



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mercredi 12 février 2014 — Vol. 43 N° 77

Consultations particulières sur les conditions de vie
des adultes hébergés en centre d'hébergement et de
soins de longue durée (4)

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 12 février 2014 — Vol. 43 N° 77

Table des matières

Auditions (suite)	1
Réseau FADOQ	1
Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)	5
Curateur public	10
Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)	20
Mme Catherine Vanasse	28

Autres intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

Mme Diane Gadoury-Hamelin

Mme Marguerite Blais

Mme Hélène Daneault

Mme Stéphanie Vallée

M. Yves Bolduc

Mme Suzanne Proulx

M. Roland Richer

- * M. Maurice Dupont, réseau FADOQ
- * M. Danis Prud'homme, idem
- * M. Claude Ménard, RPCU
- * M. Pierre Blain, idem
- * M. Normand Jutras, Curateur public
- * Mme Céline Cazes, bureau du Curateur public
- * Mme Claire Loubier, idem
- * Mme Véronique Dupras, idem
- * M. Pierre Lamarche, idem
- * M. Jacques Frémont, CDPDJ
- * Mme Claire Bernard, idem
- * M. Daniel Carpentier, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 12 février 2014 — Vol. 43 N° 77

**Consultations particulières sur les conditions de vie
des adultes hébergés en centre d'hébergement
et de soins de longue durée (4)**

(Douze heures cinq minutes)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Collègues, la commission est réunie afin de procéder à des consultations particulières et auditions publiques sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

Le Secrétaire : Non, M. le Président.

Auditions (suite)

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, je souhaite la bienvenue au réseau FADOQ. Pour les fins de transcription, est-ce que vous pourriez nous donner vos noms et vos titres? Et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation. Alors, le micro est à vous.

Réseau FADOQ

M. Dupont (Maurice) : Alors, Maurice Dupont, président du réseau FADOQ. Tout d'abord, je tiens à remercier la commission de nous donner l'opportunité de pouvoir exprimer notre position aujourd'hui. Je suis accompagné du directeur général, Danis Prud'homme, et ainsi que de notre attachée politique, Caroline Bouchard, qui m'assisteront pour la période de questions.

Le réseau FADOQ est un regroupement volontaire de personnes de 50 ans et plus dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie de ses membres et, par voie de conséquence, de l'ensemble des aînés québécois. À ce jour, le réseau FADOQ compte plus de 285 000 membres et est présent partout au Québec.

Le présent avis se veut une réflexion au sujet des conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le réseau FADOQ accueille favorablement l'initiative de la commission, qui doit permettre d'améliorer de façon tangible et concrète la qualité de vie en CHSLD. Des gestes doivent être posés, une démarche concrète doit être entreprise et des résultats doivent découler des actions posées. Il en va de la qualité de vie des quelque 45 000 personnes qui sont contraintes de vivre en CHSLD, compte tenu de leur condition médicale précaire.

Le réseau FADOQ met de l'avant quatre grands axes de réflexion qui déclinent les principes fondamentaux de la qualité de vie adéquate selon l'Organisation mondiale de la santé. Il s'agit :

- 1° des soins de santé adéquats;
- 2° de la nécessité d'une sécurité accrue;
- 3° de l'importance de favoriser le bien-être; et finalement
- 4° celui de faciliter l'appartenance par l'entremise d'un milieu de vie adéquat.

Ce sont les quatre principes fondamentaux de notre contrat social en faveur d'une qualité de vie adéquate pour les aînés du Québec. Il nous semble pertinent de rappeler ces principes et de tenir compte de leur incidence sur la qualité de vie en CHSLD. Par ces recommandations, nous souhaitons pousser la réflexion et inspirer votre gouvernement devant le défi de créer de réels milieux de vie, des endroits où nous aimerions vivre nous-mêmes. La qualité de vie en CHSLD relève de ce que nous voulons donner comme sens à la vie et à sa fin. Dans ce contexte, la qualité de vie est tributaire de soins de santé adéquats et intégrés dans un continuum de soins.

D'abord, le réseau FADOQ tient à rappeler qu'il est fondamental pour les personnes en perte d'autonomie d'avoir un lieu de résidence adapté à leurs besoins particuliers, et cette garantie doit se concrétiser par un accès réel aux services de soins de santé. En ce sens, une réflexion sur la coordination des services doit se faire parallèlement à celle que nous entreprenons au sein de cette commission. Les conditions de vie en CHSLD ne s'amélioreront que lorsqu'une symbiose existera entre les différents services qui auront comme objectif de traiter la personne dans toute sa complexité.

De plus, nous sommes d'avis que les CHSLD doivent offrir des soins palliatifs de fine pointe, ainsi que des programmes d'accompagnement de fin de vie afin de favoriser la dignité et la qualité de vie. D'ailleurs, dans son mémoire *Les soins de fin de vie, une avancée pour la dignité*, le réseau FADOQ soulignait l'importance de vivre dans la dignité avant de mourir dans la dignité. Nous savons que plusieurs Québécois n'ont pas accès à de tels soins, indissociables d'une qualité de vie adéquate.

En plus, nous sommes inquiets de constater le bris de services de soins de longue durée devant la demande croissante. Afin d'être en mesure d'y répondre, nous recommandons que de nouvelles institutions soient créées et que plus de lits soient rendus disponibles.

• (12 h 10) •

Dans un deuxième temps, il nous semble fondamental d'offrir un soutien adéquat et complet aux prestataires de soins. Ainsi, nous recommandons qu'un plan d'accompagnement et de développement soit mis sur pied afin de gérer les cas de frustration et d'exténuation. Les emplois auprès des résidents en CHSLD doivent être attrayants, valorisants et motivants. Les conditions de vie non seulement des résidents, mais également des prestataires de soins, doivent être considérées dans l'équation que nous tentons de résoudre aujourd'hui.

En octobre dernier, le réseau FADOQ se prononçait en faveur du projet de loi n° 399, Loi visant à enrayer la maltraitance des personnes vulnérables hébergées dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous sommes d'avis que le projet de loi devra être appuyé et entériné par le gouvernement. Nous croyons que ce projet permettrait de renforcer la prévention de la maltraitance en institution, de la dénoncer, et ce, de manière sécuritaire. Deuxièmement, la dénonciation doit pouvoir se faire par l'entremise d'un processus de plainte accessible et transparent. Le sentiment de sécurité s'en trouverait renforcé et aurait une incidence réelle sur la qualité de vie.

Nous avons tous un rôle à jouer dans la protection de nos parents et amis qui vivent en CHSLD. Autrement, bien que rassurés par la transparence dont fait preuve le gouvernement en publiant ces rapports d'accidents et incidents, nous croyons fermement qu'un suivi doit être fait auprès des institutions concernées afin d'éviter que les conclusions ne soient taillées en même temps que les rapports.

En dernier lieu, nous tenons à préciser que l'imputabilité des gestionnaires doit être renforcée. Ces derniers doivent être tenus responsables des écarts en matière de sécurité, de mauvaise gestion et de qualité de vie en général. Nous sommes persuadés qu'une plus grande responsabilisation des cadres concernés permettrait la mise en oeuvre de programmes de surveillance plus efficaces.

Favoriser le bien-être des résidents. Le principe du bien-être se fonde sur la nécessité d'établir les balises d'un minimum de confort que l'on doit garantir aux résidents en CHSLD. Ainsi, au même titre que les résidences privées pour aînés, les CHSLD devraient bénéficier d'une certification rigoureuse qui évalue, premièrement, les critères sociosanitaires et, deuxièmement, une autre tout aussi complète évaluant strictement la qualité de vie des bénéficiaires. Un programme d'évaluation de la qualité de vie permettrait de mettre en lumière différentes manières d'améliorer ou de favoriser la qualité de vie dans ces établissements.

Dans le même ordre d'idées, nous recommandons qu'un plan d'intégration soit fait lors de l'arrivée du patient afin de lui proposer un plan d'intervention selon ses besoins et tenant compte de sa réalité. Autrement, le réseau FADOQ reçoit de nombreux témoignages concernant différents enjeux touchant les aînés. Certains d'entre eux nous ont particulièrement choqués. Des conjoints de bénéficiaires se voient recommander de divorcer afin de réduire les frais de résidence dans les CHSLD. Ainsi, des gens mariés depuis 30 ans, 40 ans ou 50 ans même doivent être légalement divorcés pour pouvoir maintenir une qualité de vie décente pour les deux individus. De fait, comme les revenus familiaux sont pris en compte lors de l'évaluation des paiements mensuels, le conjoint se voit forcé de contribuer lourdement au bien-être de son ou sa conjoint ou conjointe, parfois au détriment de sa propre qualité de vie. Il nous semble illogique d'en arriver là. Nous devons rester vigilants devant cette réalité et trouver des solutions adéquates à de telles situations.

En dernier lieu, il semble impératif que, dans le cheminement complet du bénéficiaire, le choix et l'autonomie soient deux principes fondamentaux et respectés. L'importance de prendre ses propres décisions est fondamentale pour le bien-être d'un individu. Nous devons favoriser les opportunités de choix dans le processus de soins aux bénéficiaires. Ainsi, il est possible que le plan d'intervention puisse être modulé en fonction de la volonté de la personne en question. Qui plus est, la personne doit pouvoir participer le plus possible à ses traitements et soins. Par exemple, il est plus long de laisser le patient à faible motricité se laver lui-même. Cependant, il s'agit d'un élément crucial dans la préservation de l'autonomie et du sentiment de dignité. Il est par conséquent important de maintenir, et ce, par différents moyens adaptés à la condition de la personne, un sentiment d'accomplissement, de réalisation de soi, de valorisation personnelle et d'autonomie.

Faciliter l'appartenance par la création d'un réel milieu de vie. D'abord, il importe de se poser la question : Qu'est-ce qu'un milieu de vie? Le réseau FADOQ préconise la définition de la Fédération des CHSLD, qui va comme suit : Recréer un milieu de vie qui soit le plus possible adapté aux besoins et aux désirs de la personne en perte d'autonomie, à l'intérieur des contraintes de la vie en groupe.

Ainsi, un sens critique et une flexibilité sont exigés de la part du personnel et des gestionnaires afin d'offrir ce milieu de vie qui se rapproche le plus possible d'un foyer naturel. Malheureusement, trop souvent, les conditions actuelles, dues notamment à la rareté des ressources et souvent par la vétusté des lieux, contribuent à ce sentiment de non-appartenance tant évoqué. Nous devons considérer le milieu de vie comme faisant partie d'un ensemble de conditions qui, une fois réunies, permettent à l'individu de s'approprier son lieu de résidence. Et il ne faut en aucun cas que les bénéficiaires aient l'impression de quitter l'hôpital pour le mouvoir. Il faut au contraire encourager le sentiment d'appartenance par l'aménagement de lieux sereins où les parents et amis ont envie de rendre visite à leurs proches et bien souvent de continuer à tenir le rôle de proches aidants.

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

M. Dupont (Maurice) : En conclusion, la qualité de vie dans les CHSLD doit rester une priorité et à l'ordre du jour. Nous devons en faire un havre de bien-être. Cette commission est une belle occasion de faire preuve de créativité et d'innovation, de sorte à modifier les modèles de gestion et d'aménagement afin qu'ils se rapprochent de la réalité des personnes, très souvent en fin de vie pour ce qui est des aînés hébergés. Osons nous inspirer de nouveaux modèles afin d'adapter les structures existantes pour répondre à une demande croissante.

La manière dont nous considérons les soins de longue durée reflète notre rapport au sens à la vie, à la mort ainsi qu'à la place qu'occupent les personnes âgées, et souvent très âgées, au sein de la société. Nous devons à tout prix leur

assurer une qualité de vie digne, sécuritaire, confortable et chaleureuse. Nous avons tendance à considérer les soins de longue durée lorsqu'une crise survient, et ce n'est qu'alors que nous décidons de discuter de la qualité de vie des aînés. Il doit y avoir une volonté intrinsèque des instances gouvernementales et de la population afin de réformer les CHSLD.

En terminant, nous avons un souhait : nous nous attendons du Québec qu'il fasse preuve de leadership en la matière. Son deuxième rang en tant que société industrialisée qui vieillit le plus rapidement le justifie. Pour cela, tous doivent mettre l'épaule à la roue afin de faire de ces environnements des lieux accueillants où il est possible d'être bien. Alors, merci, M. le Président, messieurs dames.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. Dupont. Alors, pour le bloc ministériel, Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. Alors, merci d'être là, M. Dupont, M. Prud'homme, Mme Bouchard, merci de nous faire part de vos préoccupations. J'ai retenu deux choses dans votre mémoire, entre autres, qui m'ont frappée. Vous avez parlé d'une approche d'innovation, et non de désolation, et je peux vous dire que la présente commission, c'est dans cet esprit-là qu'on a entrepris les travaux de la présente commission. Donc, à ce niveau-là, nous nous rejoignons. Je peux aussi vous rassurer parce que, depuis que la commission a commencé à entendre les groupes, on a entendu de belles initiatives dans différents milieux, et je peux vous dire que c'est dans cet esprit-là aussi qu'on a le goût de s'inspirer des bons coups pour être capables de transposer les bons coups aux endroits où ça va moins bien.

Alors, dans ma première question... Vous soulevez dans votre mémoire l'importance d'offrir un milieu de vie adéquat dans nos CHSLD. Nous avons entendu certains groupes précédemment nous en parler, nous parler des difficultés de l'application de l'approche de milieu de vie dans les établissements, que c'est à géométrie variable, tu sais, ce n'est pas appliqué partout de façon équitable. Alors, j'aimerais connaître votre appréciation de cette approche dans le réseau actuellement.

Le Président (M. Bergman) : M. Dupont.

M. Dupont (Maurice) : Alors, je vais laisser...

M. Prud'homme (Danis) : Alors, en fait, si on regarde au niveau de ce qu'on veut et ce qu'on cherche, je pense qu'on voit actuellement que, les ressources étant limitées d'un côté, on a des choix à faire. Concernant ces choix-là — et je vais l'amener à un niveau plus élevé — au niveau de la qualité de vie qu'on veut comme société, qu'est-ce qu'on veut se donner comme vision pour les 30, 40, 50 prochaines années?

Quand on regarde au niveau de ce qu'on parle aujourd'hui, les CHSLD, oui, c'est une petite pointe de l'iceberg, si j'ose dire, parce que ça englobe beaucoup plus que ça. Lorsqu'on fait des investissements pour améliorer une qualité de vie, par exemple quand on parle des CHSLD, on va avoir d'autres personnes qui vont tenter de faire ce qu'on appelle du clivage intergénérationnel, c'est-à-dire — puis c'est... aucun mépris dans ce que je dis : Les vieux coûtent cher, puis c'est ça qui nous coûte cher aujourd'hui, puis...

Alors, je pense qu'on a beaucoup de travail à faire, dans un premier temps, sur la sensibilisation de la population, à savoir, quand on prépare une société pour le vieillissement, qu'on puisse amener l'être humain dignement jusqu'à la fin, c'est pour toute la société qu'on le fait et tout le monde va en bénéficier. Dans un premier temps, c'est ce qu'il est important de laisser penser. Et, quand on regarde au niveau des CHSLD, bien, effectivement, comme on a dit, pour nous, présentement, il y a plusieurs CHSLD, quand on va là... en fait, on n'a même pas le goût d'y aller — on va le dire comme ça. Et demandez à nos gens, à des gens sur la rue, c'est la chose la plus horrible qu'ils voient de leur vie. Ils veulent mourir avant de s'y rendre. Donc, on dénote bien qu'il y a un malaise, là, qu'on doit corriger comme société.

• (12 h 20) •

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Effectivement, je pense qu'on a à renverser la vapeur, parce que, depuis quelques jours, on entend aussi de belles choses. On a entendu des CHSLD venir nous parler de leurs initiatives où ils ont mis plein de gens à contribution, autant des comités de résidents, des comités de bénévoles, plein de gens à contribution, puis les proches aidants aussi, des familles, qui sont très présents dans la vie au quotidien au CHSLD. Puis, en tout cas, moi, ce que j'observe, c'est que je pense que c'est une solution, quand on met tous ces gens-là à contribution et puis qu'on va tous dans la même direction, de se centrer sur la personne aînée qui est au CHSLD puis qui a besoin d'avoir un milieu de vie au quotidien convivial, et attirant, et englobant. Je suis d'accord avec vous qu'on a des choses à corriger puis des améliorations à apporter. Ça, je ne le nie pas du tout, du tout. Quels sont, selon vous, les éléments incontournables, là, qui manquent aux CHSLD pour offrir un milieu de vie, là, tel que vous le souhaiteriez?

Le Président (M. Bergman) : M. Prud'homme.

M. Prud'homme (Danis) : Bien, écoutez, premièrement, que, où on va, l'endroit ressemble d'un milieu de vie, et non pas, comme on mentionnait, d'un mouiroir. Et je tiens à préciser qu'effectivement il y a plusieurs CHSLD qui font une très bonne job, en bon français, on ne dénigre aucun CHSLD. Ce qu'on dit, c'est qu'au niveau d'harmoniser les pratiques on sait que, dans certains CHSLD, il y a des pratiques très positives envers quoi on veut aller, mais par contre ce n'est pas élargi à tous les CHSLD, donc, et c'est là le rôle de l'État de s'assurer qu'on harmonise les pratiques.

Et, quand on parle d'harmoniser, c'est-à-dire de s'assurer, par exemple, que des préposés aux bénéficiaires et ceux qui donnent les soins soient formés en conséquence, non pas en général, parce que je pense qu'en général on peut

en avoir, des gens qui offrent des soins généraux, mais je pense que, dans certaines particularités de maladies, de gens qui se retrouvent avec certaines pertes cognitives, par exemple, ou d'autres, on doit focuser les gens qui sont plus formés — on va le dire comme ça — pour prendre soin de ces gens-là, pour différentes pathologies.

Quand on dit de mêler tout le monde sur certains étages, bien, on voit que, dans certains autres endroits, on fait des unités particulières selon les pathologies, qui portent avantage justement à prendre mieux soin de ces gens-là. Donc, on regarde au niveau de la formation, au niveau de comment on traite les gens. Évidemment, un des problèmes qu'on rencontre beaucoup, c'est que les gens sont pratiquement minutés, le temps qu'ils passent avec un patient, une personne en CHSLD. Et on entend, et je n'en mentionnerai même pas, mais on entend des choses, dire : Bien, je n'ai pas le temps, donc telle chose doit se passer... Ce n'est pas la façon de traiter un humain. On n'est pas des robots. Donc, la première chose à corriger, quoiqu'il y en a qui le font très bien, mais c'est d'harmoniser, qu'on traite l'humain comme un humain, lui donner un vrai milieu de vie, qu'on le fasse participer comme tel. Et, oui, il y a des endroits où les gens vont participer, autant les gens qui sont là que leurs proches...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

M. Prud'homme (Danis) : Donc, c'est d'harmoniser ça.

Le Président (M. Bergman) : Alors, pour le bloc de l'opposition officielle, Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Blais : Merci, M. le Président. M. le président Dupont, M. Prud'homme, Mme Bouchard, merci d'être ici. Je ne l'aurais pas abordé, mais, puisque vous le faites aux pages 10 et 12, ça concerne le projet de loi n° 399. On va l'aborder, puisque vous l'avez inscrit dans votre mémoire. Je pense que, quand on parle d'ânés, il faut s'élever au-dessus de toute partisanerie politique. D'ailleurs, la commission est une commission qui veut justement faire en sorte de bonifier les bonnes actions, puis corriger qu'est-ce qui va moins bien, puis examiner aussi les jeunes qui se retrouvent en CHSLD versus les ânés. Pourquoi, d'après vous, il serait bon d'adopter un projet de loi qui veut contrer la maltraitance envers les personnes vulnérables dans le réseau de la santé et des services sociaux?

Le Président (M. Bergman) : M. Prud'homme.

M. Prud'homme (Danis) : Enfin, j'oserais dire que l'initiative de s'assurer qu'on veille à la sécurité, de façon générale et complète, aux gens qui se retrouvent dans des positions où eux-mêmes ne peuvent pas nécessairement prendre soin de leur personne et de leurs droits, c'est une façon, en s'assurant de mettre des mécanismes bien clairs, bien transparents, et une obligation, en fait, dans la personne qui travaille dans un CHSLD ou toute personne qui est autour du CHSLD, dans les opérations et voit les choses... puisse mettre de l'avant de façon très sécuritaire et surtout de ne pas se sentir mal à l'aise d'amener quelque chose qui n'est pas correct. En fait, ça va aussi simple que ça.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Blais : Et, j'imagine, de faire en sorte que les bénévoles, les professionnels de la santé soient également protégés, de pouvoir garder leur emploi s'ils signalent une situation de négligence ou de maltraitance.

Vous avez parlé d'harmoniser les pratiques. Puis cette idée m'est venue à l'esprit, ça fait une couple d'années, d'ailleurs, que ça me trotte dans la tête, parce qu'on a souvent entendu des critiques par rapport à l'alimentation dans les CHSLD, là, des CHSLD où on investit plus d'argent que d'autres. Ce n'est pas harmonisé partout à travers le Québec. Est-ce que vous seriez en faveur d'une loi concernant l'alimentation, pour sécuriser un montant d'argent qui ferait en sorte qu'à tous les jours c'est le même montant d'argent puis qu'il y ait aussi, au niveau diététique, une harmonie au niveau de l'alimentation dans l'ensemble des CHSLD du Québec?

Le Président (M. Bergman) : M. Prud'homme.

M. Prud'homme (Danis) : Bien, je pense qu'il doit y avoir... je ne sais pas s'il y a une loi, ou une politique, ou quelque chose du genre qui s'assure... Parce qu'on le voit, quand il y a des coupures à faire — et c'est dans les journaux — les endroits où les gens peuvent couper, c'est souvent malheureusement dans les fournisseurs, la nourriture, ces choses-là. Donc, oui, je pense que ça prend un minimum afin d'assurer la bonne alimentation.

Puis j'irais plus loin. Souvent, on va simplifier au niveau de l'alimentation, mais pour des raisons de simplicité — je vais le dire comme ça — des gens qui n'ont plus les bons dentiers, des gens qui n'ont plus de dents, des gens... Et là c'est parce qu'on est sur d'autres comités. Et je fais allusion à la santé générale de la personne, quand elle est dans un CHSLD, que ce soient les dents, que ce soit de la laver quotidiennement, c'est des choses aussi importantes que ça quand on parle d'harmoniser les pratiques.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Blais : La raison pour laquelle je vous ai parlé de ça, c'est que nous avons fait un projet pilote sur trois ans. Évidemment, ce n'était pas un montant énorme, c'était 3 millions par année, mais ça permettait de faire des

initiatives dans les CHSLD au niveau de l'alimentation. Certains choisissaient, par exemple, avec une diététiste, de faire de nouveaux menus, d'autres choisissaient de travailler sur l'alimentation pour les personnes qui ont des problèmes de dysphagie. Alors, il y avait, comme ça, des initiatives. Mais je pense qu'on doit aller plus loin par rapport à l'alimentation, c'est quelque chose d'essentiel. Je veux vous entendre parler sur... vous dites : Renforcer l'autonomie...

Le Président (M. Bergman) : ...temps pour un commentaire, Mme la députée. Alors, je passe la parole à Mme la députée de Groulx.

Mme Blais : Alors, on a fini?

Le Président (M. Bergman) : Vous avez le temps pour un commentaire.

Mme Blais : Alors, ce que je retiens, c'est qu'il faut renforcer l'autonomie, mais l'autonomie dans la liberté de choix et l'autonomie... qui sont dans l'épanouissement de soi, je retiens ça, qui est quelque chose d'essentiel, et de créer de véritables milieux de vie. Mon Dieu, que ça passe vite! Merci.

Le Président (M. Bergman) : Pour le deuxième groupe d'opposition, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci. Nos collègues vont comprendre la situation. Merci, M. le Président. Merci de votre présence aujourd'hui. Je comprends votre intervention très bien par rapport à une qualité, de créer un milieu de vie dans les CHSLD. Je suis d'accord avec les collègues qui nous disent : Il y a effectivement, au Québec, des beaux exemples et il y aurait des exemples à suivre. Et, afin d'uniformiser, parce que, bon, finalement, on réalise qu'à certains endroits on permet un horaire variable, c'est-à-dire qu'on ne force pas les gens... Parce que, vous savez, les gens qui sont atteints de démence souvent n'ont pas d'autre maladie connexe et pourraient très bien se coucher à 10, 11 heures, même voire 1 heure du matin, et, dans certains CHSLD, c'est permis.

C'est aussi le traitement de l'errance. Certains endroits, au lieu de faire des contentions qu'on appelle soit chimiques ou physiques, on permet aux gens d'errer, et tout ce qu'on fait, quand ils sont fatigués, on vient les recoucher dans leur lit. Puis, le lendemain matin, bien, on les laisse dormir un peu plus tard, puis finalement on a évité les contraintes, on a évité les situations de stress chez ces personnes-là et on a évité aussi les situations de crise. Est-ce que vous seriez d'accord à ce que ce mode de CHSLD qu'on retrouve dans certains CHSLD soit uniformisé à l'ensemble du Québec?

Le Président (M. Bergman) : M. Prud'homme.

• (12 h 30) •

M. Prud'homme (Danis) : Comme j'ai mentionné, je pense qu'il est important — et vous en avez mentionné une, pathologie — c'est-à-dire selon les critères ou les... j'allais dire les habiletés ou les aptitudes que les gens perdent ou selon la maladie qu'ils ont, effectivement ça appelle à des conditions de vie différentes, autant du côté de l'autonomie que du côté de certaines réglementations. Donc, oui, il faut se baser sur les bons coups pour que les gens puissent... et non pas de façon volontaire au niveau de la gestion des CHSLD, mais obligatoire, de mettre en place les bons milieux de vie pour les bonnes personnes.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. M. Dupont, M. Prud'homme, Mme Bouchard, merci d'être ici avec nous aujourd'hui et de partager votre expertise avec nous.

Et je demande aux gens du Regroupement provincial des comités des usagers pour prendre la place à la table. Et, collègues, je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 12 h 31)

(Reprise à 12 h 32)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je souhaite la bienvenue au Regroupement provincial des comités des usagers.

Messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Vous avez 10 minutes pour faire votre présentation, suivie d'un échange avec les membres de la commission. Pour les fins d'enregistrement, j'ai besoin de vos noms et vos titres. Et les prochaines 10 minutes, c'est à vous.

Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

M. Ménard (Claude) : Merci beaucoup. Bonjour, M. le Président. Claude Ménard, président du Regroupement provincial des comités d'usagers, et je suis accompagné du directeur général, M. Pierre Blain.

Quelle société le Québec veut-il pour ses personnes âgées, ses personnes aînées? Mmes, MM. les députés de l'Assemblée nationale, en vous posant cette question qui préoccupe toute la population, le Regroupement provincial des comités des usagers du réseau de la santé et des services sociaux veut connaître aussi votre opinion sur ce sujet sensible.

D'entrée de jeu, le Regroupement provincial des comités des usagers prend position pour un Québec généreux, attentif et reconnaissant envers ceux et celles qui, tout au long de leur vie, ont bâti notre société. Le RPCU se place du côté de ces hommes et de ces femmes qui ont trimé dur et qui, à l'ultime étape de leur cheminement, se retrouvent en perte d'autonomie et doivent laisser leur foyer pour venir habiter en CHSLD.

Le RPCU appuie votre démarche de vérifier les conditions de vie en CHSLD, mais nous devons d'abord vous faire part d'une préoccupation. Nous avons souvent l'impression que les décideurs sont parfois plus préoccupés par les coûts engendrés par l'offre de services que par les services qui devraient être offerts aux personnes âgées, que celles-ci vivent à domicile ou en centre d'hébergement.

Le RPCU vous rappelle, parlementaires, que c'est vous qui, au bout du compte, prenez les décisions, adoptez les budgets et orientez ainsi les politiques. C'est vous qui avez entre vos mains les conditions de vie des aînés et qui influencez en bien ou en mal leur vie. Nous sommes heureux de constater que cette commission parlementaire n'est pas devenue un spectacle où l'anecdotique prime sur la réalité ou encore le cas isolé qui devienne la règle.

Il est par contre malheureux d'entendre des organisations utiliser les personnes vulnérables pour se faire du capital politique ou pour faire la manchette des journaux. La vie des personnes âgées en résidence est trop précieuse pour être gérée à la petite semaine. Un cas de maltraitance, c'est un cas de trop. En faire une manchette ne changera en rien la situation. Au contraire, elle confortera l'idée de la population en général que les CHSLD n'offrent pas des soins de qualité aux personnes qui y résident. Nous savons tous que ce n'est pas le cas. La vraie question à se poser est : Quelles conditions de vie souhaitez-vous, au Québec, pour nos personnes âgées, nos personnes aînées qui vivent en CHSLD?

M. Blain (Pierre) : Pourquoi avoir des CHSLD? Le Québec s'est doté de centres d'hébergement pour accueillir des personnes en perte d'autonomie qui ne pouvaient plus vivre chez elles. Un CHSLD répond donc à des besoins. La mission première d'un CHSLD est d'offrir un hébergement à des personnes en perte d'autonomie. On y offre aussi des soins, car les personnes hébergées en ont besoin.

Nous croyons, au RPCU, que les CHSLD remplissent bien, en général, leur mission. En effet, comment pourrions-nous dire que notre système est si pourri, alors que d'anciens gouverneurs généraux, premiers ministres, ministres, journalistes ou même vous et moi y mettons nos personnes âgées? Nous aimerions tous les garder à la maison, mais il faut se faire à une réalité : le choix d'une place en CHSLD est souvent la seule option après avoir épuisé toutes les ressources personnelles et communautaires que nous trouvons dans l'environnement d'origine de la personne.

Rien n'est parfait. Toutefois, le RPCU croit que l'approche milieu de vie, en soi, est la bonne voie à emprunter. Nous avons été toutefois surpris de constater qu'il n'existe pas vraiment de définition d'«approche de milieu de vie», d'«approche commune». Nous avons trouvé toutefois une actualisation de ce concept dans le cahier *L'approche milieu de vie*, préparé par le CSSS du Sud-Ouest—Verdun, qui est : «Un chez-soi chaleureux et rassurant dans lequel l'environnement humain et physique offre aux résidents des opportunités de continuer à exercer leurs choix tant dans leur vie privée que dans leur vie sociale.» Voici en peu de mots ce qu'est l'approche du milieu de vie. Et d'ailleurs les orientations ministérielles d'octobre 2003 y font référence.

Pour nous, implanter l'approche de milieu de vie est ce qu'il faut faire. Donc, il faut s'éloigner de ce que nous appelons l'esprit comptable. Bien sûr, il faut gérer serré le budget, le RPCU le reconnaît, mais, avant tout, c'est une approche basée sur la personne, et tout doit être mis en place pour que la personne y trouve son compte. Penser d'abord à la personne, c'est faire en sorte que son confort et l'inclusion soient les premières valeurs préconisées; c'est faire en sorte que l'on ait le personnel nécessaire pour offrir les services et les soins; c'est faire en sorte qu'on ait tout le matériel nécessaire pour rendre les bons services; ce n'est pas compter les couches, mais plutôt les changer; c'est faire en sorte de ne pas laisser les personnes âgées à elles-mêmes, sans loisirs; c'est aussi leur offrir des soins dentaires et des soins de podiatrie.

On a parfois l'impression qu'une personne âgée, admise en CHSLD, ne fait plus partie de la société. Au contraire, elle devrait pouvoir continuer à en faire partie et à contribuer à son avancement. L'approche milieu de vie le permet. Il faut donc que les services en CHSLD en tiennent compte. Pour cela, nous avons d'ailleurs présenté quelques projets, comme Briser l'isolement ou Visitez nos aînés.

Pour réussir l'approche milieu de vie, la clé du succès se trouve dans l'adaptabilité des services et des soins. Personnaliser les différentes interventions demande leur adaptabilité, adapter les besoins à la personne et non pas à l'organisation. L'approche milieu de vie, d'ailleurs, devrait favoriser l'émergence de petites unités de vie et de soins. Les résidents seraient regroupés selon leurs affinités et aussi selon la lourdeur de leur état de santé, et cela permettrait bien sûr au personnel de mieux répondre aux besoins. Et d'ailleurs les exemples que vous avez vus, de succès, répondaient à ces besoins-là.

Les CHSLD doivent s'adapter à l'alourdissement de la clientèle. C'est ça qui est la partie la plus importante. En effet, le manque de personnel est flagrant. À notre point de vue, le travail réel de l'approche milieu de vie s'effectue surtout par les préposés, puisque c'est à leur niveau que se posent les actes quotidiens d'assistance. L'approche milieu de vie repose donc en grande partie sur les épaules des préposés, et nous croyons qu'ils devraient être mieux motivés, avoir plus de formation et qu'on pourrait aussi faire en sorte de ne pas travailler en silo, mais d'avoir des équipes qui pourraient, justement, travailler au mieux-être d'un ensemble de personnes.

Et surtout, ce qui compte dans la relation, c'est la relation entre le résident et le personnel, c'est la qualité du moment, être présents complètement à ces moments. La qualité de la relation avec le résident ne demande pas plus de temps ni plus d'argent, elle demande une présence, pas être au téléphone quand on nourrit quelqu'un. Et, par conséquent, il faut que les gestionnaires, en CHSLD, soient sur le terrain à exercer un contrôle strict de la qualité. S'ils le faisaient, ils seraient moins surpris d'apprendre que, lors des visites d'appréciation, la qualité des services observés n'est pas ce qu'ils pensent, eux.

Donc, le contrôle de la qualité. Et c'est pour ça que l'apport des comités des usagers et de résidents est si important à l'intérieur de ces organisations. Cette tâche est importante, parce que les résidents sont souvent en perte d'autonomie et n'ont plus de voix — je prends l'expression de Mme Blais — et ils sont là pour transmettre cette voix. De par notre expertise terrain, le RPCU est convaincu que les comités des usagers et de résidents doivent faire l'évaluation de la satisfaction des services à l'intérieur des CHSLD. Et d'ailleurs nous avons proposé une avenue au ministère à cet effet, malheureusement nous n'avons pas encore eu d'actualisation à ce sujet-là.

Je voudrais terminer rapidement sur la maltraitance. La seule forme de maltraitance qui n'est pas présentement dénoncée est la maltraitance institutionnelle. Faire des économies de personnel pour répondre aux contraintes budgétaires — parce que les vieux dorment la nuit — en est un exemple. Ne pas réorganiser les services, c'en est un autre exemple. Nous avons pris un engagement de lutter contre la maltraitance, les comités des usagers aussi, et nous serons là pour vous aider à continuer ce travail-là. Conclusion, monsieur.

• (12 h 40) •

M. Ménard (Claude) : Vivre en CHSLD pour une personne âgée est un deuil, le deuil de son autonomie, le deuil de vivre seule, le deuil du contrôle de sa vie. Il faut donc que l'on puisse lui offrir le plus de possibilités pour vivre dans un milieu substitut. Le RPCU croit qu'en général les services offerts en CHSLD sont bons. Il faut que l'approche milieu de vie soit mieux intégrée partout à travers le Québec — il y a des beaux exemples, on pourra en discuter tantôt. Il faudra donc qu'il y ait une définition commune de cette approche.

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

M. Ménard (Claude) : Le contrôle de la qualité est essentiel pour permettre le plein épanouissement de la personne hébergée en CHSLD, lui offrir de bons services et la mettre à l'abri de la maltraitance. Cela demande du personnel engagé, et le regroupement y croit que c'est possible.

Le Président (M. Bergman) : Alors, merci pour votre présentation. Maintenant, pour le bloc ministériel, Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. Bonjour, M. Ménard, M. Blain, merci d'être présents. Écoutez, le temps qui nous est proposé est très restreint, ça fait que je vais aller au coeur d'une préoccupation que j'ai particulièrement. Il y a plein d'autres sujets dont je voudrais vous entretenir, mais... Vous avez parlé tantôt des visites ministérielles d'appréciation de la qualité. Moi, la question... j'ai une double question. La question que j'ai : Est-ce que certains CHSLD, suite à ces visites-là, sont en mesure de rétablir des situations qui sont inadéquates?

Et, le deuxième volet de ma question, parce que je veux être certaine que vous allez pouvoir avoir le temps d'y répondre. Je crois que votre organisme participe à ces visites ministérielles d'évaluation des CHSLD depuis plusieurs années. Je veux savoir si vous considérez que c'est une bonne mesure qui favorise la mise en place du respect, là, de l'approche milieu de vie. Parce qu'hier on a eu un autre groupe partenaire qui a participé à la commission et qui... C'est un groupe qui était présent aux visites ministérielles d'évaluation, puis il a laissé sous-entendre aux membres de la commission qu'il était interdit à son groupe de donner des informations quelconques touchant leur implication à travers ces visites d'évaluation là. Je vous dirais que ça a fait réagir des membres de la commission, ça nous a préoccupés. Même, il semblait mentionner qu'ils étaient complètement bâillonnés. Donc, ça nous a fait un peu nous questionner, beaucoup même, je dirais. Alors, je voudrais savoir si, dans votre groupe, c'est la même situation. Puis pouvez-vous nous parler de cette politique de non-dévoilement?

Le Président (M. Bergman) : M. Blain.

M. Blain (Pierre) : Un premier commentaire. Mme Blais sait très bien qu'on ne m'empêche pas de parler quand je veux bien...

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Blain (Pierre) : ...et d'autres aussi au niveau des cabinets ministériels. Donc, oui, on va rétablir la situation. Nous ne sommes absolument pas bâillonnés. Mais je vais vous donner plutôt... passer la parole à quelqu'un qui, jusqu'à présent, en a fait six visites. Donc, il est mieux en mesure que moi d'y répondre. Nous sommes très contents de faire partie de ces visites. Ces visites-là ont été amorcées, dans le temps, avec M. Bolduc qui les a mises en place pour répondre à des situations précises, et maintenant nous avons le résultat d'une continuité.

Le Président (M. Bergman) : M. Ménard.

M. Ménard (Claude) : Alors, j'ai eu le privilège, à partir de décembre 2012, de faire partie du comité qui a mis en place la grille des partenaires, qui est maintenant incluse dans la grille ministérielle. Alors, au courant de 2013, avec deux autres organismes partenaires, on a travaillé cette grille-là et, à partir de l'automne dernier, nous avons testé, nous avons validé cette grille-là. Le 7 et le 9 janvier dernier, l'ensemble des évaluateurs des différents organismes partenaires ont reçu une formation. Et, depuis le 13 janvier, nous sommes partie prenante de toutes les visites ministérielles.

Oui, je voudrais corriger le tir, nous avons notre place à l'intérieur de ces visites-là. Ce qui est certain, c'est qu'il y a eu une transformation au niveau des visites d'évaluation, ce n'est plus des visites d'appréciation, c'est des

visites d'évaluation. Alors, à l'intérieur de la grille ministérielle, il y a certains points que j'ai ici, mais que... Comme la grille est confidentielle, je ne peux pas, là, divulguer les éléments de cette grille-là. On a le plein pouvoir sur cette grille-là.

On rencontre la direction générale, on rencontre les comités de résidents, on a la possibilité de parler aux résidents, aux membres de familles et aux bénévoles. En fin de journée, lors de la mise en commun, c'est nous qui présentons les observations du volet de notre grille qui est à nous. En même temps, il y a le constat lorsqu'on se promène à l'intérieur de cette installation-là. Alors, on peut et on a le privilège de partager ce qu'on voit. Ce qui est certain, c'est que c'est l'évaluateur ministériel qui va animer la rencontre bilan avec la direction générale, c'est l'évaluateur ministériel qui va rédiger le rapport.

Mais, pour en avoir fait, effectivement, des visites, jamais je ne me suis senti restreint au niveau de mes commentaires. Ce qui est certain, je pense qu'on travaille en équipe, chacun va partager ses observations, ce qu'il a pu retenir. Puis, de participer, au niveau des pistes d'amélioration qui peuvent être identifiées, je ne me sens pas compromis à l'intérieur de ça.

Effectivement, on ne mange pas avec les résidents, mais on mange la même nourriture que les résidents. Pourquoi? Parce que, un, les visites sont tellement condensées maintenant que, même durant l'heure du dîner, on va continuer à travailler au niveau des différentes observations qu'on va avoir pu constater à l'intérieur. Puis ce que je peux vous dire, c'est qu'au niveau de la nourriture la qualité est autrement de ce que je prévoyais.

Ce qui est certain, ma vision, au niveau de ma perception de comment se vit le milieu de vie à l'intérieur du CHSLD, elle est complètement différente aujourd'hui. Ça fait...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

M. Ménard (Claude) : Ça fait six ans que je suis à la présidence du regroupement. Et, à partir du moment où je suis à l'intérieur des CHSLD et que je vois ce qui se vit, comment ça se vit, comment ça se passe, je peux vous dire que ma perception a complètement changé. Et c'est malheureux d'avoir entendu des oui-dire à l'intérieur de la commission, sur des rapports ou des choses comme ça, alors que la réalité, elle est sur le terrain.

Le Président (M. Bergman) : M. Blain, il reste du temps pour une courte, courte intervention.

M. Blain (Pierre) : Tout simplement pour vous dire que la seule chose qu'on nous demande, c'est de la confidentialité dans ce qu'on recueille. Parce que, comme organisation, ce n'est pas à nous, ensuite de ça, de se servir de ça pour aller sur la place publique. C'est la seule chose qu'on nous demande, pas plus, et c'est normal.

Le Président (M. Bergman) : Maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Blais : J'ai comme l'impression que cette information a circulé pendant la nuit puis ça atterrit ici, aujourd'hui, en commission parlementaire, parce qu'hier soir tout le monde est parti un peu sceptique, puis là, wouh! la question nous revient. Mais c'est intéressant avec...

Bonjour, M. Blain, M. Ménard, toujours heureuse de vous voir. C'est vrai que je vous ai donné le qualificatif... Le comité des usagers, c'est finalement la voix des sans-voix. Et l'importance que le comité des usagers prenne sa place. Quand vous faites les visites ministérielles, puisqu'on est partis là-dessus, vous êtes accompagnés... je pense qu'il y a deux autres groupes avec vous. Alors, il y a un représentant de la conférence des tables. C'est bien ça?

• (12 h 50) •

M. Blain (Pierre) : Oui, c'est ça.

Mme Blais : Et le troisième groupe?

M. Blain (Pierre) : Conseil provincial des malades.

Mme Blais : Le conseil...

M. Blain (Pierre) : Des malades... De protection, pardon.

Mme Blais : Bien non, c'est...

M. Blain (Pierre) : Oui, oui, le CPM, ceux qui étaient...

M. Ménard (Claude) : Le CPM.

Mme Blais : C'est qui?

M. Blain (Pierre) : Le CPM.

M. Ménard (Claude) : Oui, oui, l'organisme que M. Brunet représente.

Mme Blais : D'accord. O.K. Donc, si je comprends bien, il y a une petite divergence, mais on ne prendra pas tout notre temps pour entrer là-dedans, là. On ne prendra pas le temps pour aller là-dedans. L'important, je crois, c'est que vous faites des visites, vous avez la liberté d'aller partout, vous avez la liberté de colliger vos informations. Ces visites-là, qui ont été mises en place par l'ancien ministre qui est ici, à côté, est-ce que vous croyez qu'elles étaient essentielles et qu'elles sont essentielles?

Le Président (M. Bergman) : M. Ménard.

M. Ménard (Claude) : Lorsque, tantôt, j'ai mentionné qu'il y a une différence, aujourd'hui, entre les visites d'appréciation par rapport aux visites d'évaluation — puis je vais répondre en même temps à une première question qui a été posée — le fait que les recommandations sont présentées au niveau des directions, il y a tout le rôle du représentant de l'agence qui est là également, qui, lui, se doit d'assurer le suivi au niveau des recommandations. Alors, je pense que, un, lorsqu'on a entendu, au niveau de la commission, qu'il y a des recommandations qui ont été faites huit ans passés puis qu'il n'y a pas eu de suivi, bien là, je me dis, la formule gagnante aujourd'hui fait en sorte qu'un des représentants de l'agence, qui siège également au niveau de... qui fait partie de l'équipe ministérielle, va assurer le suivi des recommandations.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci, M. le Président. J'aimerais vous entendre rapidement sur les besoins différents des gens de moins de 65 ans qui sont hébergés. Comme comité des usagers, je suis persuadée que vous pouvez nous en dire beaucoup, et moi, c'est l'aspect qui m'intéresse particulièrement.

Le Président (M. Bergman) : M. Blain.

M. Blain (Pierre) : Vous avez tout à fait raison, et c'est le cœur... Parce qu'on oublie toujours qu'il y a au-delà de 10 % de la clientèle qui n'est pas des personnes âgées, et leurs besoins sont différents, et il faut justement pouvoir les réunir selon leurs affinités. Et, pour eux, dans beaucoup de cas aussi, parfois les services ne sont pas adaptés. Prenons un exemple : l'Internet. Bon, certains ont les moyens de le payer, d'autres n'ont pas les moyens; le wifi, la même chose. La musique qu'ils entendent, ce n'est pas Michel Louvain, c'est peut-être plus Britney Spears, je ne le sais pas. Mais c'est ce genre de chose là.

Oui, ces gens-là ont fait un choix. Parce que ce ne sont pas des personnes inaptes qui vont vivre dans un CHSLD. Ils ont décidé, parce qu'ils avaient besoin de services, d'y aller. Donc, autrement dit, s'ils ne voulaient plus avoir ces services-là, ils partiraient. Ils ont des soins, ils ont des services, et il faut juste pouvoir les adapter. Et ça, c'est important. C'est au niveau des loisirs qu'on peut le faire, c'est au niveau du comité des usagers, et c'est là où la voix citoyenne peut s'impliquer, c'est souvent eux qui vont pouvoir, justement, représenter les autres. Donc, oui, mais il faut qu'on leur donne des services, mais il faut qu'on les regroupe d'abord.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx, pour le deuxième groupe d'opposition.

Mme Daneault : Merci, M. le Président, c'est vraiment rapide. Je voudrais juste vous entendre... Évidemment, vous avez entendu beaucoup de gens, vous avez eu la chance de faire des visites, d'évaluer. Selon vous, votre recommandation, la priorité sur laquelle on devrait agir en tant qu'élus, ça serait laquelle?

Le Président (M. Bergman) : M. Blain.

M. Blain (Pierre) : Le personnel...

Le Président (M. Bergman) : M. Ménard.

M. Blain (Pierre) : Le personnel, former le personnel, lui donner du temps, de passer du temps avec le personnel. Ça, c'est la chose la plus importante. Foglia a fait, un jour, un texte absolument extraordinaire parce que Michel Roy, qui est l'ancien ambassadeur, qui est l'ancien journaliste, vivait en CHSLD, à Sherbrooke, et il avait vu comment le personnel était dévoué, dans certains cas. Et c'est là... Notre seule richesse, c'est le personnel, investissons dans ce personnel-là, faisons en sorte de bien les former, mais aussi de bien les surveiller, contrôle de la qualité.

Le Président (M. Bergman) : M. Ménard.

M. Ménard (Claude) : Si on me permet de rajouter. La formation, elle est importante, mais je pense que ça a été mentionné, puis je réitère, je pense que c'est tout le coaching qui se doit d'accompagner l'ensemble des formations. Ce n'est pas parce qu'on est formé une journée qu'on va intégrer l'ensemble des processus, etc. Alors, une de mes recommandations serait surtout tout l'accompagnement au suivi, là.

Le Président (M. Bergman) : Alors, M. Ménard, M. Blain, le temps s'est écoulé, merci d'être ici avec nous, aujourd'hui, de partager votre expertise.

Collègues, compte tenu de l'heure, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures, aujourd'hui. Et on ne peut pas laisser nos documents ici pendant l'heure de lunch.

(Suspension de la séance à 12 h 55)

(Reprise à 15 h 10)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, la commission reprend ses travaux.

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de procéder à des consultations particulières et auditions publiques sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Alors, on reçoit maintenant le Curateur public du Québec avec une délégation, mais une bienvenue spéciale à notre ancien collègue à l'Assemblée nationale, Me Jutras, ancien ministre gouvernemental. Alors, je vous souhaite une bienvenue spéciale, notre ancien collègue.

Alors, vous avez 10 minutes pour faire votre présentation, suivie d'un échange avec les membres de la commission. Pour les fins d'enregistrement, on a besoin de vos noms, vos titres. Et le prochain 10 minutes, c'est à vous, Me Jutras.

Curateur public

M. Jutras (Normand) : Alors, merci, merci, M. le Président. Alors, M. le Président, Mmes, MM. les parlementaires, membres de la commission, alors je m'identifie en premier, Normand Jutras, et je suis le Curateur public du Québec. Alors, je vous présente les personnes qui m'accompagnent. À ma droite lointaine, Pierre Berger, directeur des politiques et du développement; ici, à ma droite immédiate, Véronique Dupras, qui est curatrice déléguée et qui est à la Direction territoriale de Montréal; Mme Claire Loubier, qui est curatrice déléguée également, du bureau de Sherbrooke; et Mme...

Mme Cazes (Céline) : Céline Cazes.

M. Jutras (Normand) : ...Céline Cazes — je m'excuse — Céline Cazes, qui est curatrice déléguée aussi, qui est du bureau de Québec; Gilles Brunet... Gilles Brunet, qui est de ce côté-là, qui est conseiller en développement des politiques; Pierre Lamarche, qui est directeur du service aux personnes.

Alors, M. le Président, je suis accompagné aujourd'hui, de façon principale — quoique les autres intervenants sont très importants aussi — de curatrices déléguées qui sont les employées du Curateur public sur le terrain, auprès des personnes que le Curateur public représente. Notre mémoire, en fait, il a été préparé avec elles et s'appuie sur leurs témoignages et leurs observations. Ces curatrices rendent visite aux personnes inaptes que le Curateur public représente. Elles sont en contact avec le personnel des CHSLD et vont donc souvent dans ces lieux.

Aussi, pour la présentation puis la préparation du présent mémoire, j'ai aussi consulté le comité de protection et de représentation, qui est prévu par la Loi sur le Curateur public. Ce comité a pour mandat de me conseiller en matière de protection et de représentation des personnes inaptes. Ce comité est composé de six personnes, médecins, travailleurs sociaux, infirmières, avocats, qui ont une connaissance et une expérience du vécu des personnes inaptes, entre autres celles qui vivent en CHSLD.

Alors, d'abord, quatre éléments que je veux vous exposer. Premièrement, le Curateur public a développé, à travers les années, une excellente collaboration avec les CSSS, et cela est heureux, car nous nous occupons à bien des égards des mêmes personnes. Deuxièmement, le Curateur public n'est pas un évaluateur de CHSLD. Nous y rendons visite à des personnes que nous représentons et nous sommes à même de voir ce qu'il en est de l'endroit où elles vivent et comment elles y sont traitées. Troisièmement, par ailleurs, nous constatons des variations importantes entre les CHSLD sous plusieurs aspects, de sorte que souvent la force de l'un peut être la faiblesse de l'autre. Ainsi, ce que nous disons dans notre mémoire ne s'applique pas nécessairement à l'ensemble des CHSLD. Enfin, nous constatons que les CSSS ont fait des efforts au cours des dernières années pour améliorer les services d'hébergement, le personnel y travaille fort, mais nous observons des lacunes.

Je voudrais aussi faire un bref rappel de ce qu'est le Curateur public et de ce que fait le Curateur public. Le Curateur public voit à la protection des personnes inaptes, c'est-à-dire les personnes incapables de s'occuper d'elles-mêmes ou de leurs biens. Nous avons, à l'égard de ces personnes, un devoir de protection, voir à leur meilleur intérêt, protéger leurs droits, les faire valoir si besoin est, administrer leur patrimoine, tout en sauvegardant le plus possible leur autonomie. Et toutes ces décisions que nous prenons pour ces personnes, nous les prenons toujours dans leur intérêt.

Il y a 13 000 personnes, au Québec, qui sont sous un régime de protection publique, c'est-à-dire qui relèvent du Curateur public, dont 3 338 qui vivent dans des CHSLD. 40 % d'entre eux, ce sont des déficients intellectuels; 30 %, des gens qui ont des problèmes de santé mentale; 20 %, des gens qui ont des problèmes de maladie dégénérative, Alzheimer ou démence sénile; 10 %, des traumatisés crâniens. Cependant, au cours des dernières années, ce que nous remarquons, à chaque année, 50 % des nouveaux régimes que nous ouvrons, c'est pour des cas de maladie dégénérative, et ce, évidemment en raison du vieillissement de la population. Ces personnes, nous nous en occupons au quotidien. Nous percevons leurs revenus, administrons leur patrimoine, nous payons toutes leurs factures, médicaments, pensions, logement, vêtements, nous faisons leurs rapports d'impôt, d'où finalement ces visites que nous faisons à ces personnes, là, qui vivent dans des CHSLD.

Quant aux personnes qui sont sous un régime de protection privé, alors, en fait, c'est quand un proche ou un membre de la famille a accepté de prendre la charge, elles sont au nombre de 12 500, au Québec, mais il y en a 2 300 qui

vivent en CHSLD. Ces personnes-là, cependant, c'est rare que nous avons l'occasion de les visiter parce que les gens de la famille s'en occupent.

Alors, trois axes dans notre mémoire : d'abord, la sauvegarde de l'autonomie des personnes inaptes; l'approche du milieu de vie; et le contrôle de la qualité et la protection de la personne.

Alors, concernant la sauvegarde de l'autonomie de la personne, c'est une obligation que nous fait l'article 257 du Code civil de voir à faire en sorte que, le plus possible, l'autonomie des personnes inaptes soit sauvegardée. Il en va de même pour le réseau de la santé et des services sociaux. Cet élément, à mon avis, il est capital, d'autant plus qu'il est étroitement lié à la dignité de la personne. Alors, trois éléments à l'intérieur de ce chapitre.

L'approche du personnel. Ce que nos curatrices déléguées constatent, évidemment, c'est qu'il y a une volonté de la part du personnel de respecter les désirs des résidents. Malheureusement, ce qu'elles constatent, c'est que l'approche de soins souvent prédomine. Aussi, l'approche de prise en charge prédomine plutôt qu'une approche d'accompagnement.

Le plan d'intervention. Alors, le plan d'intervention, il est prévu à l'article 102 de la Loi sur les services de santé et services sociaux. C'est là, à notre avis, un outil essentiel. On y identifie les besoins de la personne, les objectifs, les moyens à prendre, la durée prévisible. Ce plan, d'ailleurs, permet une meilleure coordination et une continuité des interventions, et il faut évidemment le mettre à jour, c'est ce que la loi, d'ailleurs, prévoit. Cependant, ce que les curatrices déléguées constatent, c'est que, malheureusement, trop souvent, cet outil n'est pas utilisé à son plein potentiel dans tous les CHSLD et, encore là, c'est très variable d'un CHSLD à l'autre.

Et, troisièmement, le choix de l'hébergement. La période de transition — que j'appelle de transition — est souvent néfaste pour les personnes inaptes, à savoir quand la personne passe d'un hôpital à un hébergement temporaire, à un lit de transition, à un lit d'évaluation. Souvent, ces personnes, durant cette période, sont très déstabilisées et même peuvent perdre des acquis. Aussi, il nous apparaît important — et d'après les constats que nous avons faits — que les personnes soient dirigées vers les ressources qui leur conviennent vraiment, plutôt qu'une ressource qui ne convient pas nécessairement mais le but est plutôt de libérer un lit d'hôpital. Alors, nous suggérons donc... nous recommandons donc que ces périodes de transition soient minimisées le plus possible et que les personnes soient vraiment dirigées vers les ressources qui leur conviennent.

Deuxièmement, l'approche milieu de vie. Le concept milieu de vie doit s'incarner dans toutes ses dimensions, autant dans l'organisation du travail que dans les services, dans les relations du personnel avec les résidents et dans l'acceptation de l'environnement physique. Autrement dit, le milieu de vie, ce n'est pas seulement de décorer la chambre au goût de la personne, c'est aussi une organisation qui sait et peut combler tous les besoins des résidents. Ce sont des repas au rythme et au goût des résidents, c'est aussi du personnel en nombre suffisant et aussi bien formé, qui peut bien répondre aux besoins des résidents, et c'est aussi la présence de membres de la famille et de bénévoles.

• (15 h 20) •

Et le troisième axe de notre mémoire, le contrôle de la qualité et la protection de la personne. Les curatrices déléguées n'ont pas observé de cas de maltraitance tels que rapportés dans certains journaux. Cependant, lorsqu'elles constatent des lacunes, elles en font part au personnel. Ces lacunes sont souvent dues au manque de personnel ou encore à une formation inadéquate. Enfin, pour empêcher les cas d'abus financiers, des plans d'intervention ont été mis en place pour protéger les personnes inaptes, et ces plans d'intervention, nous les avons mis en place avec les intervenants du réseau.

En conclusion, M. le Président, nous constatons que l'approche du milieu de vie en CHSLD, elle progresse, mais de façon inégale dans le réseau, et qu'il reste encore des améliorations à apporter. Tout d'abord, l'approche milieu de vie, à laquelle nous avons accordé beaucoup d'importance dans notre mémoire, ce que nous disons : Le Curateur public insiste pour que les évaluations et ensuite les services qui sont offerts accordent une place prépondérante à la stimulation et à l'expression des capacités résiduelles. Et nous disons aussi qu'il existe de nombreux exemples de personnes représentées que l'on disait incapables et qui, dans les limites de leurs capacités, ont vraiment amélioré leur autonomie lorsque le contexte y était favorable.

Une autre priorité qui nous apparaît, c'est que l'environnement physique, il contribue largement à l'expression des capacités des résidents. Les qualités de l'aménagement des espaces communs, des espaces individuels, des voies de communication des uns aux autres encouragent la mobilité, la cohabitation et la participation à des activités.

Le plan d'intervention représente également un outil fondamental, mais il n'est pas toujours utilisé ni révisé. Nous considérons que le plan d'intervention est une occasion de réfléchir aux besoins et aux intérêts de la personne et d'agir en fonction de ceux-ci.

Alors, je vous remercie donc de votre attention. En terminant, nous voulons, le Curateur public, saluer le dévouement des préposés, des infirmières auxiliaires, des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux et des autres professionnels, avec qui, je le répète, nous avons une bonne collaboration, qui font un travail exigeant et qui accompagnent les personnes que nous représentons.

Alors, nous sommes prêts à la discussion, M. le Président. Et, comme je vous le mentionnais au début, je suis accompagné de curatrices déléguées, qui sont les personnes sur le terrain et qui seront prêtes aussi à répondre à vos questions.

Le Président (M. Bergman) : Merci pour votre présentation. Maintenant, pour le côté ministériel, Mme la députée de Masson, pour une période de questions.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. Mesdames, bonjour, M. Jutras. Alors, écoutez, merci d'être là, merci de venir nous faire part de vos observations, qui semblent aller beaucoup dans le même sens que les gens qu'on a entendus jusqu'à maintenant. Il y a des principes qui reviennent toujours : C'est à géométrie variable, il y a des CHSLD qui sont des milieux de vie un peu plus adéquats que d'autres. Alors, nous, notre objectif ici, à cette commission-ci, c'est

de s'inspirer des bons coups puis d'essayer de répéter les bons coups à des endroits où est-ce que ça va moins bien. Alors, c'est l'objectif de notre commission, et on espère bien pouvoir trouver des solutions pour améliorer la situation.

J'ai quelques questions à vous poser. Alors, vous avez parlé, dans votre présentation, qu'on était plus dans une approche de soins, que vous observez dans les CHSLD. C'est ça qui primait lors de vos visites et de vos présences. Pouvez-vous m'en parler plus en détail, de cette approche-là, qui semble s'éloigner du milieu de vie?

Le Président (M. Bergman) : Me Jutras.

M. Jutras (Normand) : Oui, bien, premièrement, Mme la députée, j'étais heureux d'entendre que notre constat correspond aussi à ce qui s'est dit, alors on peut en conclure que c'est un constat réaliste qui est fait non seulement par le Curateur public, mais aussi par les autres intervenants qui ont témoigné devant cette commission.

Mais l'approche de soins, effectivement, ce que nous constatons, elle est souvent très présente. Même, une des membres du comité de protection qui est médecin disait : Souvent, les horaires de la journée sont conçus en fonction du plan des soins infirmiers et souvent les infirmiers et préposés aux bénéficiaires, là, tous ces intervenants-là. Alors, remarquez que c'est un... ça se comprend jusqu'à un certain point, parce que, coudon, des gens qui sont là ont besoin de trois heures et demie de soins par jour et même plus, alors on comprend donc que la présence, qu'on peut dire, médicale, elle se fait sentir.

Mais ce que nous constatons aussi, c'est qu'il y a souvent une approche, de la part du personnel, de faire à la place des personnes plutôt que de faire faire. Bien, si on veut faire faire, ça prend du personnel qui a le temps de le faire. Alors, je vous donne juste un exemple qu'on me rapportait. La personne a été hospitalisée, elle revient dans son CHSLD, elle n'est plus capable de marcher. Bien, si on veut l'inciter à recommencer à marcher, ça prend du temps, tu sais, puis même, des fois, il faut la convaincre de cela, tu sais, parce que la personne, à un moment donné, peut être découragée ou peut renoncer, en quelque sorte, à ses capacités. Alors, non seulement c'est de la faire marcher, mais, en premier, c'est souvent de la convaincre, puis d'argumenter avec elle, puis de lui faire voir les bénéfices de cela. Mais on voit quand même le temps que ça peut prendre.

Aussi, bien, bien malheureusement, nos CHSLD ont été trop souvent construits comme des hôpitaux, alors un corridor avec des chambres de chaque côté. L'aspect médical est très présent, l'éclairage est intense, alors forcément, forcément cette présence-là se fait beaucoup sentir. Je ne sais pas s'il y a une de mes collègues qui veut rajouter quelque chose ou...

Une voix : Vas-y, Claire.

Mme Loubier (Claire) : Bien, ce que je veux...

Le Président (M. Bergman) : Mme Loubier.

Mme Loubier (Claire) : Oui, merci. Ce que je voulais rajouter, c'est que, lorsqu'on visite nos personnes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, on rencontre nécessairement un poste d'infirmières, on voit nécessairement des infirmières qui poussent un chariot pour la distribution des médicaments, on voit nécessairement aussi les chariots qui sont transportés pour le changement des vêtements, tout ça. Alors, ce sont tous des éléments qui nous parlent, quand même, qu'on est dans un centre d'hébergement et de soins longue durée, dans un milieu où on offre des soins.

Mme Gadoury-Hamelin : C'est ça, mais on est conscients que ces gens-là ont besoin de soins aussi. Mais on a entendu des gens nous parler d'expériences positives, où ils arrivent à créer un milieu de vie dans une situation de soins, là. On a eu des gens qui sont venus nous parler vraiment d'expériences très positives où je pense qu'on réussit.

Vous avez parlé, M. Jutras, tantôt, du personnel, l'importance du personnel qui prend soin de nos aînés ou de personnes adultes hébergées. Et je crois vraiment que ça passe par là, où est-ce que la direction a réussi à transmettre aux gens vraiment cette mission-là, cette vision-là puis de la partager à l'équipe au complet. Parce qu'on a vu... on a entendu des expériences où les gens sont vraiment impliqués dans la démarche, que ce soit de la préposée aux bénéficiaires, à l'infirmière ou à la travailleuse sociale, tout le monde est mis à contribution, mais avec moins de normes, moins normé strictement, avec de la souplesse à l'intérieur de ça. Je pense qu'en tout cas, jusqu'à maintenant, là, c'est des indices qui nous disent que des fois ça pourrait être une solution. Ça ne réglerait peut-être pas tout, mais en tout cas une partie.

J'aimerais ça vous entendre parler, quand vous faites des visites pour aller rencontrer les gens que vous vous occupez... Comment ça se déroule, une visite d'une personne représentée, dans un CHSLD? Et, la question qui suit : Après ça, si vous observez des situations qui sont à corriger, comment vous procédez? Est-ce que vous avez un droit de parole? Est-ce que les gens vous écoutent? Un petit peu, là, le concret de tout ça.

Le Président (M. Bergman) : Me Jutras.

M. Jutras (Normand) : Je pourrais en témoigner moi-même, parce que je vais, là, dans les milieux de vie des personnes que je représente, je vais les rencontrer, là, que ce soit dans des CHSLD, ou des ressources intermédiaires, ou des ressources de type familial, même à domicile. Alors, j'ai participé à ce genre de visites là, parce qu'à peu près aux deux ou trois semaines, là, je vais dans des institutions rencontrer les personnes que je représente. Mais je vais laisser répondre les curatrices déléguées parce que, elles, c'est leur quotidien, alors elles peuvent vous faire part de la préparation de ces visites-là, mais comment ça se déroule aussi avec la personne, en présence de qui, comment ça fonctionne.

Le Président (M. Bergman) : Mme Dupras.

• (15 h 30) •

Mme Dupras (Véronique) : Bien, effectivement, la visite se fait en invitant soit un intervenant externe, mais souvent le chef infirmier ou la travailleuse sociale. On aborde toujours quatre sphères prédominantes dans la vie d'une personne. Le psychosocial : si, par exemple, la personne a des visites, si ces visites-là se passent dans la bonne entente. Est-ce qu'il y a des problématiques? Souvent, notre clientèle a une certaine vulnérabilité, donc on s'assure que les personnes présentes autour d'elle sont de bonne foi, elles ont de bonnes intentions. Il y a l'aspect biomédical : on s'assure que la personne a une certaine stabilité ou, si elle a une dégradation de son état, on questionne pourquoi, si évidemment c'est toujours relié aux soins. Mais souvent ça peut être comportemental, la personne peut s'ennuyer, et tout ça, donc on essaie... Il y a l'aspect biomédical.

Il y a aussi l'aspect financier qui est souvent très important : les gens, leurs petites collations, les cigarettes, des choses comme ça, qu'est-ce qu'on fait de... acheter une nouvelle télévision. On révise le budget ou on essaie d'ajouter... on propose des achats. Souvent, les gens n'ont pas le temps de faire des achats. Ils ne sont pas toujours conscients qu'au curateur on accumule des sous, on envoie de l'argent mensuellement pour les petites dépenses, mais nous, on s'assure toujours d'avoir une réserve pour des projets. Donc, on présente aussi des options d'achats, si possible.

Il y a l'aspect légal qui est souvent déjà pris en charge par nous, évidemment, parce qu'on les représente. Puis, s'il y a des problèmes avec la famille, bien on essaie de proposer des pistes de solution, si on peut intervenir avec eux, leur préciser leurs responsabilités aussi. Des fois, si l'ex ou le monsieur vient juste la première journée et que la madame a ses sous, bien de dire : Y a-tu moyen d'être présent et de s'assurer, quand elle dépense, d'être là ou de dépenser des choses pour lui procurer son bien au lieu de... des choses comme ça. Même qu'ils ont des recours judiciaires, ils peuvent aller chercher des ordonnances d'interdit de contact dans des cas vraiment...

Mme Gadoury-Hamelin : Extrêmes.

Mme Dupras (Véronique) : ...extrêmes. Donc, par rapport à des ecchymoses ou des choses plus physiques et visuelles, qu'on peut voir, on demande de recevoir des rapports d'incident, voir la fréquence. Par exemple, ça peut être — pas nécessairement négatif — qu'une personne a chuté, souvent. Premièrement, souvent, ils nous appellent, même si on est... On peut recevoir et demander des rapports d'incident. Mais souvent c'est une personne qui a une mobilité chancelante mais qu'on préfère qu'il chute souvent plutôt que de le mettre dans un fauteuil. Donc, la marche est supervisée. Donc, ce n'est pas nécessairement de la négligence, même s'il y a plusieurs rapports d'incident. Au contraire, on préserve l'autonomie. Donc, ça, c'est toujours selon la personne.

Donc, ça se passe comme ça. S'il y a des correctifs, bien on fait des suivis : Est-ce que vous avez des achats à faire? On vous a dit qu'il y avait des sous. Parce que souvent ils n'ont pas le temps de faire ça, il n'y a personne qui est attiré à le faire. Donc, on collabore avec eux, mais on s'assure aussi qu'il y ait un temps qui soit mis pour chacune de nos personnes parce que souvent... Ils font de leur mieux, mais c'est souvent... Il faut s'arrêter puis prendre le temps de faire les choses qui... Puis nos personnes n'ont pas toujours la voix pour le dire, donc on fait le suivi pour eux.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Si je comprends bien, pour les menus articles, là, les cigarettes et tout le quotidien, il y a quelqu'un qui gère l'argent pour la personne quand la personne n'est pas en mesure de le faire elle-même, là?

Mme Dupras (Véronique) : En CHSLD, dans 95 % des situations, on envoie des sous, autour de 100 \$, 200 \$, selon. S'il y a des comptes courants, comptes de téléphonie, et tout ça, on les paie directement du curateur, mais on envoie des sous qui correspondent à leurs besoins : les soins de pieds, coiffure, cigarettes. Souvent, on restreint ou on en donne plus, mais on s'assure aussi que les dépenses sont faites ponctuellement, avec remise de factures, pour s'assurer que les choses ont été achetées pour elles. Parce que, si la famille va magasiner, bien, qu'il y ait vraiment une robe de chambre dans la garde-robe. Si, au cours de l'année, on a donné 400 \$ en supplément, bien, ponctuellement, les gros achats, bien, qu'on puisse témoigner visuellement qu'ils ont vraiment été achetés.

Mme Gadoury-Hamelin : Est-ce qu'il y a quelqu'un dans le...

Mme Dupras (Véronique) : Oui, il y a une personne, une comptable qui distribue les petits sous comptant ou qui dit : Bon, les achats de cigarettes ont été faits, ils sont au poste d'unité. Monsieur a droit à deux cigarettes de l'heure, puis on lui remet physiquement. Mais monsieur ne transige pas avec ses sous directement parce qu'il n'a pas conscience de combien ça vaut, il pourrait les donner à quelqu'un d'autre ou...

M. Jutras (Normand) : Mais vous voyez là la nécessité de l'étroite collaboration que nous devons avoir avec les gens qui sont dans le réseau parce qu'on a à se parler puis on a à échanger, puis tout ça, dans l'intérêt de ces personnes-là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : J'allais vous demander quels sont des exemples concrets de collaboration, mais ça, c'en est une importante, parce que c'est le quotidien des gens. Mais, à part ça, y a-tu d'autres types de collaboration avec les gens, là, qui travaillent dans les CHSLD, qui sont nécessaires dans votre rôle auprès des...

M. Jutras (Normand) : Ce que nous avons établi, à travers les années, pour être sûrs d'avoir une bonne collaboration, et avec tous les CSSS, maintenant on a toujours ce qu'on appelle un intervenant pivot qui est le lien, là, entre l'institution et le Curateur public. Alors, ça permet, ça, d'aplanir beaucoup de difficultés. Parce qu'à un moment donné il y a des zones grises, là : C'est à qui à faire telle chose, c'est à qui à faire telle autre chose? Alors, à ce moment-là, en ayant un intervenant pivot qui est là, avec qui on est en étroite collaboration, alors ça permet effectivement d'aplanir, comme je le disais, là, les difficultés. C'est le genre de...

Même, quand je suis allé dans l'Outaouais... À un moment donné, il y avait eu, dans le passé, des relations plutôt difficiles entre le Curateur public et l'institution, là-bas. Alors, ils ont même mis en place... ils appelaient ça la table curateur, où a été expliqué aux intervenants quel était le rôle du Curateur public, et, encore là, l'harmonie est revenue, et le travail se fait mieux et, finalement, c'est toujours ça qui doit nous animer, l'intérêt de ces personnes-là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : C'est souvent un problème de communication ou de compréhension des rôles, hein, qui amène les difficultés.

Vous avez parlé tantôt, dans votre présentation, M. Jutras, de la maltraitance. Vous nous avez dit que vous n'aviez pas observé nécessairement des situations de maltraitance. Mais j'imagine que, lors de vos visites, de situations où vous êtes... vous vous retrouvez dans ces lieux, que, si jamais c'était le cas, j'imagine que vous souligneriez ça, j'imagine. À qui puis comment procéderiez-vous?

Le Président (M. Bergman) : Me Jutras.

M. Jutras (Normand) : Oui. En fait, nos visites sont toujours annoncées, forcément, parce que nous autres, on veut être sûrs que la personne qu'on va voir elle est là puis on veut être sûrs que la personne en charge est là aussi, que la personne que nous représentons n'est pas partie dans sa famille pour deux jours ou est partie pour des traitements à l'hôpital, alors, que l'intervenant principal est là, que le travailleur social est là aussi. Alors, c'est ce qui fait que, bon, nos visites sont toujours annoncées.

Mais il arrive, comme l'a souligné madame il y a quelques minutes, qu'on peut remarquer, là... Par exemple, une personne a des ecchymoses, bien on va demander des explications, on va dire : Mais comment ça se fait? Et, bon, on nous explique qu'elle a fait une chute. Il y a un rapport d'incident qui est fait, qui a été au dossier, alors, à ce moment-là, on a des explications qui nous apparaissent valables, et, bon, ça va, ça clôt l'incident.

On n'a jamais remarqué de cas de maltraitance comme tels, là, comme ce qu'on voit qui est rapporté dans les journaux. Mais, par contre, l'expression qui était utilisée par des membres du comité de protection dont je vous ai parlé, ils parlaient peut-être de négligence passive mais dans le sens de... pas une négligence volontaire, mais comme, la personne, on lui installe ses appareils auditifs le matin, mais on ne vérifie pas si les appareils auditifs fonctionnent bien, alors c'en est un, cas de négligence, ça, parce que ça veut dire que cette personne-là passe sa journée à ne pas entendre, finalement.

Alors, il y a souvent... C'est dans la finition, qu'on pourrait dire, là, dans les touches finales, qui font en sorte que... Par contre, pour ces personnes-là, ça fait une énorme différence pour la journée qui est devant elles. Et ce que l'on constatait, entre autres, là... Je vous donne l'exemple des appareils auditifs. Bon, les appareils, ils sont installés, mais ils ne fonctionnent pas, la batterie est épuisée, alors ça prend quelqu'un non seulement qui les installe, mais qui les vérifie puis qui vérifie si la personne entend. Il faut échanger avec elle. Si vous lui installez ses appareils puis vous quittez la chambre immédiatement, bien ça veut dire que la personne se retrouve finalement à passer une journée où finalement sa qualité de vie en est drôlement amoindrie.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : On parle de finition et d'intérêt envers la personne, finalement. On sait aussi que, dans les CHSLD, on retrouve beaucoup d'adultes hébergés. Vous en avez mentionné comme quoi que vous en aviez comme... à titre de Curateur public, vous aviez des gens dans cette catégorie-là à prendre soin aussi. Alors, sûrement, les besoins sont différents, hein, qu'une personne qui est aînée, j'imagine, là, quelqu'un qui est plus jeune qui se retrouve en hébergement avec un handicap mais qui doit être... vivre en CHSLD. Alors, j'aimerais que vous me fassiez part un peu des différences que vous observez.

On a vu aussi des milieux où on tente à regrouper ces gens-là ensemble parce qu'ils ont des particularités qui se ressemblent, contrairement... qui sont différentes des aînés. Puis on a vu d'autres milieux qui sont venus nous parler qu'eux avaient fait cette tentative-là, mais que finalement ils étaient revenus avec des gens en hébergement mixte, dans le fond, pour que, justement, les gens se sentent moins isolés. Donc, il y a différentes formules, à ce qu'on voit. Je pense qu'il n'y a pas de recette mur à mur, qui convient à tous... exactement à tous les milieux. Mais j'aimerais vous entendre là-dessus.

Le Président (M. Bergman) : Me Jutras.

M. Jutras (Normand) : Oui. La difficulté que l'on retrouve dans certains milieux, et surtout les milieux plus petits, c'est que souvent il n'y a pas beaucoup de ces cas-là. Alors, si vous avez, par exemple, la personne atteinte de sclérose

en plaques, puis qui a 35 ans, puis qui est dans un état avancé, là, de sclérose en plaques, bon, souvent elle va se retrouver toute seule, là, dans l'institution. Alors, c'est la difficulté que l'on rencontre, là, par rapport à ces personnes-là. Ce que des curatrices déléguées me disaient, c'est que, finalement... Puis souvent aussi ce qui arrive, c'est que les loisirs ne sont pas nécessairement adaptés pour ces personnes-là. Si la personne a 35 ans versus les compagnons de chambre qui ont 80 puis 85 ans, on peut penser que les loisirs ne seront pas les mêmes.

Par contre, il y a des endroits où effectivement on tente d'adapter les loisirs en fonction de ces personnes-là. Et ce qu'on dit aussi, c'est la faculté de... C'est le propre de l'humain, de l'homme, de s'adapter, n'est-ce pas? Alors, finalement, les gens en viennent à s'adapter. Mais on peut se poser la question, certainement que ce n'est peut-être pas la solution idéale. Mais ils en viennent à en faire leur milieu de vie et à s'adapter à cette façon de vivre, mais certainement ce n'est pas l'idéal. Je ne sais pas si, mesdames, vous avez quelque chose à rajouter à ce chapitre.

• (15 h 40) •

Mme Cazes (Céline) : J'aurais peut-être...

Le Président (M. Bergman) : Mme Cazes.

Mme Cazes (Céline) : ...un petit complément. C'est qu'en fait effectivement je suis curatrice déléguée dans des régions quand même... bon, dans la Beauce, là, et c'est sûr que, que ce soit dans la Beauce ou ailleurs, là, par rapport au territoire, à la grandeur du territoire, il peut peut-être y avoir une à deux personnes par CHSLD qui sont dans la vingtaine, et c'est sûr qu'à ce moment-là les CHSLD ne sont réellement pas adaptés pour cette clientèle-là. La majorité des personnes ont 65 ans et plus, des loisirs adaptés à eux. Mais les jeunes personnes n'y trouvent pas leur compte comme tel.

Et, la plupart du temps, ces personnes-là peuvent avoir quitté une famille d'accueil. Elles pouvaient aller au centre de jour, elles pouvaient bénéficier d'un transport adapté, et, lorsqu'elles vont en CHSLD, tout ça n'existe plus, et elles demeurent dans leur chambre, là, ou vont à des loisirs qui ne les intéressent pas réellement, là, qui les touchent moins, en fait, là, par rapport à leur âge et leurs intérêts. Alors, c'est évident que ces personnes-là, n'ayant plus autant de stimulation, vont perdre de l'autonomie. Ils vont même aller jusqu'à régresser, au fil des années, là. C'est ce qu'on observe, nous, comme tel, là, dans les régions.

Le Président (M. Bergman) : Alors, maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, on va vous laisser commencer par votre question.

Le Président (M. Bergman) : Oui. Me Jutras, on a eu quelques groupes qui nous ont parlé des questions de dumping, quand un patient est envoyé par le CHSLD à l'hôpital, et l'hôpital ne retient pas le patient à l'hôpital mais le met dans un taxi à toute heure de la nuit pour retourner au CHSLD. Aussi, on a eu les cas de questions d'évaluation des patients. Il y a les lits d'évaluation, les lits de transition et finalement les lits permanents. Et ça peut prendre nombre de semaines, nombre de mois... et je sais que ça cause beaucoup d'angoisse dans les deux cas pour les patients et certainement pour les familles.

Et je me demande si, parmi vos clients, vos patients, vous avez eu des cas de dumping ou vous avez eu des cas de ce délai d'évaluation qui peut prendre nombre de semaines, nombre de mois, et les effets, les causes, et si on peut réduire ou éliminer cette question d'évaluation... on ne peut pas éliminer l'évaluation, mais le temps que ça prend, ou si on peut trouver une autre manière pour le faire pour ne pas causer l'angoisse au patient, l'ainé. Et, dans les questions de vos patients, certainement, qui sont sous la curatelle, qui sont vraiment vulnérables, je me demande vos expériences dans ces cas précis.

M. Jutras (Normand) : Certainement. Mais les curatrices déléguées pourront rajouter quelque chose. Mais, effectivement, M. le Président, vous soulignez là un vrai problème, un réel problème. On a affaire à des personnes vulnérables qui souvent, là, bon, viennent de quitter leur logement, se retrouvent à l'hôpital et là vont vivre ce que j'appelais quand j'ai fait la présentation de mon mémoire, là, du mémoire, la période de transition. Et des fois les personnes vont être appelées à changer d'endroit à quatre reprises. Et c'est des personnes qui souvent, là, s'en trouvent grandement déstabilisées. Et, à la sortie, là, de cette période de transition, quand finalement on leur a trouvé un endroit pour les loger, il arrive même que ce n'est pas le bon endroit où elles sont envoyées. Alors, on imagine la déstabilisation de ces personnes-là parce que ce sont des personnes vulnérables.

Et même les curatrices déléguées... je ne sais pas c'est laquelle qui me racontait, là, que non seulement il se perd des acquis pour ces personnes-là durant ce temps-là, puis des acquis qui peuvent des fois être perdus à tout jamais ou, en tout cas, difficiles à récupérer, mais on me racontait même, là, qu'avec tous ces déménagements-là c'est même des effets personnels de ces gens-là qui vont se perdre, là. Comme par exemple la personne avait des souliers spéciaux, bien là on ne les retrouve plus, les souliers spéciaux. La personne avait une marchette faite d'une façon particulière, on ne retrouve plus la marchette. Alors, imaginez comment ces gens-là finalement vivent des périodes qui sont effectivement bien difficiles. Puis moi, je pense qu'on n'a pas le choix, à ce niveau-là, ce qu'il faut faire, c'est raccourcir ce temps d'évaluation. Puis il faudrait, dans la mesure du possible, que l'évaluation puisse se faire alors que la personne est hospitalisée, pour qu'elle s'en aille directement à la ressource qui peut la recevoir et qui lui convient. Est-ce que, mesdames...

Mme Loubier (Claire) : Peut-être rajouter un petit peu.

M. Jutras (Normand) : Oui, oui, allez-y.

Mme Loubier (Claire) : Oui. Si vous me permettez. Moi, j'ai pu assister au niveau, vous savez, des transferts entre... une personne qui est en centre d'hébergement et de soins de longue durée qui a pu se retrouver hospitalisée pendant quelque temps en raison d'ennuis de santé qui pouvaient l'affecter plus particulièrement. Alors, ce qu'on m'a rapporté, c'est qu'il a pu y avoir des difficultés au niveau de la communication entre le personnel hospitalier et le personnel du centre d'hébergement afin de retourner la personne dans des bonnes conditions au centre d'hébergement. Parfois, il y a des difficultés de communication.

Alors, je sais que les gens travaillent sur le terrain pour profiter de ces situations-là pour justement améliorer les choses et faire en sorte que certaines situations ne se répètent pas, comme par exemple de retourner un client en taxi alors qu'il est sous l'effet de certains médicaments, qui aurait peut-être eu besoin d'un accompagnement et ne pas avoir averti le centre d'hébergement et de soins de longue durée qu'on retournait la personne. Alors, vous voyez, c'est des situations qui nous sont rapportées à l'occasion.

Le Président (M. Bergman) : Dans les deux cas, la question de transition et la question de dumping, c'est quoi, votre recommandation pour éliminer ces problèmes? Car moi, je pense à un aîné qui est envoyé d'un hôpital à un CHSLD à 10 heures le soir et que le CHSLD n'accepte pas le patient, et la seule personne qui peut parler pour ce patient, dans ce cas, c'est vous. Alors, comment est-ce qu'on peut éliminer ce problème et ces questions de lits de transition, d'évaluation? Vous avez dit, M. Jutras, vous avez dit que les évaluations doivent se faire même avant que le patient arrive au CHSLD, que ce soit à la maison, que ce soit dans l'hôpital. Est-ce que vous avez, dans les deux cas, des recommandations qu'on peut faire comme commission pour non seulement essayer d'éliminer, mais pour éviter en permanence ces deux problèmes?

M. Jutras (Normand) : Mais, comme je le mentionnais, M. le Président, il faut minimiser ce temps-là, il faut raccourcir cette période d'évaluation là. Le problème, c'est les multiples déménagements. Alors, si on les minimise, les déménagements, si on n'en fait qu'un seul... On n'aura pas le choix, à un moment donné, cette personne-là est hospitalisée, elle doit s'en aller dans une ressource, alors il s'agit de bien évaluer la personne puis l'envoyer effectivement à la ressource qui lui convient. Alors, ça prend donc une bonne connaissance du terrain, ça prend des places aussi qui sont disponibles pour recevoir ces personnes-là, ça prend une évaluation qui est bien faite.

Mais ce que nous recommandons... ce que nous disons, c'est que, si l'évaluation est faite alors que la personne est encore à l'hôpital — et je pense que ça peut se faire de cette façon-là — bien, on aura juste un déménagement qui se fera vers un CHSLD ou vers une ressource intermédiaire, mais on aura de beaucoup minimisé les effets néfastes qu'il peut y avoir sur ces personnes-là. Mais on n'a pas le choix que de procéder à une évaluation pour savoir vers quelle ressource on doit l'envoyer, la personne.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Vous avez parlé d'un des éléments importants, c'était la sauvegarde de l'autonomie. Comment vous vous y prenez, comment vous les évaluez? Et puis c'est quoi, les types de clientèles qu'on retrouve, là, en termes de perte d'autonomie? Parce que je suppose qu'il y a des patients que, comme curateur, vous devez décider à peu près de tout puis il y en a d'autres que vous devez leur laisser une bonne marge de manoeuvre dans leurs décisions.

Le Président (M. Bergman) : Me Jutras.

• (15 h 50) •

M. Jutras (Normand) : Oui. Bien, là, si on parle au niveau, par exemple, de l'ouverture d'un régime de protection, là, si on part du début, bien, encore là, nous, il y a une évaluation qui se fait, on va avoir un rapport de médecin qui nous est transmis, et on va avoir un rapport d'un travailleur social qui va nous être transmis, et, à partir de là, on peut donc évaluer la personne et voir qu'est-ce que cette personne-là peut faire par elle-même et pourquoi elle a besoin d'aide. Et ça nous permet donc, dans un régime de protection... et de plus en plus même on s'en va vers ça, avec des régimes qu'on appelle modulés, c'est-à-dire de prévoir les actes qu'une personne peut faire pour que cette personne-là finalement garde le plus possible son autonomie.

Si vous prenez fait et cause pour la personne dans son entièreté, bien c'est sûr que cette personne-là ne développera pas ses capacités résiduelles. Mais, si, par contre, vous lui laissez certains champs qui peuvent lui appartenir et dans lesquels elle peut être à l'aise, bien, à ce moment-là, ça veut dire qu'on contribue à sauvegarder son autonomie.

Mme Dupras (Véronique) : Si je peux ajouter.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Mme Dupras.

Mme Dupras (Véronique) : Merci. Au niveau de l'autonomie plus fonctionnelle, souvent on va travailler avec les CHSLD pour garder les capacités résiduelles en faisant plus de la gestion de risques, un peu comme tout à l'heure quand je disais que la personne tombe, mais au moins elle marche, donc on essaie de sécuriser. Des fois, même, on peut même

acheter des protecteurs de hanches, des choses comme ça, des genoux pour que, même si la personne tombe, elle ne va pas trop se blesser, mais on va tout de même la laisser se mouvoir.

Dans d'autres cas, on va prioriser aussi qu'une personne sorte seule parce que, physiquement, c'est impossible qu'elle ait un accompagnement, financièrement, non plus. On ne pourrait pas l'amener à tous les jours au Dollarama parce qu'il a envie, mais, s'il n'y va pas, il peut développer des troubles de comportement. C'est un homme qui a toujours beaucoup sorti. Donc, on va...

Puis, souvent, la perte d'autonomie peut se vivre comme ça : monsieur se perd, ne revient pas à l'heure qu'il est censé revenir, il revient avec les policiers parce qu'il s'est perdu. Bien, on va faire un petit peu un plan avec le CHSLD pour qu'il y ait une récurrence dans cette problématique-là pour restreindre la liberté d'une personne qui est en perte d'autonomie, qui est vraiment vue avec un problème et jusqu'à ce qu'on réduise et qu'on interdise monsieur... qui va développer sûrement des troubles de comportement. Bien, on essaie de l'accompagner dans cette perte-là. Mais, tant qu'il est capable, on va prioriser avec les CHSLD... on va leur dire : Je pense que c'est préférable de le laisser sortir, puisque... C'est mieux de le laisser sortir que de l'enfermer, dans un sens, tant que la démence n'est pas trop avancée. Donc, c'est une autonomie qui est chancelante, mais...

M. Jutras (Normand) : D'où la nécessité de plans d'intervention bien faits, et tenus à jour...

Mme Dupras (Véronique) : Et révisés.

M. Jutras (Normand) : ...et révisés pour savoir qu'est-ce qu'il en est des capacités de cette personne-là, quels sont les objectifs qu'on se donne par rapport à cette personne-là, qu'on en fasse une évaluation aussi après un certain temps. C'est la meilleure façon de pouvoir bien suivre la personne. On fait la même chose, au Curateur public. On a développé la technique qu'on appelle des plans de représentation. Une personne nous arrive, bien, encore là, on s'établit un échéancier puis on voit, là, c'est quoi, l'avenir prévisible de cette personne-là, quels moyens peuvent être pris à son endroit puis de quelle façon on peut l'aider puis améliorer sa qualité de vie.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste une question d'intérêt personnel. Est-ce que tous vos dossiers sont informatisés pour avoir un accès facile à l'information?

M. Jutras (Normand) : Oui, bien, on est passablement avancés, là, dans notre informatisation, là, chez nous, là. On a une échéance importante, là, qui est le 30 juin prochain, là. Alors, au niveau des dossiers, le directeur des technologies de l'information est ici, il pourrait vous dire ce qu'il en est. M. Lamarche.

Le Président (M. Bergman) : M. Lamarche, votre nom et votre titre, s'il vous plaît.

M. Lamarche (Pierre) : Pierre Lamarche, je suis directeur général des services aux personnes et des technologies de l'information. Les dossiers sont en partie informatisés. Nous sommes à finaliser un projet majeur. On va introduire... on a commencé à introduire la numérisation, donc on se dirige vers le dossier numérique. Et, à partir de juillet prochain, toutes les dimensions administratives, c'est-à-dire la gestion du budget de la personne, de son patrimoine, sa comptabilité, vont aussi être complètement informatisées. Et le projet va se poursuivre dans les années subséquentes, mais actuellement, par exemple, les curatrices déléguées ont accès à beaucoup d'information dans le système.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste six minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Rapidement. Ce que j'ai compris, là, c'est que le fait que les CHSLD appartiennent en grande majorité à la structure des CSSS, c'est un avantage?

Le Président (M. Bergman) : M. Jutras.

M. Jutras (Normand) : Oui. Et notre relation avec ces établissements publics là, elle est plus facile. Effectivement, nous y voyons un avantage parce qu'entre autres avec ce qu'on appelle, là, des ressources intermédiaires, là, par exemple, au niveau de la gestion de l'argent, la petite monnaie, là, pour les menues dépenses, etc., il y a certaines institutions qui ne veulent pas toucher à ça, alors que généralement, avec les CHSLD publics, la collaboration se fait très bien, ça va numéro un.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon... Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste cinq minutes.

Mme Vallée : On a eu, lors des échanges, des groupes qui nous mentionnaient que les bénéficiaires de 65 ans et moins devraient, de par les particularités de leur situation, être regroupés et puis vous l'avez mentionné, lorsqu'en région parfois on a des gens, on a un ou deux cas qui sont plus jeunes qui n'ont pas accès à des activités qui correspondent à leurs intérêts, et donc, bon, il y a un déclin de leur situation. Qu'est-ce que vous pensez de ça? Parce que ça amène un questionnement, c'est-à-dire : Est-ce qu'on va retirer les gens de leur milieu? Est-ce qu'on devrait retirer les gens de leur milieu naturel pour les regrouper sur un même toit ou est-ce qu'on devrait plutôt adapter les services pour cette clientèle-là au sein des CHSLD? Puis je me demandais si vous aviez déjà eu la chance de vous questionner sur cette situation.

Le Président (M. Bergman) : Me Jutras.

Mme Dupras (Véronique) : Oui. Bien, en fait, selon...

Le Président (M. Bergman) : Me Dupras.

Mme Dupras (Véronique) : Merci. Ce que je comprends de votre question... Ce qu'on a pu observer en CHSLD concernant les regroupements de clientèles pour ceux qui habitent déjà là, je crois qu'il y a plusieurs plus-values de les regrouper selon leurs diagnostics, pas nécessairement selon leur âge. Bien sûr que, une personne de 25 ans qui doit intégrer un CHSLD, bien souvent il y a plusieurs diagnostics communs, souvent la déficience intellectuelle ou des accidents qui ont causé beaucoup de pertes physiques... mais, tout de même, des atteintes cognitives, pas certainement, mais, je dirais, davantage selon les diagnostics. Par exemple, les gens qui font de l'errance, de les garder dans des unités fermées, comparativement à des gens qui sont très mobiles mais qui ont plus de troubles de comportement, qui ont des problèmes de santé mentale, qui demandent beaucoup de supervision mais que, physiquement, ils sont très autonomes, pour éviter, je dirais... d'accord qu'il y ait des lieux communs pour faire une espèce de minisociété ou un sentiment de communauté mais quand même pour éviter, des fois, qu'il y ait des clients très vulnérables versus une clientèle... Un traumatisé crânien qui est autonome, qui est mobile peut vouloir jouer des tours à une personne.

Donc, à ce niveau-là, je pense qu'il y a beaucoup de plus-value à ce qu'ils soient regroupés ensemble pour éviter qu'il y ait de l'abus entre clientèles et aussi pour qu'il y ait une spécialité au niveau des éducateurs et du personnel. En psychiatrie comme en démence, c'est très différent. Donc, je pense, pour spécialiser les services et rendre mieux, en fait, le milieu de vie plus adapté, je pense, ça passe aussi par ça, par le personnel plus qualifié. Mais, en fait, concernant enlever les personnes qui habitent déjà dans un autre lieu qu'un CHSLD, je ne pense pas que c'est ce que vous vouliez dire à prime abord.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Bien, en fait, ce que certains nous recommandaient, c'était de regrouper les clientèles et de faire en sorte que les clientèles plus jeunes puissent être ensemble parce qu'elles ont peut-être des intérêts communs, que ce ne soit pas nécessairement en fonction de leur état, mais plus en fonction de leurs intérêts, pour permettre, entre autres, une meilleure stimulation, une qualité de vie peut-être plus intéressante. Mais, bon, évidemment, dans les régions, ce n'est pas toujours évident parce qu'on n'a pas le bassin nécessaire pour faire des regroupements. Alors, c'était plus dans ce sens-là.

Mais je me demandais aussi, si, dans le cadre de vos interventions, il y avait des spécificités, justement, pour cette clientèle-là qui n'est pas la clientèle des aînés. J'ai pris bonne note que, bon, dans certains endroits, le transport adapté n'est plus disponible, et donc, là, on n'a plus accès aux activités auxquelles on avait accès avant. Ça, c'est un élément. Mais est-ce qu'il y a d'autres particularités comme ça qu'on retrouve pour la clientèle qui ne tombe pas dans la catégorie aînés mais qui fait partie de la clientèle hébergée en CHSLD en raison d'un handicap particulier ou un traumatisme?

Le Président (M. Bergman) : Me Jutras.

• (16 heures) •

M. Jutras (Normand) : Oui, bien, en fait, l'obligation que nous avons et que nous respectons, c'est toujours d'aller dans l'intérêt de cette personne-là et toujours de s'adapter à cette personne-là. Si elle a plus de capacités qu'une autre, bien, à ce moment-là, même au niveau du régime de protection, je le disais tantôt, le régime va être plus libéral. Mais, si cette personne-là a plus de capacités qu'une autre sur le plan physique, bien ça peut vouloir dire, donc, plus de sorties pour cette personne-là, plus de choses qui vont lui être adaptées comme telles.

Je pense à une visite que j'avais faite, là, où la personne était amateur de hockey, puis, bon, toute sa chambre était décorée, là, aux couleurs du Canadien, partant de la douillette jusqu'aux rideaux. Puis elle avait même une photo avec un joueur de hockey. Puis elle était même allée au Centre Bell voir une partie, alors de sorte que, tu sais, c'est une personne qui pouvait jusqu'à un certain point se déplacer. Mais, donc, on doit s'adapter aux besoins de cette personne-là. Elle, c'est ça qu'elle aime, c'est ça qu'elle veut, et on répond à ces besoins-là.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Maintenant, le temps pour le deuxième groupe d'opposition. Mme la députée de Groulx.

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Merci de votre présence. C'est très intéressant. Tout à l'heure, vous avez mentionné le fait que c'était très variable d'une région à l'autre, les conditions de vie dans les CHSLD. J'aimerais

connaître les régions qui sont peut-être plus à risque ou, en tout cas, moins performantes peut-être, mais surtout comment on fait pour que tout le monde s'améliore puis s'uniformise à un bon niveau, acceptable pour l'ensemble des bénéficiaires qui sont en CHSLD?

Le Président (M. Bergman) : M. Jutras.

M. Jutras (Normand) : Ce que nous constatons, c'est qu'il y a une énorme différence entre les régions et Montréal, et c'est pourquoi je voulais être accompagné aujourd'hui de curatrices déléguées qui travaillent en région, et il y a Mme Dupras qui travaille sur l'île de Montréal.

Ce que l'on constate en région, c'est : la communauté est davantage impliquée, et les gens se connaissent plus. Et, entre autres, il y a des bénévoles aussi qui participent beaucoup aux activités. Et ça, ça nous apparaît très important qu'il y ait des bénévoles et que les familles s'impliquent aussi. Ça aussi, ça fait partie du milieu de vie. Chez nous, on en a, de la visite, puis on aime ça, mais c'est la même chose si on parle d'un milieu de vie dans une institution. Alors, qu'il y ait des bénévoles qui soient présents... Puis ça, ça demande que l'institution fasse du recrutement de bénévoles et fasse en sorte aussi que les familles s'impliquent le plus possible.

Par contre, ce qu'on constate sur l'île de Montréal, tu sais, c'est beaucoup plus anonyme. Souvent, les institutions, les établissements sont plus gros également. Plus souvent qu'autrement il n'y a pas beaucoup de bénévoles. Il y a aussi beaucoup de personnes seules dans ces institutions-là. Et souvent, pour ces personnes-là, c'est un gros problème, là, parce que, quand vous n'avez pas de bénévoles et quand vous n'avez pas de famille qui est impliquée, quand, par exemple, il faut acheter des vêtements pour cette personne-là, qui va y aller? Tu sais, l'infirmière, elle peut dire : Bien, moi, je soigne, là, ce n'est pas à moi à aller magasiner pour cette personne-là. La travailleuse sociale, elle dit : Moi, j'ai autre chose à faire; la curatrice déléguée, la même chose. Mais plus souvent qu'autrement, ce qu'on voit, c'est une curatrice déléguée qui va y aller sur son temps, sur son temps libre le samedi après-midi, ou ça peut être une infirmière aussi qui fait ça.

Alors, il faut donc penser à ces personnes-là et voir à leur fournir les ressources, parce que, ça, c'est une réalité que l'on rencontre souvent, mais c'est une réalité qu'on voit plus sur l'île de Montréal qu'en région. Et la façon d'améliorer ça bien, je pense qu'une commission parlementaire comme il y a ici aujourd'hui, c'est une façon de le faire, ça permet des échanges, mais qu'il y ait des échanges aussi, puis de voir qu'est-ce qui se fait à tel endroit puis qu'est-ce qui se fait à tel autre endroit.

Une initiative qu'on avait portée à mon attention, on a ouvert un CPE à même un CHSLD. Bon, c'est toute une mixité de clientèles, mais j'imagine que ces personnes âgées là, de voir cette vie-là autour d'eux, ça doit les dynamiser énormément puis ça doit agrémente leur vie énormément. Alors, moi, je pense que plus il y aura d'échanges de cette nature-là puis de profiter de l'expérience des autres, c'est comme ça qu'on pourra améliorer la qualité de vie des personnes qu'on représente.

Le Président (M. Bergman) : ...il vous reste 1 min 30 s.

Mme Daneault : Je voulais revenir. Tout à l'heure, vous avez mentionné que les évaluations devraient se faire à même l'hôpital. Bon, on va devoir faire des recommandations. Est-ce que vous suggériez qu'on l'insère dans la loi, qu'avant de quitter une institution, un hôpital, le bénéficiaire devrait avoir eu son évaluation et être dirigé vers la bonne ressource, plutôt que de le promener à gauche et à droite? Puis, vous l'avez mentionné, on le sait très bien, à chaque fois qu'on les déménage, à chaque fois qu'on les déplace, surtout, entre autres, les cas de démence, c'est un choc, et on note souvent une détérioration de l'état de ces gens-là, et de l'anxiété aussi au niveau de la famille, qui ne sait pas. Est-ce qu'il va être là, y va-tu être là encore pour longtemps? Est-ce que vous allez le rapatrier chez nous, près de chez nous? Alors, moi, je le vis dans mon cabinet, là, les familles qui me disent : Mais ils l'ont changé de place, mais ils nous disent que ça ne sera pas pour longtemps. Alors, sincèrement, je pense qu'on ne devrait plus faire vivre ça ni aux bénéficiaires ni aux familles. Mais nous, comme législateurs, la seule façon de le faire, ça serait de l'insérer dans la loi. Est-ce que c'est ce que vous nous suggérez? Est-ce que...

Le Président (M. Bergman) : ...Jutras, il reste du temps pour une très, très courte réponse.

M. Jutras (Normand) : Oui. Bien, mon réflexe de juriste m'amène à dire que, oui, ça serait préférable que ça soit dans la loi. Mais, par contre, souvent, aussi, prenez comme le plan d'intervention, c'est prévu dans la loi, à l'article 102 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, puis, malheureusement, dans beaucoup d'institutions, ça ne se fait pas. Alors, ça prend donc... C'est préférable, à mon avis, que, oui, ça soit écrit dans la loi, mais ça prend aussi quelqu'un qui, à l'interne, surveille ça, voit à l'application. Le plan d'intervention, il doit se faire. Puis, comme aussi on parle d'évaluation, c'est préférable... Plus ça se fait en amont, mieux c'est. Et plus ça se fait de façon rapprochée, là, sur une courte période, mieux c'est.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Me Jutras, M. Lamarche et M. Berger, M. Brunet, Mme Loubier, Mme Dupras, Mme Cazes, merci pour être ici avec nous et partager votre expertise.

Je demande aux gens de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse de prendre place à la table et je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 16 h 7)

(Reprise à 16 h 9)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre!

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, j'ai le privilège de souhaiter la bienvenue à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Me Frémont, bienvenue. Vous avez 10 minutes pour faire votre présentation, suivie d'un échange avec les membres de la commission. Pour les fins de l'enregistrement, on a besoin de votre nom, votre titre et ainsi que ceux qui accompagnent.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)

M. Frémont (Jacques) : Alors, M. le Président, Mmes et MM. les députés, je suis Jacques Frémont, président de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, et je suis accompagné de Me Daniel Carpentier, qui est directeur adjoint de la recherche, et de Me Claire Bernard qui est conseillère juridique à la commission.

• (16 h 10) •

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse est constituée en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne. Elle a pour mission de veiller au respect des principes contenus dans cette charte. Institution indépendante du gouvernement dont les membres sont nommés par l'Assemblée nationale, la commission a le mandat d'assurer la promotion et le respect de l'ensemble des droits qui y sont reconnus par toutes les mesures appropriées. Aussi, nous remercions la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale de l'avoir conviée à participer à ses consultations particulières sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Nos observations visent à ce que les recommandations qui émaneront de la réflexion des parlementaires soient animées par la recherche du respect des droits et libertés de la personne. Afin d'exercer sa mission, la commission est investie de plusieurs responsabilités qu'il nous paraît utile de présenter rapidement. La commission souhaite tout d'abord rappeler que toute personne, quel que soit son âge, son état de santé ou son milieu de vie, a droit au respect de l'ensemble des droits et libertés que lui garantit la charte québécoise. Il convient de rappeler que la charte protège aussi le droit d'autres personnes qui sont directement concernées par l'objet de la présente consultation, soit, d'une part, les membres de la famille des personnes hébergées et, d'autre part, les personnes chargées de donner les services et les soins aux personnes hébergées.

Les droits les plus significatifs, dans le contexte de l'hébergement et des soins de longue durée, sont le droit à la vie, le droit à la sûreté, le droit à l'intégrité et à la liberté de sa personne, le droit à la sauvegarde de sa dignité et le droit au respect de sa vie privée, lequel protège, entre autres, le droit de choisir son lieu de vie, le droit d'être protégé contre la discrimination et les droits pour les personnes âgées ou handicapées d'être protégées contre toute forme d'exploitation. Rappelons, afin d'écartier toute ambiguïté, que le droit d'être protégé contre l'exploitation ne se limite pas à l'exploitation financière et qu'il offre une protection contre toute autre forme d'exploitation, qu'elle soit d'ordre physique, psychologique, social ou moral, ou qu'elle résulte de mauvaises conditions d'hébergement.

Cela dit, plusieurs autres droits et libertés de la charte québécoise sont pertinents dans le contexte de l'hébergement, comme par exemple la liberté d'expression, le droit au secret professionnel, le droit à l'information et le droit des personnes âgées ou handicapées à la protection et la sécurité que doivent leur apporter leur famille ou les personnes qui en tiennent lieu.

Comme on l'a dit plus haut, la commission est chargée d'assumer plusieurs responsabilités afin d'assurer la promotion et le respect des principes contenus dans la charte. Elle est notamment chargée de faire enquête, sur plainte ou de sa propre initiative, en matière de discrimination et de harcèlement discriminatoire, et en matière d'exploitation de personnes âgées et de personnes handicapées. Dans les faits, la majorité des enquêtes que la commission mène en matière d'exploitation le sont de sa propre initiative et, le plus souvent, à la suite de dénonciations.

À l'issue de l'enquête et advenant l'échec d'un règlement entre les parties, la commission a le pouvoir d'émettre des mesures de redressement. Si ces mesures ne sont pas mises en oeuvre dans le délai que fixe la commission, elle peut alors saisir un tribunal en tenant compte de l'intérêt public. Le pouvoir de la commission de saisir un tribunal s'étend aux situations de repréailles et, à toute étape de sa procédure, aux situations d'urgence. La commission utilise ce recours pour des mesures d'urgence, particulièrement dans les dossiers d'exploitation de personnes âgées.

Par ailleurs, la commission est tenue de signaler au Curateur public tout besoin de protection qu'elle estime être de la compétence de celui-ci dès qu'elle en a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. D'autre part, la commission collabore à l'exercice de ses pouvoirs avec différentes instances, dont les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les services policiers.

Selon nos données, la majorité des plaintes adressées à la commission en matière de discrimination où l'âge avancé de la victime ou le handicap serait en cause ne concernent pas l'hébergement, mais bien le secteur du travail. Le nombre de plaintes en matière d'exploitation qui concernent les centres d'hébergement et de soins de longue durée est aussi faible. Néanmoins, la commission a tenu des enquêtes conséquentes dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée, privés ou publics, qui ont mené à une décision judiciaire ou des règlements importants.

Ainsi, dans l'affaire Coutu, le Tribunal des droits de la personne a accueilli la demande de la commission contre un établissement privé qui hébergeait des personnes handicapées. À la suite de plaintes, la commission avait enquêté non seulement sur les actes relevant d'une exploitation financière, mais aussi sur les conditions de vie des usagers et les soins qui leur étaient donnés. Le Tribunal des droits de la personne a conclu, entre autres, que les droits à la liberté, à la dignité,

à l'honneur des usagers ainsi que leur droit à la vie privée avaient été brimés de façon quotidienne par des pratiques institutionnelles désuètes mises en place et tolérées par l'établissement. Il a ensuite statué que l'établissement avait porté atteinte à leurs droits à la protection et à la sécurité en raison de l'absence de qualifications du personnel, de la tenue vestimentaire inadéquate imposée aux usagers, du langage irrespectueux tenu par le personnel à leur endroit, de l'infantilisation dont ils faisaient l'objet, du non-respect de leur intimité et des punitions qu'ils subissaient. Les propriétaires de l'établissement ont été condamnés à payer aux victimes des sommes importantes à titre de dommages compensatoires ainsi qu'à titre de dommages exemplaires.

Deux enquêtes d'envergure sur les conditions de vie des personnes hébergées dans les établissements publics se sont, quant à elles, terminées par des règlements substantiels. Dans la première enquête, qui visait un centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région de Montréal, la commission a identifié des lacunes importantes concernant la formation du personnel, le manque d'encadrement clinique de même que des problèmes importants dans l'attitude du personnel envers les résidents. Elle a déterminé que les comportements inappropriés et des pratiques abusives envers les personnes hébergées et résultant de ces lacunes constituaient de l'exploitation. Elle a donc émis une série de recommandations relatives au respect des droits des personnes hébergées, à la formation du personnel pour qu'il soit en mesure de répondre aux besoins particuliers de la clientèle, au soutien clinique, à la valorisation du personnel et à certains aspects de l'organisation du travail. La direction du centre s'est engagée à mettre en oeuvre ces mesures, en assurant le suivi et à indemniser une des résidentes pour l'atteinte à son droit à la protection contre l'exploitation.

La deuxième enquête visait un centre d'hébergement et de soins de longue durée situé en région, un centre de réadaptation et, suite au regroupement de ces établissements, un centre de santé et de services sociaux. Cette intervention a mené à une entente hors cour par laquelle l'établissement s'est engagé, d'une part, à verser aux représentants des résidents visés par l'enquête un dédommagement pécuniaire et, d'autre part, à mettre en oeuvre plusieurs mesures d'ordre systémique.

La charte confère à la commission d'autres moyens d'action pour assurer la promotion et le respect des droits qui y sont reconnus. À l'occasion de l'Année internationale des personnes âgées, les membres de la commission ont lancé une vaste consultation publique sur l'exploitation des personnes âgées. Se fondant sur les commentaires reçus et sur ses propres études, la commission a formulé en 2001 des recommandations qui s'adressaient aux acteurs sociaux concernés, dont le gouvernement du Québec, ses ministères et organismes publics, certains ordres professionnels, les institutions financières, des organismes communautaires, les administrateurs et le personnel des ressources d'hébergement public ainsi que les propriétaires et le personnel des résidences privées. Elle a ensuite effectué un rapport de suivi, dans lequel elle a formulé de nouvelles recommandations.

Nous ne reprendrons pas ici l'ensemble des constats apportés et des recommandations formulées dans ces deux rapports. Néanmoins, il est frappant de se rendre compte que plusieurs situations dénoncées à l'époque continuent de perdurer, et ce, bien que des avancées importantes aient été réalisées depuis, notamment sur le plan de la législation et des normes gouvernementales.

De l'avis de la commission, un moyen primordial à mettre en oeuvre pour assurer le respect des droits des personnes âgées et des personnes handicapées hébergées réside toujours dans la formation du personnel oeuvrant auprès de ces personnes. Elle réitère que la formation de base devrait nécessairement comprendre un volet sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux associés soit au vieillissement et à la perte d'autonomie soit aux incapacités des clientèles spécifiques. En outre, la formation donnée devrait nécessairement comprendre un volet sur les droits et recours des personnes hébergées, la détection des situations d'exploitation ainsi que la prévention des comportements abusifs. De plus, la formation du personnel devrait comporter, dans les cas pertinents, un volet portant sur les besoins spécifiques des personnes issues des communautés autochtones ou des communautés ethnoculturelles. Ces formations devraient être élaborées en s'assurant de la collaboration étroite et constante des ressources provenant de ces milieux.

Par ailleurs, la commission réitère que les centres d'hébergement doivent prendre des mesures concrètes pour favoriser l'information et la présence régulière des familles des personnes hébergées. Celles-ci peuvent, en effet, constituer, entre autres, un facteur de protection important pour leur proche qui vit en hébergement. Finalement, la commission réaffirme que les proches aidants doivent avoir accès à des services d'information, de formation, de soutien, d'entraide et de répit suffisants pour répondre à leurs besoins. Je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Bergman) : Merci pour votre présentation, Me Frémont. Et maintenant, pour le côté ministériel, Mme la députée de Masson.

• (16 h 20) •

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. Bonjour, merci d'être là pour venir nous présenter votre mémoire. Dans votre mémoire, vous abordez le problème particulier de la formation du personnel en trois volets : les conditions du résident, les droits et les recours des personnes hébergées, l'identification de besoins spécifiques. On pense aux clientèles autochtones, entre autres, et des communautés culturelles, qui ont des besoins souvent particuliers. Selon vous, la formation de base des différents types de personnels qui oeuvrent en CHSLD est-elle adaptée à la réalité et à la lourdeur des cas qu'on observe maintenant, depuis ces dernières années, en CHSLD? J'aimerais vous entendre sur ce sujet.

Le Président (M. Bergman) : Me Frémont.

M. Frémont (Jacques) : Merci. Merci de votre question. Ce qui est clair, c'est que, la commission, de façon formelle, nous avons produit ce rapport dont j'ai parlé, en 2001, et nous avons produit un nouvel état des lieux en 2005. Depuis, nous n'avons pas eu l'occasion de systématiquement réviser et faire une mise à jour de ce rapport en 2013 ou en 2012, donc ça n'a pas été fait. Maintenant, notre sentiment — et je demanderais à Me Bernard, peut-être, de

compléter — c'est que, la formation, il y a eu des améliorations sensibles autour notamment du milieu des années 2000. Mais, comme vous le savez comme moi, les intervenants changent, les établissements changent, vieillissent, se regroupent, disparaissent, réapparaissent, et la formation — j'ai passé ma vie à faire de la formation — c'est toujours à recommencer aussi, et les réalités, dans certains milieux, changent aussi. Donc, ce qui est clair, c'est que ça constitue, encore aujourd'hui, très probablement, un énorme défi. Maintenant, est-ce que c'est complètement désarticulé par rapport aux besoins ou non? J'aurais de la difficulté à vous répondre. Je ne sais pas si Me Bernard peut ajouter quelque chose.

Le Président (M. Bergman) : Me Bernard.

Mme Bernard (Claire) : Merci. Nos constats sont les mêmes que vous pouvez faire. C'est ce qu'on entend comme témoignage, mais, c'est ça, on n'a pas été reviser les programmes et puis on n'a pas fait une consultation nous-mêmes aussi approfondie. Mais ce qu'on entend, quand même, c'est que... Puis, évidemment, les formations, on demande qu'elles soient assez détaillées en fonction des problématiques, des besoins. Il y avait des formations qui étaient annoncées, par exemple en matière de contention, mais on entend que ça n'a pas été implanté. Les formations pour les préposés aux bénéficiaires, bon, il y avait des projets de formation qui devaient être mis en place, mais qui apparemment ne sont pas encore implantés et qui doivent continuer à être, après, mis à jour en formation continue. Mais ça rejoint ce que vous entendez.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : On a entendu en commission aussi des gens nous dire qu'il y a des politiques qui sont mises en place, mais qu'un manque de suivi et d'accompagnement ne permet pas, à géométrie égale, d'appliquer bien ces mesures-là parce que ça demande du suivi puis de l'accompagnement, des fois, pour que ces mesures-là s'appliquent correctement dans tous les milieux. Est-ce que vous seriez d'accord avec ce qu'on a entendu, à ce niveau-là, qui serait une solution?

M. Frémont (Jacques) : En fait, c'est un commentaire très général que je vais faire parce qu'encore une fois on n'a pas vérifié. Mais tout le défi, même si on a les meilleures lois du monde, même si on a les meilleurs règlements, les meilleures politiques, le défi, c'est le changement entre les deux oreilles, c'est le changement de culture d'un milieu. Et, si on savait comment effectuer le changement de culture d'un milieu, si ça pouvait se faire en avalant quelques pilules ou en donnant un cours de trois heures, mon Dieu qu'on serait avancé!

Le problème, c'est précisément de trouver comment un milieu évolue. J'ai conté des histoires, on a eu des enquêtes, il y a eu des règlements, des histoires d'horreur. Et on nous dit qu'un de ces centres, qu'on avait dénoncé ou qui a été condamné et qui a dû payer des dommages, aujourd'hui, ils sont un centre modèle. Pourquoi? Parce que la direction et tout le milieu s'y est mis, s'est pris en main et a effectué ce changement de culture.

Mais, quand on regarde de façon générale le changement de culture, c'est très difficile de savoir comment la culture évolue au sein d'un établissement, au sein d'un organisme, au sein de l'État. Alors, effectivement, il risque d'y avoir... Souvent, les papiers sont bien rédigés, tout le monde sait ce qu'il faut faire. Le problème, c'est que ce n'est pas ce qui est fait quand c'est le temps de le faire, alors, ou ce n'est pas aussi bien fait, ou on pourrait mieux le faire. Et aussi il ne faut pas oublier que les standards, souvent, sont des standards minimaux. Et, dans le fond, une culture qui change, ce n'est pas seulement l'atteinte des standards minimaux, mais c'est de tout faire en fonction d'une logique qui mène au bien-être, dans ce cas-ci, des résidents et au respect intégral des droits des résidents.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. Écoutez, vous avez abordé une question, tout à l'heure, en répondant à ma première question, qui me titillait, en me disant... Bien, vous avez déjà porté des condamnations à des endroits. Est-ce qu'il y a eu du changement? Vous venez d'y répondre. C'est un milieu, entre autres, qui s'est totalement transformé, ce que vous nous dites?

M. Frémont (Jacques) : Me Bernard, pourriez-vous en parler, peut-être donner des exemples?

Le Président (M. Bergman) : Me Bernard.

Mme Bernard (Claire) : Donc, on vous a parlé d'un établissement. Et déjà la commission avait fait un suivi un an ou deux ans après pour voir si les mesures se mettaient en place et elle avait constaté qu'effectivement... Parce que sinon elle aurait pu faire des nouvelles mesures, à ce moment-là. Mais c'est ça, c'est que, là encore, c'était un des établissements qui a témoigné devant vous, et donc on voit... et on voit que c'est un modèle. Donc, nous, on n'a pas voulu désigner... Vous avez toutes les références dans le texte, mais on a juste voulu montrer que ça peut se passer à Montréal et que ça peut se passer en région, et montrer aussi toutes les différentes mesures.

Donc, à la fin, on pointe la formation, mais il y a aussi le leadership de la direction, le soutien clinique qu'on avait recommandé, des politiques internes sur la maltraitance et l'exploitation, des règles de respect. Et une des choses qu'on avait faites, la commission avait accompagné un des CHSLD dans l'application de ces mesures, notamment en développant avec les résidents, avec le comité de résidents et les résidents une charte des droits et des valeurs qu'ils ont développée,

donc, eux-mêmes, et ça s'est fini par une exposition. Donc, c'est l'ensemble des résidents, et du milieu, et des gens qui y travaillent qui ont pu s'approprier aussi... Ce n'est pas simplement de dire : Bon, bien, vous devez avoir un code d'éthique, mais qu'est-ce que ça représente sur le terrain, dans votre vie de tous les jours, dans les rapports de tous les jours. C'est le respect, bon, le respect de l'intégrité, de la volonté, du consentement, de la participation.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Il s'agit de l'intégrer, finalement, hein, d'intégrer tout ça. Mais je trouve ça rafraîchissant de voir qu'il y a quand même des milieux qui sont capables de se reprendre en main puis d'apporter des changements majeurs. Alors, c'est encourageant.

Dans le dossier de la maltraitance — vous l'avez un petit peu abordé, un petit peu, dans vos propos — quels sont, d'après vous, les meilleurs outils ou approches à mettre en place dans nos établissements CHSLD et auprès du personnel, afin de résorber et contrer toute forme, là, de maltraitance ou d'abus envers les aînés ou les adultes hébergés en CHSLD? Est-ce que vous avez des pistes à nous donner?

Le Président (M. Bergman) : Me Frémont.

M. Frémont (Jacques) : C'est un peu difficile. C'est le changement de culture, finalement. Ce qui est clair, c'est que nous, à la commission, nous avons moins... À toutes les semaines, on est saisi de plusieurs causes d'exploitation. Et c'est de façon, comment dire, très superficielle. Mais ce ne sont pas nécessairement des gens en établissement, des gens en hébergement. Ce sont souvent des gens qui sont hébergés dans des milieux privés, et l'exploitation vient en général de leur famille, de proches, d'amis ou de gens qui se sont autoproclamés proches. Donc, ce sont surtout les cas que l'on voit.

Ces temps-ci, on voit beaucoup moins de cas d'établissements où il y a des problèmes systémiques au niveau de l'établissement. Ça ne veut pas dire qu'il n'y en a pas, il y en a certainement, il y en a probablement, mais ça nous est moins rapporté. Donc, est-ce que ça veut dire qu'il y a eu une amélioration des conditions? Et quelles sont... Parce que votre question pointe, finalement, vers les bonnes pratiques, vers les pratiques positives, vers ce qui a eu du succès. Et là j'ai l'impression que ça...

Il faut coller à la culture aussi de l'établissement. J'ai l'impression que les questions de leadership font une grande différence et les questions aussi de relations de travail. Il ne faut pas avoir l'impression que, parce qu'il y a des gestes qui sont mal posés, que c'est nécessairement être un «stool» ou être un délateur que de soulever ces questions. Il faut les soulever collectivement, il faut que les travailleurs aient la chance de discuter de ces choses et, lorsqu'arrive un incident, d'apprendre de ces incidents. C'est vraiment, comment dire, au coeur... Ce processus réflexif que Me Bernard décrivait, c'est vraiment au coeur de l'amélioration de tout établissement.

Malheureusement, les causes d'exploitation... Parce que nous, quand on est saisi d'exploitations, ça nous vient de plus en plus par... l'exploitation financière, ça nous vient de plus en plus par les institutions financières et parfois par des proches qui se rendent compte qu'il y a des choses qui ne vont pas, qui demandent conseil. Et là, très rapidement, la police, les institutions financières, ça peut arriver au curateur, ça rentre de toutes sortes de façons, mais ça pointe normalement vers nous. Et, dès qu'on est saisi, nous, on a une équipe dédiée, spécialisée qui intervient très, très rapidement et, s'il le faut, pour prendre les mesures conservatoires, mais il faut bouger assez rapidement dans ce genre de cas parce que l'argent disparaît très rapidement. Donc, l'exploitation, si vous me demandez si ça disparaît au Québec, j'ai l'impression qu'on est au début d'un phénomène qui va se généraliser. C'est pas mal plus facile d'exploiter une personne âgée que d'aller faire un vol de banque, vous savez.

• (16 h 30) •

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Oui, merci, M. le Président. Effectivement, si ça se passe aussi dans le milieu privé, c'est peut-être plus difficile à identifier. On a aussi entendu, dans d'autres groupes, nous parler de l'importance de travailler à l'imputabilité des gestionnaires de CHSLD. Est-ce que vous, vous pensez que c'est aussi une solution, parmi plusieurs solutions, qui permettrait, là, d'améliorer la situation dans certains endroits?

Le Président (M. Bergman) : Me Frémont.

M. Frémont (Jacques) : Ça nous paraît clair que l'imputabilité, c'est une bonne politique de gouvernance partout, que ce soit dans les établissements, les institutions, en politique, les institutions publiques, les institutions privées, l'imputabilité, c'est certainement une des clés pour améliorer ce genre de situation. Mais ce n'est pas la seule clé. C'est un travail collectif de changement de culture qui nous paraît important à cet égard.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Là-dessus, je partage votre opinion, parce que toutes les belles histoires, jusqu'à maintenant, qu'on a entendues ici, les lieux où est-ce que ça semble le mieux fonctionner, on sent qu'il y a vraiment un partage équitable entre autant la base que la direction, puis que tout le monde est mis à contribution, puis que tout le monde endosse cette vision-là et cette mission-là du lieu. Et puis je pense que la différence, en tout cas jusqu'à

maintenant, pourrait passer par là. Sur ce, je laisserais la parole à mon collègue d'Argenteuil, qui a sûrement des questions à vous poser.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Merci, M. le Président. Bonjour. Moi, j'aimerais revenir au début de votre présentation quand vous parliez d'enquêtes à partir de plaintes. Ça veut dire que vous faites des enquêtes seulement à partir de plaintes?

Le Président (M. Bergman) : M. Frémont.

M. Frémont (Jacques) : Non. D'accord, merci pour votre question. Non, si on a une plainte formelle, on fait une enquête. Mais en matière... Puis ça, les plaintes, on en reçoit des milliers à tous les ans, dans tous les domaines où la commission oeuvre, y compris les domaines de discrimination. Mais, pour ce qui est de l'exploitation des personnes âgées ou handicapées, on ne peut pas, comment dire... Il faut travailler en amont des plaintes. C'est lorsqu'on reçoit une information qu'il peut y avoir... et qu'on vérifie, comment dire, les faits de façon préliminaire... On n'est pas là pour rendre un jugement, mais, lorsqu'on est saisi... une banque, une institution financière nous appelle puis dit : On a des raisons de croire que, madame X, ça ne se passe pas comme ça devrait se passer, tout de suite, lorsqu'on fait une espèce de préenquête, lorsque les faits effectivement semblent, à première vue, concorder vers là, tout de suite la commission, les commissaires, donc, le comité des plaintes se saisit et décide de lui-même de procéder à une enquête d'exploitation.

Alors donc, on n'attend pas la plainte, parce que souvent la plainte ne viendra jamais, surtout lorsqu'on a des personnes qui ne sont pas en milieu institutionnalisé. Il y a une personne dans leur univers, et c'est la personne qui exploite, et ils ont l'impression que, s'il y a une plainte contre cette personne-là, la personne ne s'occupera plus d'eux et puis ils vont se ramasser complètement seuls. Et là c'est une question de vie ou de mort pour ces personnes qui sont extrêmement vulnérables. Donc, on ne pourrait pas attendre la plainte, il faut travailler en amont de la plainte. Et on se saisit... Donc, ce sont des enquêtes de notre propre chef.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Maintenant, le temps de l'opposition officielle. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Excusez-moi, je me suis étouffé. Bonjour, Me Frémont, bonjour, bienvenue ici, à notre commission. Quand vous parlez des institutions financières, est-ce qu'elles ont l'obligation de dénoncer lorsqu'elles prennent connaissance d'un cas où est-ce qu'il pourrait y avoir de l'abus?

M. Frémont (Jacques) : Sous réserve, mais je crois qu'elles n'ont pas l'obligation de dénoncer. Il n'y a personne qui a l'obligation de dénoncer. Maintenant, il y a eu des progrès considérables depuis 2005, lorsqu'on a sorti nos rapports, et, comment dire, désormais, les forces policières, les institutions financières savent que, si elles en voient, elles vont savoir où aller frapper, puis ça arrive très rapidement chez nous. Mais la réponse à votre question, c'est : Non, elles n'ont pas l'obligation.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Merci, M. le Président. Pour culture personnelle, là, comment vous gérez ça, cette dénonciation-là, qui est légitime, versus la confidentialité des informations de la personne?

Le Président (M. Bergman) : Me Frémont.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est parce que la personne doit avoir droit à une certaine confidentialité.

M. Frémont (Jacques) : Tout à fait.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Et puis, à ce moment-là, l'institution financière décide de porter plainte, et, à ce moment-là, elle avertit quelqu'un. Il doit y avoir un article de la loi ou une procédure qui fait que légalement elle peut le faire.

Le Président (M. Bergman) : Me Carpentier.

M. Bolduc (Jean-Talon) : En passant, ce n'est pas une question piège, c'est vraiment une question d'information.

M. Frémont (Jacques) : Non, non, ce n'est pas une question piège, mais on a les pouvoirs. Je ne sais pas si Me Carpentier pourrait... C'est dans...

Le Président (M. Bergman) : Me Carpentier.

M. Carpentier (Daniel) : Oui. Bien, je veux être certain de bien comprendre votre question. C'est-à-dire que, s'il y a plainte, le dossier est traité. Mais, comme on exerce un pouvoir d'enquête, bien, quand on fait l'enquête, on ne peut pas la mener de façon confidentielle, il y a une victime. Alors, je ne sais pas à quel niveau vous...

M. Frémont (Jacques) : Je pense que c'est lorsqu'il n'y a pas de plainte...

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : L'institution financière constate qu'il y a une possibilité d'abus. À ce moment-là, elle doit vous avertir ou elle vous avertit, et puis, à partir de là, vous faites une enquête. Mais, au niveau de la confidentialité de l'information, d'habitude... Il doit y avoir une confidentialité de la part de la banque. Ça doit s'appuyer sur un article de la loi de pouvoir agir comme ça, non?

Le Président (M. Bergman) : Me Bernard.

Mme Bernard (Claire) : Donc, d'abord, il faut distinguer la plainte et le fait qu'on nous énonce des faits. Et, à ce moment-là, on va d'abord vérifier... d'ailleurs, qu'il y ait une plainte... Bon, s'il y a une plainte de la victime, là, on a son consentement d'emblée. Mais, quand on reçoit une plainte qui peut venir... On l'a dit, mais on va le préciser, la plainte peut aussi venir d'un groupe, par exemple, de défense, elle peut venir d'un comité d'usagers, elle peut venir du conseil provincial des malades. La décision Coutu, c'était une situation qui nous avait été... c'était une plainte qui venait du conseil provincial des malades ou du comité... Bon, ils ont changé de nom.

Mais la première chose qu'on doit faire, c'est vérifier : Est-ce que la personne consent? Alors, la charte prévoit une exception dans les cas d'exploitation, alors contrairement à la discrimination, on peut enquêter sans le consentement de la personne. Donc, déjà là, on va voir si on va faire face à la notion de confidentialité aussi. Parce qu'on va d'abord vérifier si la personne consent, donc, la personne dont on dit qu'elle est victime. Mais, après, on peut procéder, dans certaines circonstances, sans son consentement, notamment, bon, si elle est inapte. Et, si elle est représentée et que la personne mise en cause, dont on met en cause le comportement abusif est celle qui la représente, on ne va pas lui demander à elle son consentement pour enquêter sur son comportement.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Un autre élément qui est assez important dans le réseau de la santé, c'est la volonté de la personne où elle veut demeurer, entre autres, les choix des CHSLD. Et, compte tenu que, la plupart des CHSLD, il y a déjà des personnes à l'intérieur qui y demeurent jusqu'à ce qu'il y ait un décès, il y a un phénomène qu'il y a certains CHSLD qui ont une longue liste d'attente. Comment on peut justifier le refus d'aller à un endroit, mais plutôt d'envoyer à un autre? Je sais qu'il y a la question de la disponibilité des ressources.

Et, le cas précis que je veux vous parler, si vous êtes dans un hôpital — puis on l'avait vécu avec l'Hôpital Notre-Dame, où ils ferment leur département de CHSLD — et que la personne refuse de s'en aller parce que ça fait deux, trois ans puis elle trouve que le personnel est adéquat, comment la commission gère ce type de cas là s'il y a une plainte?

Le Président (M. Bergman) : Me Bernard.

• (16 h 40) •

Mme Bernard (Claire) : Nous, on pourrait les gérer seulement si c'est une question de discrimination ou d'exploitation. Si ça ne relève pas de cette compétence-là, on n'enquêtera pas. Donc, il faudrait voir : Est-ce qu'une mesure administrative de fermer un département est de l'exploitation? Je pense que ce serait difficile d'arriver à cette... Parce que la notion d'exploitation, c'est la mise à profit de la situation de vulnérabilité d'une personne pour porter atteinte à ses droits. Là, s'il y a une décision administrative qui est légitime, après c'est de voir comment on peut respecter le consentement de la personne, mais on ne recevrait pas la plainte ou la demande sur cette base-là.

Le Président (M. Bergman) : Me Frémont.

M. Frémont (Jacques) : Je pense que ce que Me Bernard vient d'illustrer, c'est qu'on a une juridiction somme toute très limitée à l'égard de l'objet dont vous êtes saisis. Les standards, les façons de procéder, nous, c'est uniquement par la loupe des droits, exploitation ou discrimination, et, s'il n'y a aucun des deux éléments, on n'a pas juridiction. Et c'est là où on communique avec le Curateur public, ou avec l'ombudsman, ou avec d'autres institutions.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président... Oui, vous aviez un commentaire?

Le Président (M. Bergman) : Me Carpentier.

M. Carpentier (Daniel) : C'est-à-dire que... puis effectivement c'est vrai qu'en matière d'intervention par enquête, donc les pouvoirs de commission d'enquête qu'a la commission, ils sont limités. Il faut être dans des situations de discrimination ou d'exploitation. Par contre, comme on le rappelait, toute personne a droit à tous les droits et libertés qu'il y a dans la charte. C'est sûr que, là, on fait des analyses, que ce soient des législations ou des politiques qui sont mises en place. Ici, par exemple, la commission pourrait commenter, analyser, faire des recommandations au gouvernement sur le fait de procéder à une fermeture et des impacts que ça aurait sur des populations, sur la liberté des personnes, le respect de l'autonomie des personnes, etc., mais ce n'est pas le même type de pouvoirs, donc.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, dans le même ordre d'idée, lorsqu'une personne demeure dans une région, et puis qu'elle décide de déménager pour aller rejoindre sa famille, et puis que le CSSS ne permettrait peut-être pas à cette personne-là d'avoir les services, est-ce que vous avez un pouvoir d'intervention, à ce moment-là? Parce que c'est comme un déni de service.

Le Président (M. Bergman) : M. Frémont.

M. Frémont (Jacques) : Honnêtement, je ne pense pas. Je ne vois pas trop comment on peut... par quelle voie on pourrait attraper ça, à la lumière de ce qu'on vient de dire. En tout cas, je n'ai pas vu ce cas encore. Je ne sais pas, Me Bernard...

Le Président (M. Bergman) : Me Bernard.

Mme Bernard (Claire) : Autrement dit, encore là, si c'est une situation individuelle qu'on nous soumettrait, si ce n'est pas de l'exploitation ou de la discrimination, on ne pourrait pas la traiter sous cet angle-là. Mais on pourrait nous demander un avis de façon plus générale. Et on peut penser à un exemple parallèle, la question de la sectorisation en santé mentale, hein? On nous l'a posée, cette question-là.

Des voix : ...

Mme Bernard (Claire) : Ça, on pourrait... Parce qu'évidemment on pourrait y voir a priori un lien avec le motif discrimination-handicap. Bon, après, il faut établir... Il faut que nous, on ait des victimes. Donc, on ne peut pas non plus se pencher dans des faits... en enquête, sur des situations qui sont factuelles, mais il faut qu'on ait une victime qui puisse porter plainte. On ne fait pas d'enquête générale sur une population en général si on n'a pas au moins une victime identifiée. Donc, encore là, si on...

On peut faire le lien avec... Par exemple, si on voyait une fermeture systématique d'établissements pour personnes âgées, mais qu'on voyait systématiquement une ouverture d'établissements pour... que des établissements pédiatriques, là on pourrait se dire : Bon, bien, est-ce qu'on est dans une discrimination fondée sur l'âge où on est en train de couper les services à l'ensemble des personnes âgées et pour pouvoir donner des services à une autre population? On pourrait y voir un motif de discrimination. Mais il faut quand même faire ce lien-là pour qu'on puisse intervenir en vertu d'un pouvoir d'enquête.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Parce que, quand on parle de la sectorisation, ça s'est fait beaucoup, entre autres à Montréal, où la clientèle de santé mentale avait tendance à aller consulter ailleurs parce que les gens les connaissaient dans leur secteur. Ça, je pense que vous aviez pris position par rapport à cette orientation de l'agence, là.

Le Président (M. Bergman) : Me Bernard.

Mme Bernard (Claire) : Oui, mais j'ai... Un de mes défauts, c'est que je ne me souviens pas de notre réponse.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Pour éviter que vous soyez en contradiction à un moment donné, parce qu'on peut vous la faire sortir si vous ne dites pas la bonne chose, on ne vous la demandera pas.

À l'intérieur de l'établissement, est-ce que vous avez des plaintes qui sont fréquentes, au niveau des CSSS, par rapport justement à l'application des droits? Et est-ce que les gens habituellement vont passer plus par leur responsable des plaintes ou avez-vous une collaboration avec le responsable des plaintes pour savoir si ça a été traité à ce niveau-là?

Le Président (M. Bergman) : Me Frémont.

M. Frémont (Jacques) : À notre connaissance, on a très peu de plaintes qui viennent de milieux institutionnels. Comme j'expliquais tout à l'heure, pour les personnes âgées, l'essentiel des plaintes, ça nous vient de l'extérieur, ce sont des plaintes individuelles d'exploitation, et ça n'est pas en lien avec leurs conditions d'hébergement ou... ça passe tout droit. Je ne sais pas si ça va dans les établissements, mais ça ne se rend pas jusqu'à nous, en général.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, je suis content de vous l'entendre dire. Parce qu'il a été mis, il y a plusieurs années, un mécanisme de traitement des plaintes à l'intérieur d'établissements, puis nos responsables du traitement des plaintes

sont très bien formés, étant une institution publique également, ils ont le droit d'avoir des avis juridiques. Puis, avec le temps, lorsqu'il y a eu des difficultés de fonctionnement ou d'application des règles, c'est généralement diffusé dans le réseau, puis, quand ça devient illégal, ou non approprié, ou si la commission donne un avis, habituellement tous les CSSS font en sorte de ne pas avoir à répéter le même comportement ou la même faute.

M. Frémont (Jacques) : C'est certainement la logique qu'on aime entendre. C'est de la musique à nos oreilles. Le but de la commission, ce n'est pas d'avoir davantage de plaintes, c'est que le système s'arrange pour régler les problèmes et anticiper les problèmes. Et il est clair, par exemple, que ce que vous décrivez, on le voit un peu en matière de jeunesse dans notre mandat de protection de la jeunesse, oui, il y a des plaintes, oui, il y a des débordements, oui, il y a des problèmes à l'occasion, mais on aime croire que, lorsqu'on fait une recommandation plus systémique sur les façons de faire, normalement les associations de... des DPJ, etc., normalement le message pénètre le système, et tout le système corrige ce qui était fautif. Parfois, il y a un peu de frictions, il y a un peu de tensions, mais on finit toujours par y arriver.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon, il vous reste 2 min 30 s.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Je vais laisser la parole à ma collègue. Je voulais juste vous féliciter pour le travail que vous faites, parce qu'on est dans une société de droit, et puis je pense que c'est important qu'on ait un organisme indépendant, objectif et très crédible, ce que vous êtes. Merci beaucoup.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau, il vous reste deux minutes.

Mme Vallée : Rapidement. Je sais qu'il y a toute la question de la discrimination, mais un élément que nous avons entendu et avec lequel on a été sensibilisés, c'est toute la question de la tarification dans les centres d'hébergement et de l'effet de cette tarification-là parfois sur les couples. Lorsque des gens doivent entrer en centre d'hébergement, le revenu est pris en considération, et parfois la personne qui n'est pas hébergée se retrouve dans une situation de précarité financière assez particulière. Et je me demandais si cet élément-là, cette question-là avait été abordée par vos équipes, à savoir : Est-ce qu'il y a là une iniquité du fait que la maladie ou l'état de santé, la détérioration de l'état de santé apporte une situation telle qu'on n'a pas le choix de se tourner vers les CHSLD, mais là on vient dans une situation de précarité financière qui est terrible?

Le Président (M. Bergman) : Me Frémont.

M. Frémont (Jacques) : Ça fait un beau sujet de réflexion, c'est sûr. Écoutez, là, c'est vraiment... on le prendrait par le biais de la discrimination, la discrimination systémique, et on rentre dans la zone difficile des politiques sociales aussi. Par exemple, lorsqu'un couple vit ensemble, comme couple a des prestations réduites plutôt que de multiplier par deux des prestations individuelles, c'est le cas beaucoup en matière de personnes âgées qui vivent ensemble. Puis, évidemment, la vie, à un moment donné, fait qu'on peut... comment dire, les situations se détériorent rapidement au fil de l'évolution, justement, des situations des gens.

S'il y avait des problèmes, je dirais, s'il y avait un problème systémique derrière ça, de discrimination, probablement qu'on pourrait s'en saisir et soit faire une enquête soit donner un avis là-dessus. Ça ferait partie de notre mandat. Maintenant, c'est évident que ça commence à ressembler à des politiques sociales, puis, à ce moment-là, si elles ne sont pas discriminatoires, ça devient davantage des choix de société. C'est peut-être davantage l'ombudsman qui est légitime... pardon, la Protectrice du citoyen, qui est légitime dans des cas comme ça. Je ne sais pas, Me Carpentier, si vous voulez... ou Me Bernard.

Mme Bernard (Claire) : Bien, juste pour préciser, on pourrait prendre un avis. Donc, là encore...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

• (16 h 50) •

Mme Bernard (Claire) : ...on ne traiterait pas par plainte, mais rendre un avis. Notamment, il y a un article dans la charte, c'est l'article 45, qui prévoit le droit à des mesures sociales et financières qui assurent un niveau de vie décent. Et puis on pourrait aussi l'avoir par l'impact que ça a sur les droits fondamentaux. Donc, ce serait un avis général, et ça pourrait être une question soumise... Par exemple, si on voulait modifier une politique de tarification, on pourrait, enfin, examiner l'impact de ces modifications sur ces droits.

Le Président (M. Bergman) : Maintenant, pour le bloc du deuxième groupe d'opposition, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Merci de votre présence. Je vous ai entendu, tout à l'heure, élaborer auprès de... et finalement, je trouve que c'est assez troublant de vous entendre nous dire que des cas d'exploitation, il y en a de plus en plus et ça risque de devenir un fléau. Un, j'aimerais vous entendre élaborer là-dessus. Mais surtout comment on peut faire, nous, comme élus, comme société, pour prévenir ces cas-là, et quelles mesures on pourrait prendre pour éviter ces situations?

M. Frémont (Jacques) : Tout le problème, lorsqu'on parle de criminalité, lorsqu'on parle de déviance, c'est toujours de savoir quelle est la profondeur ou l'ampleur du problème. C'est sûr que nous, on a de plus en plus de plaintes

d'exploitation, mais ça se peut que ce soit parce que les gens savent maintenant où aller. Donc, peut-être qu'il n'y a pas plus d'exploitation, mais que les gens cognent à la bonne porte. Et donc, comment dire, c'est difficile de tirer des conclusions, mais ce qui est sûr, c'est que le phénomène de l'exploitation maintenant est reconnu pour ce qu'il est, il est bien identifié, notamment dans les régions. On va signer une entente, dans la Mauricie, la région de Trois-Rivières, pour que tous les intervenants socioéconomiques, y compris les forces de l'ordre, etc., essaient de travailler ensemble pour mieux identifier, identifier plus rapidement les cas d'exploitation, et les traiter beaucoup plus rapidement, et qu'on en soit saisis, et qu'on travaille, tout le monde.

Je pense qu'encore une fois, avec le vieillissement de la population... et, je dirais, non seulement le vieillissement de la population, le fait que les gens auparavant, quand ils étaient mal, ils mouraient, maintenant ils vivent longtemps, mais, on le sait, il y a des problèmes d'incapacité qui sont de plus en plus présents. Et les gens, ce n'est pas un zéro ou un un, quelqu'un est capable puis il tombe du jour au lendemain incapable. On est beaucoup dans la zone grise. Et toute la difficulté, comme société, c'est de gérer notamment cette zone grise parce que, quand la personne est incapable, il y a des mécanismes qui sont mieux établis pour tenir compte de cette incapacité.

Encore une fois, c'est plate, la réponse que je vais faire, c'est moche, mais c'est de conscientiser, qu'il y ait des campagnes... Il y a eu des campagnes, je pense, l'année dernière ou l'autre année avant, pour dire aux gens : Réagissez, soyez alertes, quand vous voyez quelque chose dans vos milieux au sujet de vos proches et qu'il y a des comportements qui n'ont pas d'allure, ce n'est pas de la délation, ce n'est pas des dénonciations, c'est tout simplement d'être responsables et de protéger vos proches que de vous adresser à quiconque pour que le système au moins puisse intervenir. Et puis il y a la confidentialité qui est garantie. On ne publie pas les noms des gens. Mais on doit intervenir assez rapidement pour ces choses. Et c'est clair que, notre groupe, en termes d'exploitation des personnes âgées et handicapées, ça ne chôme pas, par les temps qui courent, il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de travail, ça rentre tous les jours.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Me Frémont, Me Carpentier, Me Bernard, merci pour votre présentation, merci d'être ici, avec nous, de partager votre expertise.

Et je demande à Dre Catherine Vanasse de prendre place à la table. Et je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 16 h 54)

(Reprise à 16 h 57)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je souhaite la bienvenue au Dre Catherine Vanasse.

Bienvenue. Vous avez 10 minutes pour faire votre présentation, suivie d'un échange avec les membres de la commission. Pour les fins de l'enregistrement, on a besoin de votre nom, de votre titre, et vous pouvez procéder.

Mme Catherine Vanasse

Mme Vanasse (Catherine) : Alors, mon nom est Catherine Vanasse, je suis médecin de famille depuis 30 ans bientôt. Je pratique à l'institut de gériatrie de Sherbrooke, anciennement le Sherbrooke Hospital, le pavillon où moi, j'étais... depuis 25 ans que je suis établie à Sherbrooke dans cet environnement-là. Je suis avec l'institut depuis les multiples fusions et depuis que c'est devenu un CSSS-IUGS. J'y suis aussi la présidente du comité de Programme clinique en hébergement depuis environ huit ans. J'ai pris la relève de Dr Arcand, Marcel, que vous devez connaître, qui m'a mandatée aujourd'hui pour venir représenter le CSSS puis, en même temps, parler un petit peu en mon nom, avec l'expérience que j'ai accumulée au fil des années.

Alors, j'aimerais vous parler un peu de la situation actuelle en soins de longue durée en vous disant, en débutant, que je pense que tout a déjà été dit depuis 15 ans. On ne réinvente pas la roue, on essaie d'améliorer les choses, mais les principes directeurs qui sont sur la table actuellement sont là depuis que je suis investie en soins de longue durée. On parle de qualité de vie, on parle de l'approche milieu de vie, on parle de la qualité des soins, d'une approche personnalisée, de soins de fin de vie professionnels. Ce sont des propos qu'on entend depuis longtemps, que j'aimerais décortiquer un petit peu avec vous.

• (17 heures) •

Dans notre milieu — parce que je peux parler simplement pour le milieu dans lequel je travaille — je vais vous donner quelques points forts. Certains s'appliquent à la grandeur de la province et découlent de normes ministérielles, entre autres le plus grand nombre de chambres privées — je pense que, ça, c'est un atout dans la qualité du milieu de vie d'hébergement des bénéficiaires — avec la permission d'avoir des aménagements personnalisés. À l'institut de gériatrie, nous avons maintenant le système de cloche sans bruit, le système Vocera, qui est nettement une amélioration au niveau de l'environnement sonore pour les bénéficiaires. C'est grandement apprécié par les patients, les familles et les travailleurs. Ça accélère et ça facilite aussi l'intervention des intervenants entre eux, parce que, même si quelqu'un est après donner un bain à un patient ou en train de faire manger quelqu'un, il peut répondre directement à l'appel de l'infirmière pour voir si un collègue est disponible pour venir l'aider ou quoi que ce soit. Alors, ça évite énormément de déplacements, on gagne beaucoup en temps de travail avec ce système-là.

Chez nous, on bénéficie aussi du soutien de professionnels. On est un établissement assez choyé, je crois. Je suis allée, la semaine dernière, faire des inspections professionnelles pour le Collège des médecins dans trois établissements de soins de longue durée à Montréal. C'était une première expérience pour moi, et je vous avoue que je suis revenue dans

mon milieu en trouvant qu'on était quand même assez choyés et gâtés. Alors, je sais pertinemment que ce n'est pas le cas partout.

Nous avons aussi une programmation de soins de fin de vie qui, je crois, se...

Le Président (M. Bergman) : Madame.

Mme Vanasse (Catherine) : Oui?

Le Président (M. Bergman) : Je dois vous interrompre. Il y a un vote à l'Assemblée nationale, et les députés sont appelés à aller...

Mme Vanasse (Catherine) : D'accord.

Le Président (M. Bergman) : ...au vote à l'Assemblée nationale.

Mme Vanasse (Catherine) : Je vais être moins nerveuse au prochain tour.

Le Président (M. Bergman) : Oui. On va retourner ici dans 15 minutes. Alors, on vous demande votre patience.

Mme Vanasse (Catherine) : Il n'y a pas de problème.

Le Président (M. Bergman) : Merci.

(Suspension de la séance à 17 h 1)

(Reprise à 17 h 18)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, Dr Vanasse, vous avez... c'était un 3 min 21 s, et votre présentation, 10 minutes, alors...

Mme Vanasse (Catherine) : Oui, je vais accélérer.

Le Président (M. Bergman) : ...je m'excuse pour le délai.

Mme Vanasse (Catherine) : D'accord.

Le Président (M. Bergman) : Alors, on va continuer.

Mme Vanasse (Catherine) : Merci. Alors, pour terminer avec les points positifs de notre milieu, je commençais à parler de la programmation de soins de fin de vie que nous avons élaborée, avec un accompagnement accru auprès des familles. Le seul regret que j'ai, c'est le concept de nos chambres multifonctionnelles qui sont supposées être disponibles pour nos patients qui sont en chambre double et qui, à cause de la pression d'admission, évidemment, ces chambres-là sont généralement déjà occupées par des bénéficiaires qui sont en attente de leur propre lit de soins de longue durée. On ne peut donc pas remplir cette norme ministérielle là à toutes les occasions.

Au niveau des difficultés qu'on éprouve en soins de longue durée, je vous dirais que l'alourdissement de la clientèle force le milieu à axer les soins vers l'approche milieu de soins plutôt que l'approche milieu de vie étant donné la lourdeur que la clientèle exige en termes de soins.

Le processus d'admission est extrêmement rapide, comme vous avez déjà entendu parler sûrement. À mon pavillon, où je travaille, un des quatre pavillons de l'institut, le taux de roulement est de 47 % par année, alors c'est beaucoup de monde. À chaque semaine, il y a plein de nouveaux patients qui arrivent. Et souvent l'admission se fait dès le lendemain d'un décès. Les familles ont de la difficulté à vivre le deuil, à vider la chambre, et tout ça se fait en même temps, l'autre famille n'a certainement pas le temps de respirer avant d'emménager avec leur proche.

• (17 h 20) •

La cible du taux d'occupation de 100 % est, à mon avis, une cible inhumaine. On occupe même environ 105 %, des fois 110 % dans nos lits en utilisant nos lits multifonctionnels. Il y a beaucoup de pression sur le système avec ça. Cette pression-là, elle est aussi difficile pour le personnel que pour les bénéficiaires, qui sont obligés de rentrer vite et de partir vite. De plus, le passage par multiples milieux avant l'admission finale en soins de longue durée va à l'encontre des grands principes de la gériatrie, où est-ce qu'on voudrait favoriser un milieu stable et le moins de changements possible.

Au niveau des familles, la séparation des couples est un peu une doléance parce qu'il y a des bénéficiaires qui auraient besoin tous les deux d'être admis en soins de longue durée, et c'est très difficile de les faire admettre dans le même établissement. On n'a pas encore l'accès non plus à admettre un patient un petit peu plus léger que le CHSLD pour lui permettre de continuer sa vie avec son conjoint.

Les admissions vont avoir priorité sur le transfert des patients mal logés à l'intérieur de l'établissement. Alors, malheureusement, souvent on admet un patient dans une chambre qui ne lui convient pas parce qu'il n'y a pas de toilette ou il n'y a pas de ci ou ça, et, à mon avis, ce patient-là devrait avoir la priorité, lorsqu'une chambre se libère, et le nouveau patient pourrait aller dans la chambre qui va être libérée, et ce n'est pas le cas. Il y a trop d'urgences à admettre des soins aigus, alors on ne prend pas la journée que ça prendrait pour faire le transfert de patients. Ça entraîne beaucoup de méfiance de la part des familles, de faire ça, tout ça, vite, vite. On n'a souvent pas le temps de s'asseoir, puis de les rassurer, puis de leur expliquer le processus. Les demandes quotidiennes des familles sont souvent difficiles à combler parce que le personnel manque de temps. J'y reviens tout à l'heure, à ça.

Les attentes envers les soins médicaux sont souvent démesurées et irréalistes. On a beaucoup de bénéficiaires avec des troubles cognitifs, des démences très avancées, et les familles sont tellement précipitées dans le processus, et le deuil n'est pas fait, elles ont de la misère à accepter que les soins pourraient être des soins de confort dans une plus grande majorité de cas. Je pense que là-dessus aussi on devrait se pencher, en tant que professionnels, pour réévaluer l'offre de service médical auprès de cette clientèle-là.

L'approche milieu de vie, on essaie de la rencontrer dans les rencontres interdisciplinaires. Chez nous, à tout le moins, on a une section qui s'appelle Qualité de vie, à laquelle on souhaite que les représentants des loisirs participent parce que c'est avec eux qu'on peut définir en grande partie aussi la question milieu de vie. Malheureusement, il manque de personnel en loisir, et, la majorité du temps, ils ne sont pas présents à nos rencontres interdisciplinaires.

Je voudrais vous parler de la mixité des clientèles. Alors, vous savez comme moi la difficulté à gérer les patients avec symptômes comportementaux liés à la démence. De mettre ces clients-là partout, avec des clients lucides mais démunis physiquement, et les intrusions dans les chambres, etc., ça ne fait pas toujours des mariages heureux, encore moins quand on a des patients en soins palliatifs sur une unité puis qu'il y a plein de patients déments autour, qui crient puis qui entrent dans les chambres, ce n'est pas toujours évident à gérer. Le regroupement de clientèles, à mon avis, serait une option valide en petit milieu. Je pense que nos grandes unités de 72 lits, avec des corridors à ne plus finir, ça perd sa nature de milieu de vie, ça devient une institution. C'est très difficile de représenter un espace humain et chaleureux dans des contextes comme ça.

Le regroupement des clientèles, encore une fois, ça a déjà été tenté, la difficulté, c'est encore le taux d'occupation et le roulement de clientèle, parce que ça prend des critères précis pour accéder à une unité spécifique de type précis de clientèle, et, si le prochain patient à être admis ne rencontre pas ces critères-là, on ne peut pas laisser le lit vacant. Alors, c'est beaucoup plus facile pour l'administration d'avoir des unités mixtes, mais pas nécessairement mieux pour la clientèle.

Je trouve aussi que les objectifs de performance qui nous sont imposés sont beaucoup de type quantitatif. On mesure tout, on mesure le nombre de pas qu'on fait, on mesure le temps que ça prend à aller faire pipi, mais jamais on ne mesure le temps qu'on a de disponible pour s'asseoir avec un patient puis le prendre par la main. Ce n'est jamais mesuré, il n'y a pas de façon, c'est de la subjectivité, hein? Mais c'est là qu'est la qualité de vie des bénéficiaires. Ce n'est pas dans le nombre de bains qu'on a donnés dans une journée, mais dans le temps puis la chaleur qu'on a mis à administrer le bain à ce patient-là. Et ça, bien, malheureusement, il n'y a pas de façon de le mesurer autre que par la satisfaction de la clientèle.

Il y a peu de place pour promouvoir l'autonomie des bénéficiaires, pour faire les activités de la vie quotidienne parce que ça va trop vite. Quand le préposé accompagne un patient, c'est beaucoup plus rapide de lui brosser les cheveux puis lui brosser les dents lui-même. Malheureusement, souvent, le patient est capable de le faire lui-même, mais il n'arrivera pas à faire ses six patients avant que les cabarets du midi arrivent s'il prend le temps d'aider puis d'encourager la personne.

La formation du personnel est insuffisante. Les préposés, principalement, n'ont aucune idée... Premièrement, ils sont tenus de ne pas savoir les diagnostics des patients, ils n'ont pas accès au dossier médical. Alors, comment voulez-vous bien soigner quelqu'un qui relève d'une fracture de hanche puis qui a de la misère à marcher si vous ne savez pas qu'il vient d'être opéré pour une fracture de hanche?

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

Mme Vanasse (Catherine) : Ma conclusion : il manque de personnel, c'est la pierre angulaire de la problématique de l'hébergement. Seuls les soins de base peuvent être donnés, le surplus est difficile à prodiguer. C'est très difficile d'instaurer le concept habitudes de vie, milieu de vie parce qu'il manque de temps, les délais sont trop longs pour répondre aux cloches, il manque de monde. Il y a trop de chefs, pas assez d'Indiens. Il y a beaucoup de cadres et de conseillers, il y a beaucoup de surveillants qui viennent s'assurer qu'on fait quatre trente-sous avec une piastra, mais honnêtement on ne peut pas faire plus que trois trente-sous avec nos piastres présentement, puis c'est le mieux qui peut être fait, hein? C'est ma conclusion.

Le Président (M. Bergman) : Merci, Dre Vanasse. Maintenant, pour le parti ministériel, Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. Merci d'être là, Dre Vanasse, et de venir nous témoigner de votre expérience et de vos années — vous avez parlé, je pense, de 30 ans, tantôt — dans le secteur des CHSLD. Vous nous avez dressé un portrait rapide, mais, je vous dirais, très précis, là. Honnêtement, je me demande par où commencer. Mais je pense que ce que vous nous dites, c'est : Manque de ressources évident. Pour vous, on ne pourra jamais atteindre, en tout cas chez vous, un milieu de vie intéressant en raison de ça.

Il y a des gens qui sont venus nous parler d'autres expériences, d'autres milieux de vie, dans d'autres CHSLD, et j'avais noté que ça passe aussi beaucoup par mettre tout le monde à contribution dans l'équipe, hein? Ce qu'on a entendu

jusqu'à maintenant, là, où est-ce que c'était réussi, c'est que tout le monde était mis à contribution, autant... Je me souviens d'avoir entendu, dans un CHSLD de la région de Granby, que même ils avaient créé comme un nouveau poste, de préposé à l'unité, pour que cette personne-là s'occupe tout des tâches qui sont plus de routine puis qu'il y ait quelqu'un d'autre qui a plus d'affinités avec la personne, qui s'occupe plus des liens avec la personne, mais la préparation, mettre la table ou servir les repas se faisait par une autre personne. Ça fait que, ça, je trouvais que c'étaient des initiatives intéressantes.

On a eu un autre CHSLD qui est venu nous parler que même les préposés étaient amenés à jouer un rôle, autant l'éducatrice spécialisée, la travailleuse sociale, tout le monde, c'était plus comme un cocon un peu plus familial où est-ce que tout le monde mettait la main à la pâte pour apporter le côté humain, l'humanité aux personnes qui sont en CHSLD.

Est-ce qu'à la lumière de ces propos-là, est-ce que vous pensez que ça peut être quelque chose de possible, ou, avec la lecture que vous nous en faites, que vous nous dites : Non, écoutez, ça, dans notre cas ou de ce que j'ai vu, c'est impossible? Parce qu'il y a des gens qui sont venus nous dire qu'il y a des belles expériences, là.

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

• (17 h 30) •

Mme Vanasse (Catherine) : Oui. Merci. Je pense que oui, que c'est réalisable. Le pavillon dans lequel je travaille est le plus médicalisé. C'est là que nous accueillons les patients les plus lourds médicalement. Alors, il faut comprendre que les soins sont en conséquence. Et ces patients-là exigent beaucoup de soins, de nursing, des soins médicaux importants. Alors, dans un milieu peut-être un petit peu plus allégé en termes de clientèle, je crois que c'est possible d'accéder à ça.

Nous, on a fait l'exercice, cette année, de faire la réorganisation du travail, on a révisé les tâches de chaque poste de travail : les PAB, les infirmières auxiliaires, les infirmières. On a créé un poste d'agent de services, qui lui ou elle vient faire les petites tâches que l'infirmière faisait qui étaient plus administratives — aller chercher les médicaments, et tout — pour récupérer du temps. Mais, même avec ça, je vous dirais que... Les soins de base sont donnés, je n'ai pas d'inquiétude là-dessus. C'est le petit bonus, que, quand on en voit de temps en temps, on dit : Alleluia! On a eu le temps aujourd'hui d'en donner un petit peu. On aimerait ça être en état de grâce un petit peu plus souvent.

Mais, oui, ça serait atteignable, mais il faudrait... Il y a beaucoup de tâches cléricales aussi. Les infirmières... je comprends que c'est la nouvelle définition du rôle d'infirmière, avec la gestion de l'équipe et beaucoup, beaucoup, beaucoup d'outils d'évaluation, ça ne finit plus finalement, pour des documents qui souvent sont là, sont empilés, mais je ne peux pas garantir qu'ils servent à beaucoup, beaucoup de choses.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Et ce, au détriment de la personne?

Mme Vanasse (Catherine) : Moi, je dirais que oui, oui.

Mme Gadoury-Hamelin : Vous nous avez parlé que la formation laissait à désirer dans certains postes particulièrement de travail. Donc, vous nous avez parlé aussi qu'il y a des gens qui ne savent pas l'historique à peu près de la personne, donc il devient difficile aussi d'apporter des soins convenables en fonction d'une situation. Quelle solution vous pensez... C'est quoi que vous voyez, vous, madame?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Bien, je crois qu'il faut qu'il y ait des programmes de formation systématique pour tous les nouveaux employés puis de la formation continue, en répétant ces enseignements-là beaucoup au niveau des troubles cognitifs. Évidemment, c'est 80 % de notre clientèle, je pense que c'est essentiel qu'on sache comment empêcher un patient de nous agresser puis éviter, bien, les blessures, etc., qui vont s'ensuivre. Et on le vit régulièrement par du personnel qui vient d'unités spécialisées, qui sont formés qui viennent sur d'autres unités en remplacement, et, oups! subitement, eux, ils savent comment gérer une situation. Alors, c'est sûr que ça prend du temps puis des sous, former le personnel, mais je pense que la qualité des soins en serait grandement améliorée.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Savoir aussi comment apaiser une personne plutôt que de mettre de l'huile sur le feu puis d'augmenter son état d'esprit. Plus dans ce sens-là, j'imagine, ce que vous nous dites?

Mme Vanasse (Catherine) : Oui, tout à fait. Puis de les accompagner puis, exactement, de calmer une situation qui pourrait prendre de l'ampleur puis devenir problématique avec de l'agressivité ou...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Vous nous avez parlé aussi d'un manque au niveau des loisirs, au niveau du milieu de vie plus, là. Pouvez-vous nous dire quelles solutions pourraient être apportées chez vous pour apporter des solutions concrètes, chez vous et ailleurs, là, parce que je ne veux pas...

Mme Vanasse (Catherine) : Oui. Moi, je considère que les loisirs sont une des parties essentielles du milieu de vie du bénéficiaire, c'est ce qui lui permet de se divertir, de sortir de son état de malade et de vivre une vie un petit peu normale. Chez nous, les loisirs sont assez bien développés. Dans plusieurs milieux, je sais que c'est le cas aussi.

Mon intérêt serait qu'ils fassent davantage partie de l'équipe soignante, qu'ils soient présents à nos rencontres pour qu'on puisse les intégrer de meilleure façon. Parce qu'à huit têtes autour d'une table bien souvent on trouve des bonnes idées pour aller chercher des éléments qui plairaient aux patients, en particulier avec l'histoire familiale, l'histoire de vie que la famille nous fournit. Alors, si on avait des gens de loisir un petit peu plus disponibles, ils seraient disponibles pour assister à nos rencontres interdisciplinaires puis élaborer des plans d'intervention avec nous.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci. Il nous a été aussi mentionné qu'une équipe de proches aidants, bien, des familles, dans le fond, ou des proches aidants présents dans l'environnement apportent un certain allègement parce qu'ils sont souvent là plus souvent. Ils peuvent donner aussi, des fois... apporter un peu de gaieté à un voisin de chambre ou, des fois, apporter un support, un sourire à quelqu'un. Ça, est-ce que c'est présent chez vous? Puis pensez-vous que c'est aussi une solution qu'on devrait, tu sais, comme insuffler le plus possible pour que les gens soient là?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Oui, c'est présent. C'est extrêmement apprécié, la collaboration des familles. On leur passe souvent le message qu'ils font partie de l'équipe avec nous, ça leur donne un sentiment de valorisation dans leur rôle. Souvent, ce sont eux qui étaient les aidants naturels au préalable, alors on ne leur enlève pas totalement leur fonction puis leur identité par rapport à leurs proches. La difficulté, par contre, c'est que, quand on devient dépendant d'eux... Bien, je me suis déjà fait dire : Bien, moi, je paie pour les mêmes services que tout le monde, puis c'est moi qui les donne, vous devriez m'alléger les frais d'hébergement. Alors, ils sont perçus comme un aidant qui participe aux soins, dans leurs yeux à eux, là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Écoutez, moi je céderais la parole à mes collègues.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée des Îles-de-la-Madeleine... M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Merci, M. le Président. Une couple de petites questions de précision. Vous parliez d'un roulement de patients. Qu'en est-il au niveau de votre personnel? Est-ce que le personnel est stable ou est-ce qu'il y a un roulement important aussi?

Mme Vanasse (Catherine) : Disons que c'est un des points que je n'ai pas eu le temps d'aborder, la stabilité du personnel. Je pense que les conditions de travail sont très exigeantes pour le personnel. Il y a beaucoup de changements de postes parce qu'on veut aller voir ailleurs au cas où ça serait moins difficile dans un autre milieu. Il y a beaucoup, beaucoup de roulement de personnel. J'en faisais mon cheval de bataille et je vous avoue que j'ai baissé les bras, j'accepte maintenant de travailler avec du personnel remplaçant. Puis on répète, et on répète, et on signe les fichiers d'erreurs puis d'incidents, parce que le personnel, ils ont trop de paperasse à lire puis... Alors, malheureusement, c'est un enjeu. Il y a aussi un enjeu des syndicats. Chez nous, en tout cas, avec les fusions de quatre établissements, il y a eu plusieurs syndicats de fusionnés en même temps. Ça crée des enjeux au niveau du remplacement, de l'attribution de postes à court terme, à moyen terme. Donc, c'est vraiment problématique, le remplacement de personnel.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Vous parliez aussi de formation. Est-ce qu'un meilleur système de formation serait, du moins en partie, une solution à ce roulement de personnel?

Mme Vanasse (Catherine) : Il y a beaucoup d'énergie mise dans la formation. Évidemment, c'est les budgets qui manquent parce que, quand le personnel est en formation, bien ça prend d'autre personnel pour les remplacer sur les unités de soins. Il y a toutes sortes de stratégies qui tentent d'être développées, de l'enseignement sous forme de petites capsules de 10 minutes, vidéo que la personne peut écouter chez elle ou qu'elle peut écouter sur son heure de pause. Mais, bon, ça prendrait quelque chose de très encadré et de récurrent aussi pour rafraîchir la mémoire.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Vous parliez également que le regroupement serait souhaitable, mais que c'était difficile à cause que vous aviez un grand milieu. Pourquoi c'est difficile dans un grand milieu?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Disons que le regroupement en soi n'est pas vraiment difficile dans un grand milieu parce qu'on peut prendre une aile en particulier puis la désigner pour un certain type de clientèle. Ce qui est difficile, c'est que, si un patient d'une clientèle particulière décède, et qu'on a une urgence d'admettre, puis que le prochain patient ne rencontre pas les critères de cette clientèle-là, on n'a pas le droit de garder le lit vacant en attendant d'avoir quelqu'un qui serait au bon endroit dans ce lit-là. Alors, c'est pour ça que c'est difficile de créer des regroupements de clientèles.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Une petite dernière. Mais j'aimerais voir comment vous voyez la solution. Vous avez affirmé, à un moment donné, qu'il y avait trop de chefs et pas assez d'Indiens. Alors, est-ce qu'il faut abattre les chefs et engager plus d'Indiens? C'est quoi, la solution?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

• (17 h 40) •

Mme Vanasse (Catherine) : J'oserais vous dire presque oui. J'ai visité, il y a deux ans environ, le centre Maimonides. Je pense que je ne le dis pas comme il faut. Mais, à tout le moins, c'est un centre d'hébergement à Montréal de confession juive, et puis eux, ils ont fait un gros remaniement il y a plusieurs années au niveau de leurs gestionnaires et ils n'ont pas une gestion pyramidale, ils ont une gestion linéaire. Pour un établissement de... Là, j'oublie, excusez-moi, je n'ai pas préparé ce bout-là. Mais pour, disons, un établissement de 400 lits, ils ont quatre à cinq gestionnaires qui ont plusieurs chapeaux et ils ont, je vous dirais, au moins 30 % de plus de personnel sur les unités de soins. Je pense que leur taux de satisfaction est certainement supérieur au nôtre, autant au niveau du personnel qu'au niveau de la clientèle.

Et je maintiens ma position qu'il y a vraiment trop de chefs. Il y a des conseillers pour ci, puis on va engager un autre conseiller pour évaluer si le premier conseiller a bien évalué les sous-conseillers, ça ne finit plus. Je veux dire, je pense que le pavillon administratif est aussi gros que le pavillon de patients, là.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Maintenant, pour l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Bienvenue, Dre Vanasse. Votre pavillon où vous travaillez, il a combien de résidents?

Mme Vanasse (Catherine) : Il y a 262 résidents en soins de longue durée et il y a une trentaine de résidents à l'unité de courte durée gériatrique, de laquelle je ne m'occupe pas.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Et vous avez dit que... Quand on parlait de taux de roulement, j'ai compris que c'étaient des patients qui décédaient, parce que la majorité doivent demeurer jusqu'à la fin de leur vie. Vous avez dit que c'est 47 %?

Mme Vanasse (Catherine) : Oui. Dans la dernière année, on a eu un taux de roulement de 47 %.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Mon interprétation clinique, ça veut dire que les patients ou les usagers qui vont demeurer chez vous sont certainement très... une grande perte d'autonomie. Les profils ISO-SMAF de ces patients-là, c'est des profils qui peuvent jouer de quoi...

Mme Vanasse (Catherine) : La majorité sont des 11 à 14. Bon, on a beaucoup de 13 et 14, mais beaucoup de profils physiques, étant donné que nous sommes le pavillon médicalisé, avec les inhalothérapeutes sur place, la radiographie sur place, les électrocardiogrammes, et tout, sur place, les cliniques externes aussi. Alors, la durée de séjour chez nous est d'environ un petit peu moins de deux ans, ce qui est en dessous de la norme provinciale, là... bien, la norme... la moyenne provinciale.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Et puis les gens, quand ils sont admis, est-ce qu'ils ont d'autres alternatives? Parce que c'est probablement des unités de 30, 40 lits que vous avez?

Mme Vanasse (Catherine) : 72 lits.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça, ça veut dire que ça va un petit peu à l'encontre du concept milieu de vie?

Mme Vanasse (Catherine) : Totalement.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ah! O.K. Et puis, quand vous regardez qu'est-ce qui se fait dans la province par rapport à des unités de 72 lits comme vous avez versus des... on appelle ça des îlots de 14-15 lits, qu'est-ce que vous pensez que devrait être l'avenir du Québec au niveau des CHSLD?

Mme Vanasse (Catherine) : Des unités de 14-15 lits.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K.

Mme Vanasse (Catherine) : En petits milieux. J'ai même rêvé, à un moment donné, de créer des maisons, un complexe de maisons de 10-12 bénéficiaires ou un ratio, en tout cas, qui justifie le personnel, là, pour que ça arrive dans des nombres adéquats et puis faire des petits milieux de vie de cette nature-là. Il me semble que ça serait tellement beau.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Les résidents qui vont demeurer dans votre établissement, est-ce que c'est des gens qui seraient capables de demeurer à domicile?

Mme Vanasse (Catherine) : Non.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non. Donc, on en arrive avec le principe du continuum de services, c'est-à-dire qu'à un moment donné quelqu'un peut être à domicile longtemps, même si on veut le maintenir à domicile, il arrive un temps que ce n'est médicalement ou socialement plus possible. Est-ce que vous êtes d'accord avec ce concept-là?

Mme Vanasse (Catherine) : Tout à fait.

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Excusez. Tout à fait.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Donc, puis la durée que vous avez dit dans votre... c'est-à-dire... La durée de vie, c'est-à-dire le temps que les gens vont demeurer dans la résidence, c'est d'environ deux ans, puis je suppose qu'avant ça ils étaient soit dans une ressource intermédiaire ou encore à la maison?

Mme Vanasse (Catherine) : Bien souvent, oui.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Avez-vous la proportion de ceux qui étaient dans une résidence intermédiaire versus à la maison?

Mme Vanasse (Catherine) : Les ressources intermédiaires sont un concept relativement nouveau encore en Estrie. On vient d'en ouvrir encore une quarantaine de lits dans l'année 2013. Alors, on n'a pas encore un gros achalandage qui provient des RI. La majorité de notre nourriture vient du CHU ou de l'hôpital de courte durée. Et ces patients-là viennent en général du domicile, mais évidemment ils arrivent multipiqués, comme on aime les appeler, ils sont vraiment, vraiment très malades. Leur capacité physique, comparativement à il y a 15 ans par exemple, est nettement diminuée, les besoins en soins sont très supérieurs.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, merci, M. le Président. Il y a une explication à ça. Avant ça, on les prenait plus légers, on les rentrait dans les CHSLD puis ils faisaient plusieurs années, tandis qu'avec le virage qu'il y a eu vers le maintien des personnes à domicile... Puis c'est ce qu'on veut, d'ailleurs, on veut les garder le plus longtemps possible à domicile, plus... En tout cas, moi, j'étais dans une région où est-ce qu'on avait développé les ressources intermédiaires, donc on avait cette alternative-là avant d'aller en CHSL.

Comme de fait, il y a très peu de personnes actuellement qui entrent en CHSLD avec des profils inférieurs à 10 selon le SMAF. C'est ce qu'on veut, mais ça amène un grand changement au niveau du fonctionnement des CHSLD, dont, entre autres, clientèle plus lourde, augmentation de la charge de travail. S'il n'y a pas d'ajustement au niveau des ratios employés-usagers, à ce moment-là, là, on peut se retrouver avec une situation où est-ce que soit le service n'est pas donné ou les gens sont en surcharge de travail. Puis, ce que je comprends, c'est ce que vous êtes en train de nous décrire comme situation.

Mme Vanasse (Catherine) : Exactement.

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Je vous dirais qu'auparavant, quand on avait des clients un petit peu plus légers, ça temporisait pour les clients plus lourds et ça permettait d'avoir un petit peu plus de temps. Cet équilibre-là n'est plus maintenant. Tous les clients sont lourds, alors, comme il y a le même nombre de personnels, bien ils ont beaucoup de travail et puis le petit bonus, il est difficile à donner.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Ça, je trouve ça intéressant. Parce que la solution... Souvent, les gens nous disaient : Oui, mais il faut recevoir des clientèles légères pour équilibrer. La solution n'est pas d'avoir des clientèles plus légères, c'est d'augmenter les heures des employés ou le nombre d'employés pour s'occuper de cette clientèle qui est beaucoup plus lourde.

Mme Vanasse (Catherine) : Moi, je suis tout à fait d'accord avec ça, parce que je comprends très bien le concept et la mission des CHSLD qui est d'accommoder les patients en plus grande perte d'autonomie. Je pense que ça serait inopportun de revenir en arrière puis de rentrer des clients plus légers. Je pense que, tout simplement, il faut qu'il y ait plus de bras pour supporter la demande.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, parce que ce qu'on veut, c'est respecter la volonté de la personne et de la famille, garder les gens le plus longtemps possible à domicile.

Vous êtes dans un établissement avec une clientèle très lourde, avec un taux de décès de 47 % annuellement. Habituellement, c'est autour de 35 %, 40 %. Donc, la clientèle est très lourde. Est-ce que vous considérez que vous avez un milieu de soins ou un milieu de vie?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Je vous dirais que, dans 75 % des cas, nous avons un milieu de soins, et, dans 25 % des cas, on est capables d'offrir un milieu de vie. Lorsque nos clients sont un petit peu moins lourds et qu'ils ont un petit peu plus d'autonomie, le personnel a moins de soins à donner, ils sont capables de faire plus de l'accompagnement, à ce moment-là.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est la réponse que je m'attendais puis c'est la réponse que je pense que je voulais également. Parce que, quand on parle de CHSLD, des fois les gens nous parlent de l'animation, nous parlent d'avoir des activités, là, on s'imaginer une clientèle relativement légère qui va aller manger à la cafétéria ou qui va manger dans sa chambre, qui va aller écouter la télévision. Mais actuellement, de ce que vous décrivez de votre clientèle, c'est une clientèle qui a des problèmes assez sévères, avec probablement beaucoup de troubles cognitifs, dont les activités, même si on voulait en faire faire beaucoup, sont probablement minimales.

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Bien, je trouve que c'est un petit peu exagéré de présenter ça comme ça.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...un correctif, je l'accepte, là, je veux juste... On parle entre cliniciens.

Mme Vanasse (Catherine) : Oui, je sais.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parce que ce qu'on voit, c'est que des fois les gens s'imaginent qu'en CHSLD c'est des gens, là, qui vont sortir. Mais moi, de ce que j'ai vu, il y a une clientèle qui est peut-être un peu plus légère mais une clientèle qui est également très, très malade, là.

Mme Vanasse (Catherine) : Mais c'est certain qu'on n'amènera pas un patient avec une démence sévère jouer aux cartes ou au Po-Ke-No. Par contre, il y a des activités musicales qui sont organisées, il y a la zoothérapie. Je pense qu'on devrait offrir à nos clients de la massothérapie, de l'aromathérapie. Il y a toutes ces approches alternatives là qui font dans le bien-être du patient, qui seraient intéressantes à développer puis à avoir comme offre de services.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis j'avais visité un CHSLD où les gens faisaient des exercices avec un animateur, puis les gens faisaient juste répéter les mouvements, mais ils n'avaient pas de compréhension de ce qu'ils faisaient, mais au moins ça leur permettait de faire un certain niveau d'activité.

On est dans un endroit où est-ce que les gens sont malades. L'attitude de votre centre par rapport à la médicalisation, c'est-à-dire l'utilisation des médicaments, exemple hypocholestérolémiant, calcium, vitamine D. On sait que la grande tendance actuellement, c'est de les cesser tout simplement, en sachant que la prévention, ce n'est pas ce qui est recherché dans ces patients-là. Mais il y a souvent d'autres médicaments, même des antihypertenseurs, compte tenu que les gens n'ont pas beaucoup d'activité, qu'on peut essayer de cesser. Est-ce que c'est une politique générale de votre établissement de faire le ménage des médicaments puis garder seulement que le nécessaire?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

• (17 h 50) •

Mme Vanasse (Catherine) : Je vous répondrais que oui. Dr Arcand est un grand promoteur de la cessation des médicaments à visée préventive lorsqu'on est admis en soins de longue durée. Moi, je travaille aussi dans ce sens-là. Il y en a certains comme la vitamine D, évidemment, ça aide à prévenir un petit peu les chutes, alors on ne fera pas exprès pour encourager nos patients à chuter, on va garder la vitamine D jusqu'à ce que la mobilité soit perdue.

Il y a beaucoup d'enseignement à faire aux familles. Je pense que ça, ça... La communication, s'il y avait quelque chose que je pouvais passer comme message aux gens des équipes avec qui je travaille, c'est : Prenez le temps d'expliquer, soyez transparents, expliquez ce qui se passe, expliquez ce que vous faites, et ça dédramatise beaucoup puis ça aide les familles à se sentir accueillies dans ce milieu-là aussi.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Puis, sans avoir une donnée précise, parce qu'il faudrait faire le calcul, là, vos patients peuvent prendre combien de médicaments en moyenne? Il y a une variabilité, mais, je vous dirais, là...

Mme Vanasse (Catherine) : Trois pages? Non, je vous dirais que, incluant, là, les crèmes, les PRN, et tout, là, disons qu'il y a peut-être une quinzaine, 15 à 18 médicaments. Maintenant, les molécules actives, là, c'est autre chose, si je vous disais entre huit et 10, ce serait la moyenne.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Au niveau de l'alimentation, c'est quoi, votre attitude face aux diètes? Les gens qui sont des diabétiques légers, les hypertendus, maintenez-vous une diète avec la nutritionniste qui surveille tout ou encore vous êtes un peu plus larges, donc on leur laisse leur qualité de vie puis ils mangent à peu près ce qu'ils veulent?

Mme Vanasse (Catherine) : La...

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Excusez-moi, je vous oublie toujours.

Le Président (M. Bergman) : Ça va.

Mme Vanasse (Catherine) : La nutritionniste supervise tous les dossiers, mais nous n'avons à peu près aucun patient qui a une diète particulière. Pour moi, ça fait partie de la qualité de vie. Ma phrase fétiche avec les familles, c'est : Pour nous, la qualité de vie est plus importante que la quantité de vie à ce point-ci. Alors, on mise sur que ce soit le plus douillet possible, et les diabétiques ont le droit de manger du dessert comme tous les autres patients.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Peut-être...

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Vous avez vu cette semaine, là, qu'il y a eu un comité au niveau ministériel qui disait que, maintenant, dans les CHSLD, on devrait plus avoir une approche palliative plutôt que d'avoir une approche même milieu de vie ou milieu de soins, sur le principe que plusieurs personnes sont plus en fin de vie. Qu'est-ce que vous en pensez?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : C'est une bonne question. C'est difficile de faire de la généralisation parce que nous avons des patients lucides avec des pathologies qui sont quand même lentement évolutives et qui ont encore un certain nombre d'années devant eux, et ce serait gênant de ne pas répondre aux attentes de ces patients-là qui demandent à être soignés quand qu'il arrive un épisode aigu. Encore une fois, la communication avec la famille ou le patient est cruciale dans ça pour expliquer qu'à mesure que la condition évoluera on devra adapter notre approche et, après trois pneumonies, on envisagera peut-être de ne pas traiter à partir de la quatrième. Alors, moi, je fais beaucoup de promotion auprès des familles sur l'accompagnement plutôt que le traitement, et en général, une fois que c'est compris, c'est bien accepté. Alors, la «vision palliative», je n'aime pas nécessairement le terme, parce que «palliatif», ça veut comme dire qu'on arrête tous les traitements aigus puis on fait juste soulager. Pour moi, ce n'est pas le cas, c'est plus de peut-être garder du maintien, mais ne pas nécessairement traiter les nouveaux épisodes ou les nouvelles pathologies qui surviendront.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Maintenant, le temps pour le deuxième groupe d'opposition, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Merci de votre présence, merci aussi de nous témoigner de votre grande expertise. Il y a quelque chose qui me fait de la musique à mes oreilles : de vous entendre dire que finalement peut-être

qu'on manque de bras puis il y a peut-être trop de chefs. Alors, ça, je pense que je suis tout à fait d'accord avec vous. Mais il y a aussi le fait de la multiplication du clérical au cours des années. Et j'ai eu l'occasion de visiter un centre — qui est privé, malheureusement, mais quand même — qui eux ont vraiment... même s'il y a des démences stade 7, c'est vraiment un milieu de vie, où les gens, les intervenants qui sont là n'écrivent pas sans arrêt : À telle heure, la pression était élevée, le comportement, puis tout ça, et effectivement ça leur permet beaucoup plus de temps auprès des bénéficiaires, d'interventions, de massothérapie, de... Alors, on a vraiment axé le bien-être du patient, du bénéficiaire plutôt que de la rédaction de notes, de savoir comment est-ce qu'était son état, agité, pas agité, bon, on le sait tous.

Alors, est-ce qu'une de vos recommandations — puis là nous, on va devoir en faire — ça serait effectivement justement de limiter toutes ces interventions cléricales qui effectivement se retrouvent on ne sait pas trop où puis qu'il n'y a pas personne vraiment qui ne se préoccupe de ça, mais plutôt de permettre ce temps-là supplémentaire aux soins et au bien-être des patients qui sont présents?

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : J'aimerais beaucoup vous dire que oui. Je pense que l'exigence de tout écrire maintenant découle d'une société de droit, hein, comme j'entendais tout à l'heure mes prédécesseurs. Tout le monde veut se protéger, tout le monde... Les familles nous demandent des copies des dossiers parce que le patient est tombé puis qu'il faut que tout soit noté, tout soit écrit. C'est la sécurité au maximum au niveau de la protection légale, et malheureusement je suis d'accord avec vous que ça prend énormément de temps.

Je pense que la satisfaction des familles serait peut-être plus grande s'ils savaient qu'on a passé 10 minutes ou 15 minutes à chanter avec leur parent cette journée-là, même s'il est tombé plus tard dans la journée, puis que tout n'est pas écrit dans le dossier, mais qu'ils savent qu'on s'en est occupé puis qu'on a été attentionnés envers leur parent. Moi, je pense qu'il y a nettement trop d'écrits. Il y a un paquet de documents qui sont requis maintenant : le PTI, le PTII, les échelles de ci, puis les échelles de ça, puis des réévaluations à tous les trois mois, puis les profils SMAF, puis... Ça ne finit plus, là. Les infirmières, elles en ont jusque-là, puis ça ne sait plus où donner de la tête. Elles ont un cartable plein de documents à remplir pour des statistiques ou des chiffres, là, pour prouver que le travail est fait. C'est dommage, parce que c'est l'autre travail qui n'est pas fait, là, qui devrait...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci. Tout à l'heure, vous avez mentionné le fait que vous êtes allée visiter d'autres centres puis vous avez constaté que vous étiez choyés dans le vôtre. J'aimerais vous entendre un petit peu élaborer sur les centres qui étaient moins privilégiés que le vôtre.

Le Président (M. Bergman) : Dre Vanasse.

Mme Vanasse (Catherine) : Oui. Je ne veux pas, surtout pas porter de jugement de valeur, parce que, quand je suis allée faire les évaluations, ce n'était pas l'évaluation du milieu, c'étaient des évaluations professionnelles. Alors, moi, j'ai évalué la tenue de dossiers des médecins, leur pratique, là, mais j'ai quand même observé certaines choses. Vous savez, c'est sûr que le personnel a besoin d'encadrement aussi puis a besoin d'être dévoué à sa tâche. C'est toujours un peu triste quand on voit le personnel manipuler un bénéficiaire puis se parler entre eux plutôt que d'être en relation avec le bénéficiaire. Il y a de l'enseignement à faire là au niveau de... Puis, bon, peut-être que ça, ça serait une autre façon de récupérer du temps de contact, hein? Puis, pendant qu'on fait marcher le patient ou qu'on lui brosse les cheveux, bien on peut parler de son passé, on peut solliciter des mémoires, des souvenirs chez cette personne-là, et ça se perd avec le temps. Surtout quand on a des clients qui ne sont pas capables de nous répondre, le personnel a tendance à devenir un petit peu plus machinal dans leur application des soins.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Dre Vanasse, merci d'être ici avec nous aujourd'hui, de partager votre expertise avec nous.

Et, collègues, compte tenu de l'heure, je suspends les travaux jusqu'à mardi le 18 février 2014. Bonne soirée.

(Fin de la séance à 17 h 59)