he is responsible collectively with the other trustees for every action taken by them."

(Trustee, février 1953 cité par MacEachern, p.89)

Par contre, feraient ex-officio partie du conseil d'administration mais sans droit de vote, l'administrateur délégué ou directeur général et le directeur médical.

Il y aurait lieu de donner au 1er alinéa de l'article 7 de la loi des hôpitaux tout son sens et toute sa portée : " Toute corporation qui maintient un hôpital public doit avoir un conseil d'administration ayant autorité complète sur la gestion de l'hôpital."

Il faut donc penser les structures médico-administratives en fonction d'une gradation des responsabilités, sous la forme pyramidale, dont on peut retrouver l'explication par le schéma ci-après :



DIRECTEUR GENERAL ou ADMINISTRATEUR DELEGUE :

Le directeur général doit avoir le pouvoir, sujet à la direction et la surveillance du conseil d'administration, de diriger les affaires de l'hôpital (sauf les attributions qui sont réservées par la loi au conseil d'administration ou à la corporation). Il emploie et renvoie les agents et employés de l'hôpital. Le conseil d'administration peut aussi lui déléguer d'autres pouvoirs. Il doit se conformer à toutes les instructions reçues du conseil d'administration et il lui fournit tous les renseignements que celui-ci peut exiger concernant les affaires de l'hôpital. En un mot, les décisions du conseil d'administration sont exécutées par le directeur-général qui est en fait un administrateur délégué. Il fait partie ex-officio du conseil d'administration, du comité exécutif s'il en est un et du comité conjoint, à titre consultatif et sans droit de vote.

Nous recommandons fortement que le nouveau directeur général ou administrateur délégué soit une personne qui n'a pas participé ni de près ni de loin au conflit. Cette remarque s'applique à l'administrateur actuel, M. Thomas de H. Pogany.

DIRECTEUR MEDICAL :

Comme nous l'avons suggéré dans notre diagramme, nous croyons que le directeur médical doit dépendre du conseil d'administration et se cantonner dans les questions

purement médicales. Il s'occupe de l'admission des malades et contrôle la qualité des soins dispensés à l'hôpital, il est le dépositaire des dossiers médicaux et contrôle leur tenue. Le directeur médical a la responsabilité des internes et des résidents et il voit à ce que l'éthique professionnelle soit scrupuleusement observée par tous les médecins de l'hôpital. Il est membre ex-officio du conseil d'administration, du comité exécutif, du bureau médical et de ses comités, à titre consultatif et sans droit de vote. Notre Commission croit que le directeur médical doit relever du conseil d'administration et non du directeur général. Nous croyons que ceci évitera des frictions inévitables plus particulièrement dans les cas où le directeur général n'est pas médecin. Nous avons constaté que les membres de la profession médicale souffrent difficilement de l'état de subordination dans laquelle la loi des hôpitaux paraît les avoir placés et comme, de toute façon, le rôle de chacun est différent, il y a un plus grand avantage à ce que le directeur médical et le directeur général répondent directement au conseil d'administration. Dans le cas particulier de l'INSTITUT ALBERT PREVOST, nous croyons que le conseil d'administration doit nommer un directeur médical après consultation avec le bureau médical. Ce directeur médical devra être un psychiatre de grande réputation, jouissant d'une expérience étendue des soins psychiatriques. Pour la bonne harmonie des relations futures

entre l'administration et le personnel médical, nous recommandons fortement qu'on choisisse un directeur médical en dehors des personnes qui ont participé de quelque façon que ce soit au conflit qui a fait l'objet de cette enquête.

COMITE CONJOINT :

Dans l'éventualité d'un nouveau conflit entre l'administration et les médecins, il serait bon de prévoir un comité conjoint composé d'un nombre égal de membres du conseil d'administration et du personnel médical. Ce comité serait chargé de poursuivre des tentatives de conciliation, à défaut de quoi on devra se prévaloir de la loi des hôpitaux pour demander la constitution d'un tribunal d'arbitrage. La Commission est d'avis en effet que si la loi des hôpitaux actuellement en vigueur avait existé au moment où le conflit a débuté, à la fin de 1961 et au début de 1962, on aurait pu arriver à une solution satisfaisante grâce à ce qui y est prévu pour la solution des conflits. L'article 11 du chapitre 44 des Statuts 10-11 Elizabeth II (1962) prévoit en effet les stipulations suivantes :

"Tout conflit entre le conseil d'administration et le comité exécutif du bureau médical d'un hôpital public sur une question médicale ou scientifique, y compris la nomination, la réinstallation ou le congédiement de personnel médical, doit être soumis à un comité conjoint formé en nombre égal de représentants de chaque parti".

"Tout tel conflit qui n'est pas réglé par le comité conjoint doit être soumis à une commission de conciliation formée d'un président et de deux autres membres nommés par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil.

L'un des membres est nommé sur la recommandation du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec et un autre sur la recommandation de l'Association des Hôpitaux du Québec ou de la Commission générale des Hôpitaux catholiques de la province de Québec".

Cette procédure nous apparaît beaucoup plus avantageuse que l'appel passionné à l'opinion publique que l'on a constaté en 1962 ou encore la procédure onéreuse de la constitution d'une commission royale d'enquête.

RELATIONS ENTRE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LE CORPS MEDICAL :

Notre Commission, à la lumière des renseignements qu'elle a obtenus, et en particulier du témoignage du Dr. Dominique Bédard, croit que les suggestions formulées précédemment sur les organismes et postes essentiels dans la structure fonctionnelle d'un hôpital peut valoir non seulement pour l'INSTITUT ALBERT PREVOST mais pour toute institution hospitalière.

Nous croyons qu'une telle structure de base est valide et, à notre avis, dans tout hôpital qui pourra la posséder, les conflits entre le conseil d'administration et le bureau médical relèveront désormais de causes étrangères à cette structure. Il faudra également trouver d'autres raisons pour expliquer le défaut d'un hôpital pour remplir son rôle véritable.

Nous ne croyons pas en fait que de doter le bureau médical d'une plus grande autorité afin de prévenir des conflits et imprimer à l'hôpital une politique plus rationnelle apporterait quelques correctifs. Bien au contraire, ce serait une grave erreur car il est essentiel de

valoriser l'autorité du conseil d'administration et non de réduire son autorité.

Il est certain que dans de nombreux hôpitaux, il existe des conseils d'administration et des administrateurs incompétents et les médecins, à cet égard, ont parfois raison de déplorer une telle situation et ses conséquences mais la solution reste toujours dans le remplacement des administrateurs par d'autres et non dans une extension induite des pouvoirs du bureau médical. Le milieu hospitalier ne modifie en rien le rôle essentiel du médecin qui est de soigner ses malades. Il oblige cependant les autorités administratives d'assurer au médecin des conditions de travail qui permettent, eu égard aux besoins des malades, le libre exercice de sa profession.

Aussi, le devoir du médecin est d'informer le bureau médical ou son exécutif des anomalies qu'il constate et à son tour le bureau médical doit transmettre ces doléances aux autorités administratives.

A notre avis, c'est là que se termine et le devoir du médecin et celui du bureau médical. Dès lors, les autorités administratives se doivent d'offrir des conditions de travail qui permettront de corriger, s'il y a lieu, les doléances soulevées par le bureau médical ou par l'un de ses membres qui a agi par son truchement.

Il faut reconnaître qu'en général les pouvoirs du bureau médical ont toujours été en conformité avec les devoirs des médecins à l'égard des malades. Nous croyons que si les médecins voulaient bien exercer ces pouvoirs plutôt que de tenter de sortir de leur domaine pour transgresser sur les responsabilités administratives, l'intérêt des malades serait plus grandement sauvegardé et bien des reproches adressés aux autorités administratives tomberaient d'eux-mêmes.

Le bon fonctionnement du conseil d'administration est très souvent dépendant de celui du bureau médical. Il importe donc que les médecins, dans leurs réclamations fassent la différence entre leurs intérêts (si légitimes que soient ceux-ci) et ceux de leurs malades.

Si nombreux que soient les reproches que l'on adresse habituellement aux autorités administratives, il en est quand même qui ne sont pas valables et qui témoignent plutôt de grandes difficultés dont les solutions ne dépendent pas de cette autorité. Les pouvoirs publics ont aussi leur part de responsabilités dans ce domaine et trop souvent les autorités hospitalières ont dû se démêler avec leur problèmes sans pour autant obtenir les crédits nécessaires.

Une entreprise hospitalière qui ne poursuit aucun but lucratif ce qui devrait être la règle, sans la moindre exception, ne se différencie de toute autre

entreprise que par ce caractère et son objet qui est le malade. Il faut donc avant tout que la direction d'un hôpital soit confiée à des personnes qualifiées en administration plutôt qu'en médecine. Il faut également que les exigences médicales soient respectées d'où :

- a) la nécessité que le poste de directeur médical soit occupé par un médecin ayant renoncé à l'exercice de sa profession pour se consacrer entièrement à cette tâche et devant rendre compte de ses actes au conseil d'administration;
- b) la nécessité pour le comité conjoint de jouer un rôle permettant aux administrateurs de ne jamais perdre de vue l'objet même de l'entreprise hospitalière;
- c) la nécessité d'un dialogue régulier entre le directeur général et le directeur médical dont les fonctions sont en fait celles du comité conjoint sur le plan des exigences quotidiennes.

Il faut reconnaître que les temps ne sont plus les mêmes et l'on doit convenir que les conseils d'administration et les administrateurs de nos hôpitaux sont composés de personnes plus compétentes et plus au fait de l'administration.

Les associations hospitalières elles-mêmes ont fait de grands progrès et ont une influence heureuse sur la gestion des entreprises hospitalières. Ceci marque une évolution qui vaut plus qu'une extension des pouvoirs du bureau médical pour aider à revaloriser le conseil d'administration d'un hôpital.

La loi des hôpitaux, malgré les imperfections que nous avons soulignées préalablement, constitue la première mesure législative sérieuse dans ce domaine. Elle est un témoignage parmi tant d'autres d'une attitude responsable des pouvoirs publics.

Nous espérons que les autres recommandations que nous avons formulées pourront servir de guide au Ministère de la Santé pour apporter des correctifs susceptibles de faire de notre système hospitalier un des meilleurs du genre. Quant aux intérêts propres des médecins, nous croyons qu'il devrait faire l'objet d'une étude spéciale. Plusieurs formules sont valables pour sauvegarder ces intérêts, mais il est, à notre avis, de première importance que l'attitude du corps médical sur toute cette question du système hospitalier soit objective et ne tende pas à protéger indûment le médecin, auquel cas il y aurait sans le moindre doute des plaintes sérieuses.

AMENDEMENTS PROPOSES :

Nous recommandons que les amendements suivants soient apportés à la loi de l'INSTITUT ALBERT PREVOST afin de la rendre conforme aux suggestions formulées plus haut.

I L'article 3 se lit actuellement comme suit :

"La corporation est présentement composée de mademoiselle Charlotte Tassé, infirmière licenciée et fondatrice; de mademoiselle Bernadette Lépine, infirmière licenciée et fondatrice; de made-

moiselle Elizabeth Caillé, infirmière psychiatrique; de madame Lucienne Nadeau, épouse de docteur Georges Deshaies, dame patronesse; de madame Gabrielle Lecourt, épouse de Stanislas Laperle, dame patronesse, et de mademoiselle Hélène Beaudoin, infirmière psychiatrique, qui constituent les seules membres de la corporation jusqu'à ce que d'autres membres aient été régulièrement nommés suivant la procédure prévue dans la présente loi."

Le nouvel article 3 pourrait se lire comme suit :

"La corporation est composée en outre des personnes qui en sont membres au moment de l'adoption de la présente loi, des vingt-deux (22) personnes nommées par le Lieutenant-gouverneur en conseil, dans le mois qui suivra l'adoption de la loi."

II L'article 6 se lit actuellement comme suit :

"Les pouvoirs de la corporation sont exercés par son conseil d'administration, lequel est composé d'au moins cinq (5) membres et d'au plus neuf (9) membres, choisis parmi les membres de la corporation. Le conseil d'administration reçoit les conseils du bureau médical, mais il possède toute autorité pour prendre ses décisions et responsabilités."

Le nouvel article 6 pourrait se lire comme suit :

"Les pouvoirs de la corporation sont exercés par son conseil d'administration lequel est composé de sept (7) personnes nommées par la corporation."

Dès l'adoption de la présente loi, le conseil d'administration sera dissous et remplacé par un conseil d'administration formé de trois personnes nommées par la corporation actuelle, y compris garde Charlotte Tassé (en vertu de l'article 10 de la Loi de l'Institut Albert Prévost, 3-4- Elizabeth II, chap. 153) et de quatre (4) personnes choisies par le gouvernement provincial par arrêté en conseil.

Le mandat des membres du conseil d'administration serait de trois (3) ans et il se renouvellerait par tiers, sauf dans le cas de garde Charlotte Tassé, nommée à vie.

Le conseil d'administration reçoit les conseils du bureau médical, mais il possède toute autorité pour prendre ses décisions et responsabilités."

III L'article 8 se lit actuellement comme suit :

"Le personnel médical de l'Institut Albert Prévost, comprend des médecins réguliers, des médecins en pratique libre ou visiteurs et des internes. Les médecins réguliers sont attachés au service de l'institut, à temps complet ou à temps partiel. Les médecins en pratique libre ou visiteurs sont appelés par les patients ou leurs familles, avec l'agrément de l'Institut. Le bureau médical comprend le directeur médical, les chefs de service, et les médecins réguliers. Le directeur médical fait partie ex-officio de la corporation et du conseil d'administration."

Le nouvel article 8 pourrait se lire comme suit :

Le texte actuel, sauf que les deux dernières phrases pourraient être remplacées par le texte suivant :

"Le bureau médical comprend les chefs de service et les médecins réguliers. Le directeur médical fait partie ex-officio à titre consultatif et sans droit de

vote du conseil d'administration, du comité exécutif, du bureau médical et du comité conjoint."

IV L'article 9 se lit actuellement comme suit :

"Le conseil d'administration peut par résolution admettre un ou plusieurs nouveaux membres de la corporation, pourvu que le nombre des membres de la corporation en exercice ne dépasse pas vingt et un; ces nouveaux membres sont élus par résolution du conseil d'administration, et la durée de leur mandat est de cinq années; les membres de la corporation dont le terme d'office est expiré peuvent être réélus membres de la corporation."

Le nouvel article 9 pourrait se lire comme suit :

Il y aurait lieu d'abroger la limite maximum de vingt-et-un (21) membres qui y est indiquée. On devrait donc y biffer les mots "Pourvu que le nombre des membres de la corporation en exercice ne dépasse pas vingt-et-un."

V L'article 10 se lit actuellement comme suit :

"La corporation fixe elle-même de temps à autre par règlement le nombre des membres élus dont se compose le conseil d'administration, en outre des deux fondatrices qui sont nommées membres à vie du conseil d'administration. Les membres sujets à l'élection sont élus par tiers, à chaque assemblée générale annuelle de la corporation, pour le terme de trois ans; par tirage au sort on établit après la première élection l'ordre dans lequel les membres élus doivent sortir d'office, de manière à établir une rotation par tiers dès la première année."

Il y aurait lieu d'amender cet article de façon à le rendre plus conforme à la pratique générale, avec la réserve cependant que la Commission n'entend pas retirer à garde Charlotte Tassé, le droit acquis d'être membre à

vie du conseil d'administration et de la corporation.

Le nouvel article 10 pourrait se lire comme suit :

"Les membres dont se compose le conseil d'administration sont élus à chaque assemblée générale annuelle de la corporation, pour le terme de trois (3) ans. Par tirage au sort on établit après la prochaine assemblée générale annuelle de la corporation, l'ordre dans lequel les membres élus doivent sortir d'office. Garde Charlotte Tassé est membre à vie du conseil d'administration."

VI L'article 11 qui se lit actuellement comme suit devrait être abrogé :

"Les membres de la corporation se recrutent parmi les dames, laïques ou religieuses, qui sont ou infirmières licenciées, ou garde-malades auxiliaires diplômées, ou amies de l'oeuvre à titre de dames patronesses; la corporation doit toujours comprendre au moins deux personnes pour représenter chacun de ces trois groupes de membres."

Le nouvel article 11 pourrait se lire comme suit :

"Les membres de la corporation se recrutent sans distinction de sexe, de race, de langue ou de religion."

VII L'article 13 se lit actuellement comme suit :

"Le quorum est de trois pour le conseil d'administration et de cinq pour une assemblée générale ou spéciale des membres de la corporation."

Le nouvel article 13 pourrait se lire comme suit :

"Le quorum est de quatre (4) pour le conseil d'administration et de douze (12) pour une assemblée générale ou spéciale des membres de la corporation."

VIII L'article 15 se lit actuellement comme suit :

"A leur démission, en reconnaissance de leurs services, la corporation devra assurer à chacune des deux fondatrices, la vie durant :
a) le logement, avec pension; b) une rente viagère égale au salaire qu'elles touchaient à leur départ."

Sans recommander d'amendement formel à cet article, la Commission suggère, vu le décès de garde Bernadette Lépine, et la démission de garde Charlotte Tassé, comme surintendante de l'INSTITUT ALBERT PREVOST, que (a) "le logement avec pension" prévu par la loi, soit fixé à un chiffre raisonnable et que garde Charlotte Tassé ne réside plus à l'INSTITUT ALBERT PREVOST. Nous croyons que toutes les parties en cause y tireraient un avantage.

Enfin, pour les raisons que nous avons données plus haut, et afin d'assurer une plus grande stabilité dans les structures médico-administratives, il y aurait lieu d'ajouter un article prévoyant que le dernier alinéa de l'article 7, l'article 8 et le dernier alinéa de l'article 9 de la loi des hôpitaux ne s'appliquent pas à l'INSTITUT ALBERT PREVOST, en attendant que ces articles soient revus à la lumière de l'expérience acquise dans l'ensemble des hôpitaux de la province.

D'autre part, vu que nous avons cru placer le directeur médical sur le même pied que le directeur général, il y aurait peut-être lieu de revoir l'article 10 de la loi des hôpitaux en ajoutant les mots "sauf le domaine médical qui relève du directeur médical". Il est certain

que si le directeur général est médecin, il n'y a aucune difficulté et il peut même cumuler les deux fonctions sans inconvénient, surtout si l'hôpital est de proportion moyenne.

PSYCHIATRIE ET UNIVERSITES :

L'enseignement et la recherche formant la double mission de toute université, il s'ensuit que ses rapports avec la psychiatrie se situeront surtout dans ces deux secteurs de l'activité humaine.

Dans notre province, l'Université McGill a admirablement bien joué son rôle de "leader" dans l'enseignement et la recherche psychiatriques et cela principalement au profit de la population de langue anglaise.

Il n'est pas possible, malheureusement, d'en dire autant des Universités Laval et de Montréal; leur action s'est pratiquement limitée à l'enseignement de la psychiatrie aux étudiants en médecine. Elles ont négligé jusqu'à récemment l'enseignement post-universitaire et doivent porter une large part de responsabilité pour la pénurie de psychiatres de langue française. Le retard considérable que notre milieu accuse dans le domaine de la recherche psychiatrique est donc imputable, dans une grande mesure, à l'apathie des universités de langue française.

Avec près de 100 psychiatres, la communauté d'expression anglaise au Québec est grandement favorisée

et cette proportion psychiatre/population de 1/7,500 est même supérieure à la norme idéale soit 1/12,000. D'autre part, les 125 psychiatres de langue française sont nettement insuffisants et constituent un rapport de 1/30,000 h.

Durant l'année 1963-64, environ \$400,000 émanant de subventions fédérales-provinciales ont été versés dans notre province, aux fins de recherches psychiatriques: 78% de cette somme étaient octroyés à l'Université McGill. Il existe malheureusement un nombre très restreint de projets de recherche et de demandes de subventions venant de psychiatres de langue française.

L'inauguration du programme d'études supérieures en psychiatrie à l'Université de Montréal, en 1963, marque une étape longtemps attendue mais il faudra encore de cinq à dix ans avant que les effets salutaires en soient ressentis au niveau de la recherche aussi bien qu'au plan des services cliniques.

Comme pour toute autre spécialité de la médecine, la psychiatrie hospitalière doit viser à atteindre une qualité de soins telle qu'elle sera alors utilisée par les universités pour fins d'enseignement; l'on ne peut prétendre que l'enseignement dispensé à l'intérieur d'un hôpital compromette le standard des traitements accordés au malade et l'expérience de tous les centres médicaux prestigieux à travers le monde confirme que non seulement ces deux activités sont compatibles mais qu'elles exercent l'une sur l'autre une action bénéfique. De plus, il est

reconnu que le recrutement du personnel spécialisé dans un hôpital devient beaucoup plus facile lorsque celui-ci participe au programme d'enseignement et de recherche d'une Faculté de Médecine.

La pénurie du personnel psychiatrique au Québec sera grandement améliorée par une affiliation plus étroite entre les Universités et les Centres de Psychiatrie, qu'ils soient à l'intérieur d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique et qu'ils soient situés dans les grandes villes ou en province.

La Commission estime que l'enseignement de la psychiatrie doit demeurer à l'INSTITUT ALBERT PREVOST. Ce n'est certainement pas au moment où les besoins dans ce domaine sont si aigus qu'on peut supprimer l'enseignement dans une institution qui, malgré tout, a fait le plus dans ce domaine à Montréal depuis quelques années. D'ailleurs, l'entraînement d'un personnel médical spécialisé doit faire partie de l'activité normale d'un centre de traitements psychiatriques quel qu'il soit, y compris les hôpitaux privés d'après les directives de l'American Psychiatry Association (standards for Hospitals and clinics 1946).

On sait que l'enseignement avait pris une importance considérable à l'INSTITUT ALBERT PREVOST; en fait, peu d'endroits à Montréal préparaient depuis quelques années autant de psychiatres à la pratique de leur profession. Il s'est trouvé cependant qu'étant donné la faible

dimension de l'institution, l'enseignement a pris peut-être à certains égards une place exagérée, ce qui était de nature à grever le budget de l'institution et à provoquer les conflits avec le conseil d'administration.

Nous basant sur les témoignages donnés devant cette Commission, nous recommandons la réorganisation complète de l'enseignement psychiatrique de langue française à Montréal. Selon des principes utilisés depuis déjà quelques années par l'Université McGill, cet enseignement doit se faire à la fois sur le plan théorique et sur le plan clinique et exige la collaboration de tous les hôpitaux de Montréal qui possèdent un département psychiatrique.

Les principes, tels qu'énoncés par le docteur D. Ewin Cameron, du Allan Memorial Institute, sont les suivants :

- 1.- "L'Université doit assumer l'entière responsabilité de la formation des psychiatres et de la reconnaissance de leur compétence.
- 2.- Les hôpitaux et autres endroits où s'effectuera la formation doivent se plier aux exigences académiques fixées par l'Université;
- 3.- L'ensemble des ressources de formation consiste en un réseau d'unités d'enseignement à travers lequel les médecins à l'entraînement doivent passer, selon le champ particulier vers lequel ils veulent se diriger éventuellement."

Les standards académiques de la profession doivent donc être établis par l'université elle-même. Pour ce faire, celle-ci doit organiser à l'intérieur de la Faculté de Médecine un département de psychiatrie dirigé par un psychiatre éminent, assisté d'un conseil spécialement affecté à cette fin, et cela sous la surveillance du conseil de la Faculté de Médecine. Une telle organisation est de nature à offrir toutes les garanties d'objectivité et de haute tenue scientifique nécessaires à un tel domaine. On n'assisterait pas alors à cette anomalie qui s'est prolongée trop longtemps selon laquelle un seul individu était à la fois responsable de l'enseignement de la psychiatrie à l'Université de Montréal, directeur scientifique de l'institution qui recueillait le plus de résidents et, en même temps, distributeur des octrois gouvernementaux pour la formation des psychiatres.

Cette concentration de fonctions entre les mains d'un seul homme peut le placer dans des situations équivoques malgré lui, et il est dangereux que des injustices soient alors commises ou, à tout le moins, que le personnage en question soit accusé d'avoir commis de telles injustices.

Il serait donc désirable que la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal crée un département de psychiatrie, aujourd'hui encore à l'état embryonnaire, y nomme un directeur dont l'expérience et les qualités personnelles le feront respecter de l'ensemble de ses confrères,

et qui répondra personnellement au conseil de la faculté. Ce département de psychiatrie aurait la responsabilité de l'élaboration des programmes, de la nomination des professeurs, et verrait à ce que tous les centres psychiatriques dispensent l'enseignement de façon à ce que les étudiants soient en contact à la fois avec des malades aigus et des malades nerveux.

Ainsi on éviterait dans l'avenir que l'on puisse dire que l'enseignement d'une discipline serait compromis à tout jamais si un certain nombre de professeurs décidait de se dissocier de l'Université ou encore décidait, comme il a été fait à l'INSTITUT ALBERT PREVOST, de démissionner en bloc. Une telle situation ne peut être tolérée dans l'avenir.

Nous ajoutons que dans l'entraînement des psychiatres on devrait prévoir une certaine rotation permettant à ceux-ci de passer par plusieurs institutions mentales, étant donné qu'aucune d'entre elles ne peut offrir la gamme complète des maladies mentales, ce qui, nécessairement, est de nature à affecter la qualité de l'enseignement.

L'Université aurait aussi la responsabilité de décerner des diplômes aux psychiatres qui ont complété leur formation dans chacun des hôpitaux. C'est l'Université aussi qui distribuerait les subventions gouvernementales aux différents candidats à la spécialisation en psychiatrie.

LE COLLEGE DES MEDECINS :

Nous avons déjà signalé qu'à l'avis de la Commission le Collège des Médecins n'a pas joué le rôle auquel on aurait pu s'attendre de lui dans le conflit qui s'est déroulé entre les médecins et l'administration à l'INSTITUT ALBERT PREVOST. Nous sommes d'avis que, si le Collège avait fait une enquête sérieuse avant de se prononcer au lieu de prendre pour certains les faits avancés par quelques-uns de ses membres, il aurait pu amener à la raison ces personnes ou tout au moins offrir des solutions de rechange au lieu de menacer l'administration de l'INSTITUT d'alerter l'opinion publique. Il est regrettable que les liens professionnels tels qu'ils existent dans une Corporation professionnelle font parfois oublier le but pour lequel cette corporation a été créée, à savoir la protection du public.

Le Collège se doit d'appliquer une surveillance sérieuse sur l'éthique professionnelle de ses membres et d'instituer ses propres enquêtes chaque fois que des accusations sérieuses sont formulées. Devant cette Commission, de telles accusations ont été proférées par certains collègues psychiatres à l'endroit d'autres collègues psychiatres du groupe de l'INSTITUT ALBERT PREVOST. Une campagne de chuchotements existe déjà depuis longtemps au sujet de certains de ces psychiatres. Les accusations en question n'ont pas été prouvées devant cette Commission; néanmoins à partir du moment où elles sont proférées le

Collège des Médecins devrait intervenir. Si les accusations en question ne sont pas fondées, il appartient au Collège de rétablir les faits, mais si elles sont fondées il appartient au même Collège d'apporter des sanctions sévères et exemplaires; dans un domaine comme celui de la psychiatrie, où l'opinion publique est parfois fort préjugée, il est tout à fait intolérable qu'on laisse planer des doutes sur l'intégrité morale et sur la compétence de l'ensemble des psychiatres.

RELATIONS AVEC L'ASSURANCE HOSPITALISATION :

D'après certains témoins, l'instauration de l'assurance hospitalisation a créé de nombreux problèmes à l'INSTITUT ALBERT PREVOST. Celui-ci a été forcé à un certain moment de changer complètement sa façon de procéder parce que beaucoup de malades qui faisaient partie antérieurement de sa clientèle se faisaient hospitaliser dans les autres hôpitaux qui étaient couverts par le système d'assurance. Mentionnons de plus que l'adhésion à l'assurance hospitalisation de la part de l'INSTITUT PREVOST a bouleversé le système de rémunération des médecins et a été à l'origine de nombreux conflits, dont la réduction du salaire du docteur Laurin, par exemple, ou la constitution d'un pool d'honoraires des médecins. Par ailleurs, nous avons pu déceler une certaine mentalité, peut-être inconsciente de la part des médecins, selon laquelle, lorsque les fonds viennent du gouvernement, l'ad-

ministration n'a plus le même droit de regard sur l'utilisation de ces fonds. Une telle attitude ne peut que conduire à l'inflation rapide des dépenses de santé si celles-ci ne sont pas contrôlées par le conseil d'administration des hôpitaux. Toutefois dans ce dernier cas, on s'expose à voir se multiplier les conflits entre le personnel médical et l'administration de l'hôpital lui-même.

La Commission se demande s'il ne serait pas opportun de réorganiser entièrement l'assurance hospitalisation de façon que l'aide du gouvernement soit dispensée selon des règles bien établies, selon des critères conciliant à la fois l'efficacité des services médicaux et une saine administration du budget hospitalier.

SERVICES PSYCHIATRIQUES ET ASSURANCE-HOSPITALISATION :

Les différents rapports découlant d'études sur les services psychiatriques dans des milieux divers sont d'avis que les avantages d'un régime gouvernemental d'assurance-hospitalisation, s'il veut être équitable, doivent s'étendre aux patients traités dans les hôpitaux psychiatriques. L'Ontario a acquiescé à cette requête depuis plusieurs mois et il est urgent que le Québec applique une telle politique.

En ce moment, le Ministère de la Santé présente à la famille de tout malade admis dans un hôpital psychiatrique, qu'elle soit indigente ou non, un état de compte pour frais d'hospitalisation; en d'autres mots, alors que

le malade sur le plan physique ou même sur le plan psychique (s'il est dans un hôpital général) peut jouir d'une hospitalisation gratuite, le malade en hôpital psychiatrique est privé de ce droit alors que précisément il est, ordinairement, de par sa maladie, plus susceptible d'être financièrement handicapé que son voisin traité dans un hôpital général. Il est évident qu'une telle discrimination ne peut subsister bien longtemps.

Il ne faudrait pas conclure, cependant, que le jour où l'Assurance Hospitalisation englobera les frais de séjour en institution psychiatrique, l'existence des Services Psychiatriques du Ministère de la Santé aura perdu sa raison d'être. La Commission croit, au contraire, que ces services, qui ont été créés surtout comme organisme de financement, devraient assumer comme fonctions principales l'organisation et la coordination de l'assistance psychiatrique à l'échelon provincial, quel que soit le cadre physique ou administratif dans lequel l'assistance sera donnée et ce, dans un Ministère de la Santé dûment planifié à tous les échelons.

Il s'ensuit que, quelle que soit la politique financière de l'Assurance-Hospitalisation vis-à-vis les agences médicales de la province, il subsistera un besoin fondamental pour que les Services Psychiatriques continuent l'oeuvre commencée il y a peine deux ans; trop longtemps l'assistance psychiatrique au Québec a souffert d'un manque de "leadership" et le champ d'action des Services Psychia-

triques ne saurait être rétréci sans conséquences néfastes pour le malade.

On peut constater que l'Ontario, même après avoir accepté les hôpitaux psychiatriques dans le programme d'Assurance-Hospitalisation, a continué de donner de l'expansion à sa Division des Services Psychiatriques qui compte déjà quatre (4) psychiatres assistés d'un personnel très nombreux. La Colombie-Britannique a élevé depuis plusieurs années au rang de sous-ministre, le responsable des Services Psychiatriques. Aux Etats-Unis, le "Commissioner of Mental Health" de chaque Etat a un statut équivalent à celui d'un ministre du cabinet.

Notre Commission est d'avis qu'il est urgent que le Ministère de la Santé soit transformé et que les responsabilités des divers départements soient coordonnées dans une forme pyramidale, sous la conduite et la direction éclairées du Ministre de la Santé lui-même.

Enfin, il est essentiel que l'Assurance-Hospitalisation fasse partie intégrante de la politique générale du Ministère de la Santé ou, tout au moins, que ses activités soient contrôlées de façon à ce qu'une planification rationnelle permette une meilleure distribution des soins hospitaliers dans notre province. Il faut espérer que ce travail s'accomplira dans un avenir très prochain.

C O N C L U S I O N

Il convient maintenant de rappeler qu'en vertu de l'article 16 de la loi des hôpitaux et sous l'autorité de la loi des Commissions d'enquête, le 10 juillet 1962, MM. André Régnier, Aristide Cousineau et Esdras Minville furent d'abord nommés commissaires pour tenir la présente enquête sur l'administration de l'INSTITUT ALBERT PREVOST.

Ils furent tous trois dûment assermentés et donnèrent avis de la tenue de leur première réunion pour le 27 juillet 1962, au Nouveau Palais de Justice à Montréal.

Or, le 24 juillet 1962, sur requête de Gardes Charlotte Tassé et de Bernadette Lépine, un bref de Quo Warranto fut émis par la Cour Supérieure du district de Montréal et adressé, entre autres, aux trois Commissaires ci-haut mentionnés et concluant à leur déqualification et à ce qu'ils soient déclarés inhabiles à remplir cette dite fonction de commissaires, pour le motif que le Lieutenant-gouverneur en conseil avait agi ultra vires en nommant ainsi plus d'un commissaire.

Ce Quo Warranto fut contesté et les Commissaires ayant décidé de suspendre leur enquête pour attendre la décision de la Cour Supérieure sur ce Quo Warranto, un arrêté en conseil en date du 12 décembre 1962, portant le numéro 2103, accorda un délai additionnel de six mois aux-dits commissaires pour faire leur rapport, alors que le délai originaire avait été fixé au 10 janvier 1963.

Le 17 mai 1963, cependant, le Commissaire Esdras Minville, pour cause de santé, démissionna. Le 5 juin 1963, l'Honorable Juge Reid, de la Cour Supérieure, rendait jugement sur ce Quo Warranto et le rejeta.

Le 11 juin 1963, le Lieutenant-gouverneur de cette Province, de l'avis et du consentement de son conseil exécutif exprimé dans un décret portant le numéro 979, accepta ladite démission de M. Esdras Minville et nomma en ses lieu et place M. Roland Parenteau, économiste, d'Outremont, commissaire pour faire ladite enquête avec M. André Régnier, juge de district de Saint-Jean, et Aristide Cousineau, financier, d'Outremont. Ce décret fixait au 6 décembre 1963 le délai pour faire rapport et par l'arrêté en conseil numéro 2000, daté du 13 novembre 1963, ce délai fut porté au 1er juin 1964.

Le 26 septembre 1962, le Procureur général de cette Province autorisait l'ajournement de cette enquête sur l'INSTITUT ALBERT PREVOST à plus d'une semaine lorsque la chose serait jugée nécessaire au cours de ladite enquête.

Cette enquête s'est déroulée à Montréal, au Nouveau Palais de Justice, et l'audition des témoins exigea 16 jours d'enquête. Vingt-huit témoins furent entendus et la transcription des notes sténographiques couvre 2671 pages.

Nous nous sommes en outre réunis à diverses reprises pour analyser cette preuve et discuter l'opportunité de faire certaines recommandations dans notre rapport.

Nous avons été assités très efficacement dans notre tâche par notre conseiller juridique, Me Emile Colas, qui s'est déployé sans relâche dans l'exercice de son mandat. Son concours nous a été précieux et nous l'en félicitons.

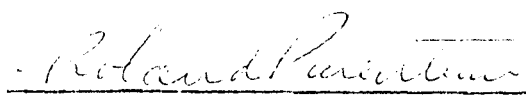
Nous devons aussi signaler la participation de Me Marc Lalonde, comme représentant des psychiatres à plein temps. Il nous a exposé la cause de ses clients avec beaucoup de soin, de persistance et de tact. De son côté, le Bâtonnier John Ahern a défendu avec vigueur le comportement de son client, l'INSTITUT ALBERT PREVOST, dans les diverses phases qui ont été l'objet de notre enquête. Nous sommes heureux de les en féliciter tous deux.

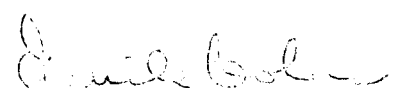
Le dévouement des nombreux médecins qui ont sacrifié une partie importante de leur temps pour nous exposer leurs vues sur les différents problèmes que nous avons à envisager ne saurait être ignoré. Nous avons hautement apprécié leur science et les opinions qu'ils nous ont données. Nous les en félicitons sincèrement et les en remercions.

Montréal, Mai 1964.


André Régner, Juge de District


Aristide Cousineau.


Roland Parenteau.


Emile Colas, conseiller
juridique.