

COMMISSION SPÉCIALE SUR LES DROITS DES ENFANTS
ET LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

SOUS LA PRÉSIDENCE DE
Mme RÉGINE LAURENT, Présidente
M. ANDRÉ LEBON, Vice-président
M. MICHEL RIVARD, Vice-président
Mme HÉLÈNE DAVID, Commissaire
M. ANDRÉS FONTECILLA, Commissaire
M. GILLES FORTIN, Commissaire
M. JEAN-SIMON GOSSELIN, Commissaire
Mme LESLEY HILL, Commissaire
Mme LISE LAVALLÉE, Commissaire
M. JEAN-MARC POTVIN, Commissaire
Mme LORRAINE RICHARD, Commissaire
Mme DANIELLE TREMBLAY, Commissaire

AUDIENCE TENUE EN VISIOCONFÉRENCE

Montréal, le 21 mai 2020

Volume 35

ODETTE GAGNON & NICOLAS PROVENCHER
Sténographes officiels

TABLE DES MATIÈRES

| | <u>PAGE</u> |
|--|-------------|
| PRÉLIMINAIRES | 3 |
| REGROUPEMENT DES MÉDECINS ET DES INFIRMIÈRES EN CENTRE JEUNESSE | 4 |
| Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE Dr YVES LAMBERT | |
| INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS) | 54 |
| LYNE JOBIN Dr LUC BOILEAU | |
| ASSOCIATION DES ÉDUCATRICES ET ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS DU QUÉBEC (AEESQ) | 93 |
| SYLVAIN RATEL | |

1 EN L'AN DEUX MILLE VINGT (2020), ce vingt et unième
2 (21e) jour du mois de mai :

3

4 PRÉLIMINAIRES

5

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Merci, Monsieur le Greffier. Bonjour tout le monde.
8 Alors nous débutons notre journée en recevant le
9 docteur Yves Lambert, qui est président du
10 Regroupement des médecins et infirmières en Centre
11 jeunesse et la docteure Anne-Chloé Bissonnette,
12 également membre du Regroupement. Alors durant leur
13 témoignage, on devrait traiter du rôle des médecins
14 et des infirmières en Centre jeunesse, de même que
15 des enjeux entourant la santé des jeunes qui sont
16 suivis en protection de la jeunesse. Merci à vous
17 deux d'être présents avec nous ce matin.

18 Avant de vous laisser la parole, je vais
19 demander au greffier de vous assermenter. Un petit
20 rappel avant. Je vous demande de... n'oubliez pas
21 tout le monde de fermer vos micros quand vous
22 n'intervenez pas. Et pour docteure Bissonnette et
23 docteur Lambert, quand il va vous rester deux
24 minutes je vais lever mon petit carton comme ça
25 pour que... pour laisser le temps de conclure.

1 Alors, Monsieur le Greffier, s'il vous plaît,
2 assermentez les deux témoins.

3

4 REGROUPEMENT DES MÉDECINS ET DES INFIRMIÈRES EN
5 CENTRE JEUNESSE

6

7 **Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE,**

8 **Dr YVES LAMBERT,**

9 (Sous serment)

10

11 LA PRÉSIDENTE :

12 Merci. Alors maintenant je vous rappelle que nous
13 avons une heure (1 h) ensemble, quinze minutes (15
14 min) de présentation et ensuite une période
15 d'échange. Alors à vous la parole, Docteur Lambert,
16 Docteure Bissonnette.

17 Dr YVES LAMBERT :

18 D'abord, merci beaucoup de nous avoir invité, je
19 sais que vous avez dû faire des choix au niveau des
20 différentes présentations. Et j'espère qu'on va
21 pouvoir ajouter un petit éclairage de plus à
22 l'ensemble de tout ce que vous avez eu. Par
23 ailleurs, je voulais vous remercier, comme
24 Commission, d'avoir accepté ce mandat-là. Je ne
25 sais pas comment vous faites pour digérer

1 l'ensemble de tout ce qui vous est amené, mais je
2 trouve que vous faites oeuvre utile et je vous en
3 remercie.

4 Une chose importante pour Chloé et moi,
5 c'est que nous tenons à dire que ce qu'on veut
6 faire, essentiellement, c'est une critique ou des
7 commentaires sur le système, mais qu'en aucun cas
8 on ne veut que ce soit pris au niveau personnel, ni
9 par les intervenants ni par les gestionnaires, qui
10 ont, la vaste majorité, le coeur sur la main et qui
11 mettent leur énergie dans le travail qu'ils font
12 auprès des gens.

13 Pour aujourd'hui, il y a docteur
14 Bissonnette qui m'accompagne, qui est médecin au
15 Centre jeunesse de Laval, qui est aussi avocate
16 parce qu'elle n'avait rien à faire. Il y a, comme
17 signataire du document, Nancy Ferlat, qui est
18 infirmière au Centre jeunesse de la Montérégie et
19 Manon Duchesne, qui est médecin au Centre jeunesse
20 de Montréal. Tous ces gens-là ont participé au nom
21 du Regroupement, qui n'existe plus vraiment
22 officiellement depuis la fin de l'ACJQ. Ce qui ne
23 nous a pas empêchés de quand même se transférer des
24 informations parce que la clientèle des centres
25 jeunesse est quand même une clientèle particulière.

1 Comme vous l'avez vu dans le mémoire, les
2 jeunes des centres jeunesse sont une clientèle qui,
3 médicalement, est une clientèle très particulière.
4 Ils ont de multiples problèmes physiques. On voit
5 toujours la clientèle des centres jeunesse comme
6 une clientèle psychosociale, c'est comme ça que
7 c'est présenté. C'est les intervenants sociaux qui
8 vont en Cour, c'est l'aspect qui est mis de
9 l'avant. Mais sur le plan de la santé et physique
10 et mentale, ce sont des jeunes qui ont des
11 caractéristiques très particulières.

12 Sur le plan... quand on a fait l'étude avec
13 docteur Frappier en deux mille treize (2013), une
14 des choses qui ressort c'est que sur tous les
15 éléments ils ont deux à quatre fois plus de risques
16 ou de problèmes de santé que la population
17 générale. Que ce soit au niveau de leur famille,
18 antécédents de maladies physiques, maladies
19 mentales, maladies chroniques; eux-mêmes, maladies
20 physiques, maladies mentales; consommation de
21 médicaments, consommation de substances.

22 Et de façon assez particulière, il y a ce
23 qu'on appelle les événements adverses. Filetti
24 avait démontré que si on accumule ces événements
25 adverses en bas âge, on a des chances d'avoir plus

1 de maladies mentales... maladies physiques,
2 maladies mentales à un âge plus avancé, mais même
3 de décès. On attribuait à certains de ces... de ces
4 événements-là jusqu'à dix (10) ans de perte de vie.
5 Et naturellement, perte de vie en bonne santé est à
6 l'avenant.

7 Or, nos adolescents ont un niveau
8 d'événements adverses beaucoup plus élevé que la
9 population en général. Ce qui ressort entre autres,
10 c'est que dans ces événements-là le... - qui est
11 considéré d'ailleurs comme un des déterminants de
12 la santé - ils ont des agressions sexuelles qui
13 comptent pour un élément important. Quand on
14 regarde agression sexuelle, on trouve des
15 problèmes; santé physique, beaucoup plus; santé
16 mentale, consommation, prostitution, délinquance et
17 finalement on va les retrouver aussi dans le milieu
18 carcéral.

19 Donc, ces événements-là, ils sont connus
20 chez l'adulte, mais chez nos jeunes on sait qu'ils
21 sont là de façon très particulière et on peut se
22 questionner beaucoup sur les... sur les
23 conséquences des événements adverses. C'est
24 probablement une des choses qui nous avait beaucoup
25 frappés.

1 Maintenant, quand on regarde : est-ce que,
2 compte tenu de leurs maladies physiques, mentales,
3 compte tenu des antécédents des familles, est-ce
4 qu'ils ont les services dont ils ont besoin? La
5 réponse c'est : non. On se rend compte que nos
6 jeunes ont beaucoup moins de médecins de famille
7 que la population en général, que les soins qu'ils
8 auraient dû avoir, on trouve beaucoup de maladies
9 non diagnostiquées, non suivies. Des choses comme
10 par exemple des diabètes, qu'ils devraient avoir de
11 l'insuline, qu'ils ne sont pas suivis. C'est assez
12 fascinant sur le plan médical dans quoi on se
13 retrouve.

14 Donc, on a à se questionner, je pense,
15 sur : à partir du moment où ils entrent dans le
16 système de la protection, c'est sûr que notre
17 vision se fait à partir de la réadaptation puisque
18 ce n'est que là que nous, comme médecins, on les
19 voit, mais il y avait un « avant », mais il y aura
20 aussi un « après » quand ils vont sortir. En
21 principe, la Loi de la protection de la jeunesse
22 devrait être un... un épiphénomène dans l'ensemble
23 de leur vie et donc les soins qu'on leur donne aux
24 centres jeunesse devraient être de cette nature-là,
25 mais s'assurer qu'on est en lien avec ce qui s'est

1 passé avant et après.

2 Dans cette perspective-là, c'est donc... je
3 vais passer la parole à... à Chloé pour qu'elle
4 vous parle peut-être plus des solutions qu'on
5 envisage ou qu'on vous suggère.

6 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

7 Donc, comme docteur Lambert vous l'a dit, je vais
8 vous parler un peu des difficultés qu'on rencontre
9 en centre de réadaptation en lien avec la santé,
10 ainsi que des solutions que nous proposons. Donc,
11 certaines problématiques dont je vais parler n'ont
12 même pas été nommées dans notre mémoire, mais on
13 considèrerait que c'était important qu'on vous en
14 fasse part. Donc, nous allons parler de la
15 participation à l'équipe de soins, de la difficulté
16 à obtenir les renseignements médicaux, du manque
17 d'accessibilité à différents services, des
18 habitudes de vie déficientes et du manque
19 d'accessibilité à certains médicaments de base
20 prescrits.

21 Donc, tout d'abord, comme il avait été
22 nommé par madame Julie Nantel lors de son
23 témoignage du cinq (5) février dernier, une des
24 grandes problématiques en centre de réadaptation en
25 lien avec la santé est la participation des

1 professionnels de la santé à l'équipe de soins.
2 Donc, pour l'instant, on ne fait pas partie
3 intégrante de l'équipe. Certes, grâce au bilan
4 infirmier, donc le bilan qui est fait pratiquement
5 de manière systématique lors de l'admission, nous
6 avons accès aux problématiques de santé les plus
7 importantes et nous sommes en mesure de les traiter
8 en temps opportun.

9 Toutefois, pour le reste du placement, donc
10 lorsque la situation se dégrade, lorsque
11 l'agressivité augmente, les idées suicidaires
12 augmentent ou encore les désorganisations
13 augmentent, nous ne sommes mis au courant que
14 lorsque la situation est proche de l'implosion,
15 dans plusieurs cas. Tandis que ce qui aurait été
16 l'idéal c'est qu'on puisse le savoir en amont
17 pour... pour faire certaines interventions
18 médicales, qui auraient probablement évité une
19 dégradation trop importante. Donc bref, nous
20 demandons à ce que les professionnels de la santé
21 fasse partie intégrante de l'équipe de soins pour
22 rendre les soins plus efficaces.

23 Le deuxième problème que nous notons est la
24 difficulté à obtenir les renseignements médicaux
25 qui nous permettent d'avoir un portrait global du

1 jeune. Donc, souvent les jeunes ont été déplacés à
2 plusieurs moments, donc d'un endroit à l'autre et
3 il est rare qu'il y ait un intervenant qui les ait
4 réellement suivis au cours de toutes ces années.
5 Donc, il n'y a pas de dossier médical centralisé
6 qui nous permette de savoir autant les diagnostics
7 qui ont déjà été posés que les soins qui ont déjà
8 été tentés, les traitements qui ont déjà été
9 tentés. Ce qui fait en sorte que souvent on est
10 obligés de demander à quatre ou cinq différents
11 établissements pour avoir un résumé de dossier
12 adéquat, qui nous permette de comprendre le jeune
13 dans son intégralité.

14 Et lorsqu'on obtient finalement ces
15 réponses-là un autre problème survient, c'est-à-
16 dire l'accessibilité aux soins de santé, qu'on
17 considère pourtant essentielle pour ces jeunes-là.
18 On parle, par exemple, de psychothérapie,
19 d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie,
20 de neuropsychologie ou même de pédopsychiatrie.
21 Donc, on se retrouve avec des jeunes qui, par
22 exemple, ont seize (16) ans, ont un niveau
23 secondaire un et on n'ont jamais eu d'évaluation
24 TDAH, troubles de l'apprentissage, ou encore une
25 évaluation de leur potentiel intellectuel. Puis

1 malheureusement, sans avoir ces diagnostics, ces
2 évaluations-là, bien sûr, nous n'avons pas les
3 services qui vont... qui vont de pair, mais nous
4 n'avons pas non plus les allocations et les
5 accommodements dont... auxquels ces enfants
6 auraient droit.

7 Donc, nous demandons donc à ce que les
8 services... nous aimerions donc que les services
9 qu'on considère médicalement indiqués et
10 nécessaires pour ces jeunes leur soient accessibles
11 dans le contexte de leur grande vulnérabilité, qui
12 vous a été exprimé préalablement par le docteur
13 Lambert.

14 Une autre problématique notable qui
15 influence grandement la santé des jeunes en centre
16 de réadaptation sont les habitudes de vie pour le
17 moment quelque peu déficientes. Donc, premièrement,
18 par rapport à l'activité physique. On sait qu'une
19 grande proportion de ces jeunes présentent des
20 troubles tels que le TDAH, troubles anxieux,
21 troubles de l'humeur, troubles du sommeil,
22 impulsivité, agressivité, donc l'activité physique
23 est extrêmement importante pour ces jeunes-là parce
24 qu'elle peut être bénéfique à de multiples niveaux.
25 Elle est bénéfique pour tout le monde, mais encore

1 plus pour ces jeunes-là.

2 Puis c'est sûr que la fréquence varie d'un
3 établissement à l'autre, mais on parle généralement
4 de deux périodes d'activité physique par semaine
5 consacrées... consacrées dans différents... dans
6 les différentes unités. Ce qui est inadéquat, à
7 notre sens, insuffisant.

8 Aussi, on note une grande prévalence des
9 troubles du sommeil en centre de réadaptation.
10 Donc, parfois en lien avec des traumatismes passés
11 vécus ou avec... en lien avec des troubles anxieux
12 ou encore en lien avec l'environnement qui n'est
13 pas nécessairement propice à un sommeil totalement
14 paisible, donc le bruit, il y a le fait que c'est
15 pas nécessairement un endroit connu.

16 Malheureusement, nous n'avons pas accès aux
17 techniques non pharmacologiques pour pouvoir
18 traiter ces troubles du sommeil-là. Donc, on parle,
19 par exemple, toutous lourds, de couvertes
20 chauffantes, de méditation, d'activité de
21 relaxation ou encore de psychothérapie pour les cas
22 les plus sévères. Ce qui fait en sorte qu'on est
23 obligé d'avoir recours à la médication parfois de
24 manière quelque peu précoce. Donc, en somme, pour
25 éviter la surmédication, nous croyons que

1 l'optimisation des habitudes de vie en centre de
2 réadaptation serait primordiale.

3 Puis finalement, le cinquième problème que
4 nous notons en centre de réadaptation au niveau de
5 la santé est l'accessibilité à certains médicaments
6 prescrits. Donc, pour ce qui est des médicaments
7 qui sont remboursés par l'assurance de la RAMQ, il
8 n'y a aucune disparité, tous les établissements les
9 fournissent. Mais pour ce qui est des autres
10 médicaments de base, donc on parle par exemple de
11 gel nettoyant pour l'acné ou encore de gel anti-
12 inflammatoire pour des blessures musculo-
13 squelettiques, certains établissements décident de
14 ne pas les fournir. Donc, ils vont demander aux
15 parents d'aller les chercher à la pharmacie, de les
16 ramener ensuite au centre, de les payer, de les
17 ramener au centre et s'ils n'obtempèrent pas, les
18 jeunes se retrouvent simplement sans les
19 médicaments et nous n'avons pas d'autre option.

20 Ce qui fait en sorte que, par exemple, pour
21 l'acné, des fois on est obligé de passer à la
22 deuxième étape de traitement qui, elle, est
23 remboursée par la RAMQ, plutôt que de commencer par
24 le gel nettoyant, puisque nous n'y avons pas
25 nécessairement accès. Ce qu'on considère totalement

1 aberrant. Donc, nous croyons que l'idéal serait
2 d'uniformiser l'accessibilité à la médication
3 prescrite - donc, essentielle à notre sens - pour
4 tous les jeunes, peu importe l'établissement qui
5 les héberge.

6 Puis finalement, donc on a parlé des
7 difficultés en lien avec l'hébergement, mais il
8 existe aussi des difficultés, de grandes
9 difficultés en post-hébergement. Donc, à la fin
10 du... de l'ordonnance de placement ou encore à
11 l'atteinte de la majorité. La vérité, c'est qu'on
12 ne sait pas où les envoyer, on sait que ces jeunes-
13 là ont besoin de soins, on sait qu'ils ont...
14 qu'ils ont plusieurs pathologies, mais on ne sait
15 pas où les envoyer quand ils n'ont pas déjà été
16 attribués à un médecin de famille au cours de leur
17 placement. Ce qui fait en sorte que... que nous
18 sommes contraints de... de ne pas savoir où les
19 envoyer en fait.

20 Dans ce contexte-là, on sait que les jeunes
21 qui ont atteint la majorité et qui sont... qui ont
22 vécu certains traumatismes dans l'enfance n'ont pas
23 nécessairement la maturité et le degré de
24 développement proportionnel à leur âge. Ce qui fait
25 en sorte qu'ils ont besoin d'un accompagnement, ils

1 ont besoin de services cadrants, sécurisants, ils
2 ont besoin de se faire rappeler s'ils ne se
3 présentent pas au rendez-vous et d'avoir confiance
4 en l'équipe qui les traite.

5 Nous recommandons donc des soins adaptés
6 pour ces jeunes-là. Nous proposons deux options
7 pour combler ce trou de service. Donc,
8 premièrement, dans les régions où la densité
9 populationnelle est assez importante, nous
10 recommandons le développement de cliniques telles
11 qu'Ado Plus. Ado Plus, c'est une clinique qui est
12 située dans le groupe de médecins de famille à
13 Verdun, donc dans les mêmes locaux. Elle a été
14 fondée par docteure Manon Duchesne qui, est une
15 cosignataire de notre mémoire. Il s'agit d'une
16 clinique qui accueille les douze (12) à vingt-
17 quatre (24) ans avec une problématique
18 psychosociale. Et l'équipe est composée
19 d'infirmières, agents d'évaluation humaine et de
20 médecins, qui travaillent de pair pour pouvoir
21 suivre ces jeunes-là.

22 Donc, le but ce n'est pas de leur créer un
23 système parallèle où ils seraient ostracisés
24 quelque peu par rapport au système de santé, mais
25 bien de les... de les greffer progressivement au

1 système existant. Parce qu'à l'âge de vingt-quatre
2 (24) ans, ces jeunes-là seront transférés à un
3 médecin de famille qui fait partie du groupe de
4 médecins de famille dans le même établissement.
5 Donc, ils auront confiance en l'établissement, ils
6 auront justement appris à avoir confiance en cet
7 établissement-là et ils ne seront pas gênés de
8 venir chercher des services, et ce, à vie.

9 Dans les régions où la densité
10 populationnelle ne le permet pas, nous recommandons
11 plutôt de favoriser la formation médicale, donc
12 d'augmenter la formation des différents médecins de
13 famille qui oeuvrent auprès des jeunes, dans la
14 mesure où, pour l'instant, on va être franc, notre
15 formation pré et post-doctorale est pratiquement
16 inexistante au niveau des jeunes en difficulté. Or,
17 donc elle bénéficierait beaucoup à être... à être
18 améliorée.

19 Et, de pair avec cette augmentation de
20 formation-là, nous recommandons une priorisation de
21 leur prise en charge au niveau du guichet d'accès
22 pour un médecin de famille. Donc, nous pensons à,
23 par exemple, une case où on pourrait cocher, où
24 c'est écrit : « Antécédent d'hébergement en centre
25 de réadaptation ou en foyer de groupe ». Et

1 cette... cette option-là octroierait d'emblée un
2 critère de vulnérabilité, et donc une priorisation
3 de leur prise en charge.

4 Aussi, pour conclure, je me permets un
5 petit clin d'oeil, dans la mesure où c'est
6 extrêmement, comme vous l'avez compris,
7 l'accessibilité aux soins de santé est extrêmement
8 difficile pour ces jeunes-là, autant durant
9 l'hébergement on éprouve des problèmes qu'en post-
10 hébergement. Mais c'est encore plus difficile en
11 post-hébergement lorsqu'ils ont atteint la majorité
12 et qu'ils n'ont pas de toit. Donc, on sait que
13 plusieurs organismes, dont Le Tournant, une auberge
14 du coeur à Montréal, mettent de l'avant certains
15 projets pour créer des appartements avec
16 accompagnement en communauté. Et nous espérons
17 réellement que ces projets-là trouverons autant le
18 financement que le support qui est... qui serait
19 proportionnel à leur importance sociétale actuelle.

20 LA PRÉSIDENTE :

21 Merci, Docteure Bissonnette, Docteur Lambert. Alors
22 on va débiter la période d'échange avec Gilles
23 Fortin.

24 M. GILLES FORTIN, commissaire :

25 Q. **[1]** Bonjour, Docteurs Bissonnette et Lambert. Ça

1 fait plaisir de... d'avoir l'occasion d'échanger
2 avec vous. On a peu de temps, mais pour commencer
3 j'aimerais juste quelques petites questions rapides
4 pour bien comprendre votre champ d'intervention.
5 Vous travaillez en centre d'hébergement. Est-ce que
6 vous travaillez autant auprès des six-quatorze (6-
7 14) que des quatorze-dix-huit (14-18) ou si vous
8 êtes plus impliqués au niveau des adolescents?

9 Dr YVES LAMBERT :

10 R. Je suis globalement plus impliqué auprès des ados,
11 mais je couvre le trois (3) à dix-huit (18) ans,
12 vingt et un (21) ans pour les jeunes en... mis sous
13 garde, là, ça peut être théoriquement vrai. Et
14 c'est parce qu'on a aussi le projet de la Maison de
15 l'escargot pour les troubles sévères de... je ne le
16 dirai pas...

17 Q. **[2]** De l'attachement.

18 R. De l'attachement. Donc, les trois à six ans. Ça
19 fait que donc ces jeunes-là, mais donc je couvre
20 l'ensemble de la population hébergée. Et dans mon
21 cas, je ne couvre pas les foyers, je ne couvre pas
22 les RI. Alors qu'à Montréal, ils couvrent les
23 foyers.

24 Q. **[3]** Et c'est un travail à temps plein.

25 R. Dans mon cas, c'est un travail à temps plein, ce

1 qui veut dire cinquante (50 h), soixante heures
2 (60 h) par semaine. Je suis toutefois le seul
3 officiellement à temps plein. Les autres médecins
4 sont à temps partiel. Une majorité étant entre sept
5 (7 h) et douze heures (12 h) de... de travail aux
6 centres jeunesse. Ce qui n'est pas très élevé. Il y
7 a une autre médecin qui est à vingt-deux heures
8 (22 h) semaine.

9 Q. **[4]** Et, Docteure Bissonnette, de votre côté?

10 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

11 R. Oui, en fait, moi, je travaille beaucoup plus avec
12 les adolescents en vérité puisqu'au centre où je
13 travaille il y aussi de l'intensif, donc des jeunes
14 qui sont transférés de d'autres régions pour venir
15 dans le cadre de détention, donc il y a une plus
16 grande proportion d'adolescents au centre où je
17 travaille. Toutefois, je couvre aussi en théorie
18 les plus jeunes et même les foyers au pourtour et
19 même certaines familles d'accueil des fois qui
20 viennent chercher des soins.

21 Q. **[5]** Et c'est pour vous du travail à temps complet
22 ou c'est temps partiel?

23 R. C'est du temps partiel en centre jeunesse.

24 Q. **[6]** O.K.

25 R. Non, mais avec cette population-là je pourrais

1 faire aisément du temps plein.

2 Q. **[7]** (Interruption d'enregistrement) Si vous êtes
3 seul intervenant santé, si je peux dire, dans ces
4 milieux? Je ne vous entends pas.

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Docteur Lambert, veuillez remettre votre micro.

7 Docteur Lambert.

8 Dr YVES LAMBERT :

9 R. J'ai manqué une partie de votre question.

10 M. GILLES FORTIN, commissaire :

11 Q. **[8]** Pardon?

12 R. Ça a coupé, j'ai manqué votre question.

13 LA PRÉSIDENTE :

14 Q. **[9]** Monsieur Fortin, répétez votre question s'il
15 vous plaît. Si j'ai bien compris, en attendant,
16 parce que ça a gelé du côté de monsieur Fortin,
17 l'idée c'était : est-ce que vous êtes les seuls
18 représentants santé physique, c'est ce que j'ai
19 compris de sa question.

20 R. Non, heureusement, on a des infirmières. Encore là,
21 le nombre d'infirmières dans chaque centre jeunesse
22 varie énormément. Au niveau de la santé physique,
23 il y a des infirmières. Montréal et Batshaw...
24 Batshaw ayant été plus... les infirmières étaient
25 plus nombreuses, il y en a plus à Montréal. En

1 Montérégie, on considérait qu'on était à peu près à
2 la moitié du requis pour faire l'écrémage. On ne
3 parle pas d'aller vraiment en profondeur. Et il y a
4 des centres jeunesse qui ont une fraction
5 d'infirmière par semaine. Et pas de médecin.

6 Q. **[10]** Merci. Alors en attendant que Gilles Fortin
7 puisse se rebrancher avec nous, on va poursuivre la
8 conversation avec Jean-Marc Potvin.

9 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

10 Q. **[11]** Oui, alors je vais... je vais peut-être
11 poursuivre dans cette veine-là. Vous ne faites pas
12 de recommandation spécifique sur standardiser ou
13 augmenter l'offre de service médecins et
14 infirmières en centre jeunesse. Le Regroupement, je
15 comprends, il est inactif depuis deux mille quinze
16 (2015). Est-ce qu'on a un portrait des effectifs
17 infirmières, médecins dans l'ensemble du Québec en
18 centres jeunesse? Et puis vous dites que c'est
19 inégal, là, donc on comprend qu'il y a des régions
20 où il n'y a peut-être même pas le minimum requis,
21 là. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

22 Dr YVES LAMBERT :

23 R. Bien écoutez, l'endroit... puis, Monsieur Potvin,
24 vous avez peut-être des souvenirs, Montréal étant
25 le... vous aviez dix (10) infir... vous avez encore

1 une dizaine d'infirmières puis, comme je vous dis,
2 en Gaspésie, aux dernières nouvelles, il y avait,
3 je pense, deux jours par semaine d'infirmière. On a
4 un total de soixante-dix-sept (77) infirmières tête
5 de pipe, parce que ça, ça ne représente pas des
6 temps plein, sur l'ensemble de la couverture
7 québécoise. On est moins de quinze (15) médecins
8 qui travaillons tous à temps partiel, sauf moi,
9 pour l'ensemble des quatre mille (4000) jeunes
10 hébergés, donc...

11 M. GILLES FORTIN, commissaire :

12 Q. **[12]** Je suis au téléphone, Régine.

13 R. On a peu de... on avait fait un travail du temps de
14 l'ACJQ pour avoir une idée du ratio infirmière/
15 jeune, à la limite médecin/jeune. Ces travaux-là,
16 naturellement, ont été cessés en deux mille
17 quatorze (2014) et je pense qu'il y aurait
18 probablement à reprendre ces idées-là. Maintenant,
19 la fusion a aussi changé les attentes par rapport,
20 entre autres, à l'arrivée des directions de soins
21 infirmiers. Le type de travail, la façon dont on
22 s'attend à ce que les infirmières travaillent. Puis
23 on a eu aussi la visite de l'Ordre des infirmières.
24 Les infirmières se sont vues faire des propositions
25 et qui feraient exploser la demande par rapport à

1 la rigueur qui est demandée. Il n'y a pas eu une
2 réflexion en profondeur sur le fait que les centres
3 jeunesse sont des milieux de traitement sur le plan
4 psychosocial, mais sont des milieux d'hébergement
5 dans une logique de soins primaires, dans la mesure
6 où on regarde les soins de santé. Et ce décalage-
7 là, avec les établissements qui voient plus les
8 centres jeunesse comme des milieux de soins, nous
9 amène dans les problématiques au niveau de l'auto-
10 soin, au niveau de l'auto-médication, au niveau du
11 lien avec les parents. Il y a, je pense, une
12 réflexion qui faudrait qui soit reprise sur
13 l'ensemble de cet aspect-là.

14 Q. **[13]** C'est ça. Votre témoignage est très important
15 parce qu'on a peu parlé des enjeux de santé
16 physique puis même de soin en santé mentale pour
17 les jeunes en protection de la jeunesse, les jeunes
18 hébergés. Vous faites référence aussi à une
19 approche interdisciplinaire, faire partie de
20 l'équipe de soins.

21 Or, avant deux mille quinze (2015), on
22 comprend qu'il y avait une réflexion qui se faisait
23 là-dessus avec l'Association des centres jeunesse
24 du Québec. Assez curieusement, aujourd'hui on est
25 dans des structures intégrés santé et services

1 sociaux dans des CISSS et des CIUSS qui ont en
2 principe tous les outils.

3 Qu'est-ce qui fait selon vous que cette
4 réflexion-là ne se fait pas ou n'avance pas?
5 Qu'est-ce qu'on... Comment comme commission là...
6 Parce que c'est très préoccupant là. L'étude de
7 Frappier démontre très nettement des grands grands
8 problèmes de santé chez ces enfants-là.

9 Ils sont au sein du réseau de la santé et
10 services sociaux et ça ne semble pas une prise en
11 charge de façon globale. Comment on devrait avancer
12 autour de ça?

13 R. Je vais laisser Chloé répondre pour avoir une
14 réponse politiquement correcte.

15 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

16 R. Je pense que, je pense que c'est très intéressant
17 comme questionnement. Je pense qu'on a encore une
18 tendance à travailler en silo, malheureusement. Et
19 je pense que ça vient de la demande (inaudible) de
20 comment tout a été... a été armé, comment le réseau
21 a été crée en tant que tel.

22 Nous, c'est sûr qu'on avait plusieurs
23 propositions pour améliorer justement cette
24 cohésion d'équipe, pour améliorer ce... ce travail
25 où les professionnels de la santé seraient intégrés

1 dans l'équipe. Donc, on pensait par exemple à des
2 rencontres multidisciplinaires qui pourraient avoir
3 lieu une fois par mois, par unité, pour nous aider
4 à comprendre qu'est-ce qui se passe sur le terrain.
5 Donc, pas nécessairement présence médicale, plus
6 infirmières. Il peut y avoir un représentant des
7 professionnels de la santé qui pourrait être
8 présent dans cette équipe-là pour pouvoir parler de
9 chaque jeune individuellement à chaque mois ou
10 encore un corridor de communications.

11 Donc, on sait que dans la majorité des
12 établissements, il y a un responsable santé par
13 unité. Donc, il pourrait y avoir un résumé, par
14 exemple, de l'état de santé des jeunes qui pourrait
15 être transmis au centre de santé, et ce, à chaque
16 mois. Donc, on a certaines idées pour pouvoir
17 optimiser la réponse à savoir pourquoi ça n'a pas
18 déjà été fait, ça reste nébuleux. Je trouve que
19 c'est toute une montagne qu'il faut essayer de
20 gravir et où on propose certaines solutions.

21 Q. **[14]** C'est ça. Et...

22 M. YVES LAMBERT :

23 R. Si je continue un petit peu...

24 Q. **[15]** Oui. Certainement.

25 R. ... dans cette idée-là. C'est quelque chose aussi

1 qui devrait se faire au niveau de l'évaluation et
2 orientation. Au moment où on les voit en centre de
3 réadapt, il y a déjà beaucoup de choses qui
4 auraient dû être faites et je pense que la... le
5 travail de proximité, ce qui se fait d'ailleurs
6 plus à Montréal avec les gens de Sainte-Justine,
7 d'un travail qui est assez en amont.

8 Par ailleurs, il y a, je vais dire, à la
9 fois une perspective hospitalocentriste qui ne nous
10 aide pas. Mais, il y a aussi un élément culturel au
11 niveau des centres jeunesse où on n'a pas été
12 habitué à travailler avec des gens de la santé. Je
13 pense que ça ressemble à ce que les travailleurs
14 sociaux vivent en milieu hospitalier avec les gens
15 de la santé physique où, finalement, il y a ces
16 deux cultures.

17 Et quand on arrive, et je vous avoue que je
18 me lève régulièrement en bénissant Dieu de l'équipe
19 avec qui je travaille. En Montérégie, j'ai en face
20 de moi des conseillères cliniques, j'ai la
21 travailleuse sociale de l'unité de traitements
22 individualisés. J'ai un coordonnateur qui est à
23 trois pas de moi. Et on a réussi des petits
24 miracles avec de la clientèle particulièrement
25 difficile parce qu'on était capable de se parler ou

1 de se crier au-travers du corridor.

2 Mais, de régler des choses de façon très
3 rapide, de façon très... d'avoir une équipe très
4 réactive. Mais pour ça, ça prend de la proximité
5 physique et aussi une proximité, j'allais dire,
6 psychoculturelle qu'il a fallu développer.

7 Q. **[16]** Alors, je comprends bien tout ce volet-là, il
8 a fallu développer l'interdisciplinaire, mais je
9 comprends aussi que les ressources ne sont pas
10 nécessairement au rendez-vous. Dans votre mémoire,
11 on voyait, entre autres, que les infirmières, une
12 fois qu'elles ont fait le bilan initial de santé
13 puis le bilan comparatif du médicament qui vient se
14 rajouter, qu'elles n'ont plus vraiment le temps
15 pour suivre les jeunes, si j'ai bien compris, ou en
16 tout cas même travailler en interdisciplinarité
17 avec les équipes éducatives là. Ça, c'est un enjeu.

18 R. Tout à fait.

19 Q. **[17]** Je voudrais vous amener aussi sur le... parce
20 que ces jeunes-là qui sont suivis en protection de
21 la jeunesse sont aussi parfois suivis par un
22 médecin de famille dans la communauté. Et puis là
23 vous mettez en relief un peu la discontinuité des
24 soins.

25 Quel devrait être le rôle des médecins et

1 infirmières en centre jeunesse pour s'assurer qu'il
2 y ait une cohésion puis une continuité dans les
3 soins? Puis quelle relation doit se développer avec
4 la communauté, les médecins de famille par exemple
5 dans la communauté, tant durant le séjour que après
6 le séjour de ces jeunes-là?

7 R. Écoutez, là je vous parle de mon expérience. Puis
8 c'est sûr que le fait d'être à temps plein, ça
9 m'aide. On a pris la position de dire : sachant que
10 ceci est un épiphénomène, qu'un médecin de famille,
11 on ne veut... ou un pédopsychiatre ou un pédiatre
12 là aussi, c'est... Il y a des gens qui s'occupaient
13 de toi puis on peut s'arranger pour qu'ils
14 continuent à s'occuper de toi.

15 Et donc, j'appelle en général le médecin
16 pour demander, bien : « Veux-tu t'en occuper? Veux-
17 tu que je m'en occupe le temps qu'il est ici? Puis
18 il y a-tu des choses que tu voudrais qu'on fasse le
19 temps qu'il est ici parce que c'est trop difficile
20 d'aller... »

21 LA PRÉSIDENTE :

22 Docteur Lambert. Docteur Lambert. Je vais vous...
23 je m'excuse de vous couper la parole. Il y a
24 beaucoup d'interférence parce qu'il y a des gens
25 qui n'ont pas fermé leur micro. Essayez de fermer

1 les micros, ceux qui ne sont pas en train
2 d'intervenir. Alors, je vous en prie, continuez
3 docteur.

4 M. YVES LAMBERT :

5 R. Bon. Donc, le médecin de famille ou le pédo, moi,
6 je pense que c'est des gens qui peuvent être mis à
7 contribution. Dans les choses curieuses, c'est que
8 souvent on n'a pas l'information sur qui est le
9 médecin de famille. On découvre, ça fait deux mois
10 que le jeune est là, tu dis : « Ah! Tiens, il y un
11 médecin de famille qui existe qui le suit depuis
12 qu'il est bébé. »

13 Ça fait que donc il y a un problème dans la
14 discontinuité informationnelle. Aussi, je vais vous
15 dire qu'en centre jeunesse, on n'a toujours pas de
16 dossiers qui sont informatisés. Donc, on a se fier
17 à ce que les travailleuses sociales nous donnent ou
18 trouvent parce qu'elles-mêmes, elles n'ont pas
19 toujours la collaboration des parents, donc on
20 fonctionne avec ça.

21 L'idée donc, c'est « tu étais dans le
22 système avant et tu vas continuer d'être dans le
23 système après » mais c'est pas toujours facile. Les
24 gens des CLSC souvent se désengagent en disant :
25 « Ah! T'sais, c'est la DPJ qui s'en occupe, on

1 n'est plus là. »

2 Maintenant, est-ce que la DPJ fait tout ce
3 qu'il faut pour garder ses partenaires? Ça, c'est
4 un autre morceau.

5 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

6 R. Puis aussi, juste pour compléter par rapport à ça.
7 Juste par rapport aux suivis parentaux. Aussi...

8 LA PRÉSIDENTE :

9 Excusez.

10 R. ... (interruption d'enregistrement) également, oui,
11 on essaie de (inaudible/interférence) ou qu'ils
12 continuent d'être suivi par leur médecin de famille
13 puisqu'il le connaît depuis longtemps. Dans
14 certains situations ça a très bien été pour qu'on
15 puisse travailler avec le médecin de famille. Vu
16 que, nous, on a des... on peut avoir (inaudible/
17 interférence). On en fait la demande puis on va
18 voir également ce qui se passe exactement dans
19 (inaudible/interférence) vu que l'effectif est
20 limité. Ça donne la possibilité au jeune qui n'a
21 aucun suivi à l'extérieur et (inaudible/
22 interférence) un rendez-vous avec un médecin de
23 famille, (inaudible/interférence) médecin de
24 famille s'il y en a un de disponible. C'est pas
25 nécessairement (inaudible/interférence)

1 M. YVES LAMBERT :

2 R. Là où ça amène, c'est que les jeunes, quand ils
3 vont voir leur médecin de famille, ils devraient
4 avoir un apport adéquat de la part de leurs
5 intervenants psychosociaux. Souvent il y a un
6 décalage important entre ce que les jeunes vivent
7 et ce que les médecins de famille reçoivent comme
8 informations. Donc, un des exemples qu'on nous
9 donne, si j'ai un jeune qui a mal à une oreille, il
10 va voir le médecin, qui est la raison. Il nous
11 revient avec des pilules pour dormir. Ça fait qu'on
12 peut se demander ce qui s'est passé dans le bureau
13 du médecin.

14 M. JEAN-MARC POTVIN, commissaire :

15 Q. [18] Donc, c'est ça. Je retiens là que, c'est ça,
16 il y a un gros problème de cohésion. Peut-être que
17 le dossier clinique informatisé pourrait contribuer
18 à la solution, mais il y a peut-être un rôle de
19 liaison aussi à jouer par les infirmières en centre
20 jeunesse pour essayer de mettre un peu d'ordre dans
21 tout ça.

22 Je voulais aussi voir avec vous la question
23 des guichets d'accès aux médecins de famille, vous
24 en parlez, de faire en sorte que ces jeunes-là
25 puissent être identifiés comme prioritaires, très

1 vulnérables. On sait que c'est extrêmement exigeant
2 comme démarches de faire ça.

3 Si je comprends bien, c'est que, ça, ça
4 favoriserait la prise en charge de ces jeunes-là
5 par notamment les GMF ou les médecins de famille.
6 C'est peut-être pas une clientèle qui est valorisée
7 beaucoup, qui est peut-être plus exigeante pour le
8 médecin de famille aussi. J'aimerais ça que vous
9 nous parliez de cette dimension-là.

10 M. YVES LAMBERT :

11 R. Bon. Écoutez, moi, je vous avoue que je commence à
12 connaître beaucoup des coordonnateurs puis des
13 infirmières des différents guichets de la grande
14 région de Montréal, et je vous avoue que j'ai une
15 collaboration incroyable de la part des guichets.

16 Les médecins ne sont pas très confortables
17 avec les ados et naturellement si on rajoute santé
18 mentale et toxicomanie, naturellement ils ne sont
19 pas pris par les médecins de famille. C'est
20 beaucoup de l'incompréhension. C'est beaucoup le
21 fait que aussi les jeunes sont perçus comme des no-
22 show, donc des gens qui ne se présenteront pas à
23 leur rendez-vous, donc ça rajoute aux dimensions.

24 On avait suggéré à la FMOQ de les
25 considérer comme des super vulnérables, donc comme

1 des personnes âgées qui ont des problèmes
2 multiples, ce qui est vrai d'ailleurs. Ils
3 pourraient accoter sur le plan du nombre de
4 problèmes. Et la clientèle n'avait pas été bien
5 reçue au niveau de la direction de la FMOQ parce
6 que c'est une clientèle exigeante.

7 Ça fait que je pense qu'il y a du travail à
8 faire là. Je pense que le Collège des médecins
9 aurait aussi à se questionner, mais ils ne sont pas
10 attrayants à plusieurs égards et ils sont
11 insécurisants pour beaucoup de médecins.

12 Maintenant, ceux qui acceptent de les
13 prendre, c'est sûr que le travail
14 interdisciplinaire, donc les jeunes des centres
15 jeunesse devraient plutôt être vu dans des GMF où
16 il y a du psychosocial que dans un GMF ou une
17 clinique où il n'y a pas ce type d'intervention-là
18 possible.

19 Ça fait que donc, il y a encore là une
20 réflexion, je pense, à refaire pour formater
21 quelque chose de possible pour nos jeunes.

22 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

23 R. Juste par rapport à ce que le docteur Lambert
24 disait par rapport à la « non popularité », entre
25 guillemets, de cette population-là. De par, bon,

1 leurs caractéristiques, donc le fait qu'ils sont
2 difficiles à suivre, mais aussi le fait que pas
3 tout le monde est à l'aise avec les pathologies.
4 C'est pour ça aussi qu'on recommandait une
5 augmentation de la formation médicale puis pour que
6 les gens deviennent plus à l'aise.

7 Puis aussi, avec le critère de
8 vulnérabilité qu'on proposait, ça permettrait non
9 seulement de les prioriser, même si, bon, il y a
10 des... pour l'instant, pas tout le monde est
11 d'accord avec notre formulation, mais...

12 Bref, ça permettrait non seulement de les
13 prioriser pour qu'ils puissent avoir un médecin de
14 famille, mais aussi de leur donner la cote de
15 vulnérabilité pour qu'ils soient reconnus comme
16 complexes pour que le médecin de famille, dans son
17 « case load », il y ait une reconnaissance de la
18 complexité de sa clientèle et ça compte donc pour
19 plus de patients. Donc, on reconnaît que ça leur
20 prend plus de temps pour traiter ces personnes-là
21 qu'il faut lui accorder plus de services.

22 Q. [19] O.K. Donc, ça, c'est une piste intéressante.
23 Vous nous avez parlé aussi de la clinique Ado Plus
24 là mis en place par le docteur Duchesne, qui a
25 nécessité d'ailleurs un certain financement.

1 Vous proposez de généraliser un modèle
2 comme ça pour la prise en charge des douze-vingt-
3 quatre (12-24) qui mènent après ça à une
4 continuité. On a observé beaucoup de jeunes à dix-
5 huit (18) ans pour lesquels il y a une rupture
6 totale des services, surtout en santé mentale là,
7 puis ils ne se raccrochent pas à des services. Ça
8 fait que ça les vulnérabilise à nouveau beaucoup
9 là.

10 R. Oui, je ne vous cacherai pas que le financement a
11 même été difficile, à ce que j'ai compris, pour le
12 premier Ado Plus. Donc, nous, c'est sûr qu'on
13 favoriserait un modèle qui se colle à ce modèle-là
14 dans la mesure où l'équipe multidisciplinaire
15 serait l'idéale pour pouvoir suivre ces jeunes-là.

16 Et comme je vous ai expliqué, on ne voulait
17 pas non plus créer un système complètement
18 parallèle à vie. On veut progressivement gagner
19 leur confiance pour qu'ils viennent chercher les
20 soins. Puisque c'est ça le problème. Ils n'ont pas
21 nécessairement confiance dans le système, alors ils
22 ne viennent pas chercher les soins, donc on veut
23 gagner cette confiance-là progressivement.

24 Q. [20] Alors, je vous remercie.

25

1 LA PRÉSIDENTE :

2 Merci. Alors, on va revenir à Gilles Fortin. Juste
3 remettre votre micro, Monsieur Fortin.

4 M. GILLES FORTIN, commissaire :

5 Est-ce que vous m'entendez présentement?

6 LA PRÉSIDENTE :

7 Très bien.

8 M. GILLES FORTIN, commissaire :

9 Bon. J'espère que ça va continuer. J'ai entendu une
10 bonne partie des questions posées par monsieur
11 Potvin et disons que... Ça va comme ça? Et je pense
12 que monsieur Potvin a passablement couvert tous les
13 aspects que je voulais couvrir et je vais juste
14 aller brièvement.

15 Si je comprends bien, la façon dont vous
16 nous expliquez les choses, c'est que les soins de
17 santé ne sont pas partie de l'offre de services, si
18 je peux m'exprimer ainsi, offerte aux enfants qui
19 sont en hébergement au niveau des centres
20 jeunesse. Est-ce que c'est correct de dire ça?

21 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

22 R. Personnellement je n'irais pas jusque-là, dans la
23 mesure où dans plusieurs établissements surtout
24 dans les grands centres, on a quand même des
25 bonnes... des bonnes équipes et c'est sûr qu'on

1 pourrait prendre plus de personnel et donc ça
2 pourrait être optimisé mais il y a quand même une
3 prise en charge qui se fait, c'est juste qu'elle
4 n'est pas optimale, donc il y a des, par exemple on
5 manque au niveau de l'effectif, c'est sûr, on
6 manque, comme je vous dis, au niveau de la capacité
7 de savoir vraiment à qui on a affaire parce que les
8 renseignements ne nous arrivent pas nécessairement
9 et on ne participe pas à l'équipe de soins, il y a
10 des choses à optimiser mais je n'irai pas jusqu'à
11 dire qu'ils ne reçoivent aucun service. Je pense
12 que, qu'il serait faux d'aller... d'aller jusque
13 là, toutefois, ce n'est pas si mal. Docteur
14 Lambert, est-ce que vous voulez compléter?

15 Dr YVES LAMBERT :

16 R. Je pense que c'est la façon politiquement correcte
17 de dire les choses, on est... on essaie de faire ce
18 qu'on peut avec l'environnement qu'on a mais
19 beaucoup, là, je tombe dans le politiquement
20 incorrect. Beaucoup nous disent : « On a
21 l'impression de faire de la médecine de brousse et
22 qu'on n'a pas, on n'est pas capable d'aller,
23 d'avoir ou de donner les services que ces jeunes-là
24 devraient avoir, d'autant plus qu'ils sont
25 particulièrement vulnérables et donc qu'ils ont

1 besoin et d'un encadrement et d'une gamme de
2 services complexes.

3 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

4 R. Puis honnêtement, la grande problématique aussi
5 d'accessibilité au niveau des autres services dont
6 je vous parlais est réelle. Il y a une journée où
7 j'ai vu le cas que je vous ai présenté avec
8 l'enfant de seize (16) ans qui n'a eu aucune
9 évaluation, mais il y a une journée où j'en ai
10 trois dans la même journée de ces jeunes-là. Alors
11 c'est assez décourageant parce que le pire c'est
12 que oui, je vais leur faire une évaluation TDH mais
13 je ne peux pas leur faire une évaluation du
14 potentiel intellectuel, donc j'avais besoin d'un
15 neuropsychologue, ou du moins d'un psychologue
16 habileté et c'était non accessible. Donc au niveau
17 des soins primaires, on est... on n'est pas
18 optimaux mais on est là autant qu'on peut, mais au
19 niveau des soins secondaires, c'est pratiquement
20 inaccessible. Puis aussi ce que je veux nommer par
21 rapport à l'accessibilité aux médicaments, quand
22 docteur Lambert dit qu'il a l'impression de faire
23 de la médecine de brousse, je dois avouer que c'est
24 mon impression aussi quand j'ai de la misère à
25 prescrire du Spectrogel pour l'acné. Donc, c'est

1 évidemment de base, puis on est conscient qu'en
2 théorie quand les parents ont encore l'autorité
3 parentale pour la santé, ils sont théoriquement
4 supposés d'octroyer les soins qu'on leur demande
5 mais dans la réalité, les jeunes ne reçoivent pas
6 les médicaments qu'on prescrit s'ils ne sont pas
7 remboursés.

8 Dr YVES LAMBERT :

9 R. Juste pour aller dans la suite de ça, vous vous
10 souvenez probablement de la présentation de madame
11 Collin-Vézina sur les traumatismes complexes et dans la
12 mesure où les jeunes qu'on voit, ceux qui restent
13 tout plus longtemps en centres jeunesse sont
14 essentiellement des traumatismes complexes. Pour ce qui
15 est des filles, on les voit se développer en
16 troubles de personnalité limite, les garçons plus
17 en mode narcissique ou troubles des conduites et
18 donc ces jeunes-là, quand on met la composante
19 santé dans cette espèce d'enveloppe psychosociale,
20 ça demande vraiment une vision très systémique de
21 tout ce qui peut se passer et donc à ce niveau-là,
22 on revient sur : j'ai besoin d'un paquet de monde
23 autour des jeunes. Les éducateurs sont
24 naturellement les « king pins » au quotidien ou les
25 intervenants psychosociaux mais la santé, on est

1 pas loin parce que les diagnostics sont là et ils
2 sont multiples.

3 Q. [21] Mais si j'ai bien compris l'organisation des
4 services fait que vous n'êtes pas vraiment intégrés
5 à l'équipe. Est-ce que... est-ce qu'il y a
6 suffisamment de médecins, vous pensez, dans la
7 communauté qui seraient disponibles à faire ce
8 genre de travail et aussi auprès des centres
9 jeunesse ou si là aussi il y a... il y a un
10 problème de recrutement?

11 R. Le problème de recrutement m'apparaît à plusieurs
12 niveaux, oui, il y a un problème de recrutement. Il
13 y a toute la question des fameuses activités
14 médicales prioritaires, variation sur le thème : où
15 est-ce qu'on veut nos médecins; et il y a des
16 médecins qui s'étaient montrés intéressés et qui se
17 sont fait dire : « Non, tu vas aller en CHSLD », au
18 point où certains médecins ont même été vers le
19 privé, privé pour ne pas... pour essayer d'avoir
20 une pratique un peu plus généraliste. Donc, il y a
21 une insatisfaction de la part des jeunes médecins.
22 Il y a le problème de formation, les médecins,
23 comme je disais, ont des craintes par rapport à
24 cette clientèle-là et surtout s'ils n'ont pas accès
25 à de la deuxième ligne, c'est-à-dire aller se

1 chercher un pédopsychiatre, par exemple, pour cette
2 clientèle-là, t'es un médecin dans ton bureau,
3 c'est la croix et la bannière même si on nous dit :
4 « Les médecins répondants, les MSRP, médecins
5 spécialistes répondants en psychiatrie, sont
6 supposés être là », dans la vraie vie, les gens
7 nous disent que c'est difficile mais après avoir
8 parlé aux médecins répondants, bien je fais quoi
9 avec mon jeune parce que le temps d'attente pour la
10 santé mentale jeunesse est de six mois à un an.
11 Donc, ce n'est pas intéressant de dire : je vais
12 prendre un jeune pour qui je ne me sens pas
13 compétent puis je vais rouler avec lui pendant un
14 an avant qu'il soit vu pour vrai.

15 Q. [22] Oui, allez-y, Docteure Bissonnette.

16 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

17 R. Je voulais juste compléter aussi, c'est que outre
18 le fait que ça peut être très... très difficile
19 comme pratique justement, comme on a nommé, c'est
20 aussi que ça peut être frustrant à certains moments
21 mais je ne sais pas jusqu'à quel point tout le
22 monde serait capable de travailler dans ce genre de
23 contexte, comme on dit, quand les services dont on
24 a besoin sont inaccessibles, quand les médicaments
25 qu'on prescrit ne sont pas donnés, quand... il y a

1 plusieurs irritants qui pourraient faire en sorte
2 que certains se découragent aussi, à mon avis.

3 M. GILLES FORTIN, commissaire :

4 Je vous remercie.

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Ça va? Merci. Moi, j'ai une question.

7 Q. [23] J'avoue que j'ai été très surprise de voir que
8 ce n'est pas clair, que ce n'est pas d'emblée que
9 vous faites partie de l'équipe de soins. Ensuite,
10 quand docteur Bissonnette a parlé du médicament
11 indiqué, donc vous avez un jeune à votre bureau, il
12 a besoin d'autres services, d'ergo ou je ne sais
13 pas quoi et que vous... le service n'est pas fourni
14 et surtout pas avec l'intensité requise, ces jeunes
15 pris en charge par l'État, ils sont dans des
16 centres pris en charge par l'État, du côté de la
17 santé physique, on a pris le cancer puis on a dit :
18 il y a le « médicalement requis » et il y a des
19 délais dans lesquels vous devez rendre ces
20 services-là. Est-ce que le phénomène pour vous est
21 suffisamment important et je pense surtout aux
22 impacts sur ces jeunes-là pour aller vers quelque
23 chose du médicalement requis, aux services requis
24 avec des délais, est-ce que c'est possible d'aller
25 jusque là et de mettre des délais dans lesquels ces

1 jeunes-là doivent recevoir les services requis?

2 Dre ANNE CHLOÉ BISSONNETTE :

3 R. Si vous permettez, Docteur Lambert...

4 Dr YVES LAMBERT :

5 R. Les services que, je pense, par exemple, à l'ergo,
6 physio, orthophonie sont difficiles à avoir dans le
7 système public, donc il faut aller au privé et là,
8 bien c'est... ce n'est pas toujours dans le panier
9 de services, ce n'est pas toujours... il y a même
10 des cas où c'est la Fondation qui fournit les sous.
11 Donc, on est dans quelque chose qui est toujours,
12 j'allais dire : on est toujours à la cenne sur ces
13 choses-là. Les évaluations en neuropsy, on parle
14 d'autour de trois mille cinq cents dollars (3500 \$)
15 l'évaluation, les coordonnateurs ne sont pas très
16 heureux quand on nous arrive avec ces demandes-là,
17 qu'elles viennent de nous, qu'elles viennent des
18 psychologues, qu'elles viennent des... on a, du
19 côté détention, mise sous garde, on a Pinel qui
20 nous aide et dans ce sens-là on est capable d'avoir
21 des services pour cette sous-clientèle-là mais pour
22 la clientèle qui est plus en protection, c'est
23 particulièrement difficile.

24 En termes de blague, je vais vous dire,
25 moi, je pourrais engager juste sur le campus de

1 Longueuil un physiothérapeute à temps plein, ils
2 ont tous mal au dos, au cou, ils dorment mal, ils
3 sont stressés, ils se sont fait battre, il y a
4 trente-six mille bébélles qui expliquent du
5 locomoteur. En ergothérapie, c'est une majorité de
6 jeunes qui sont des sous- ou des sur-sensoriels,
7 ils auraient besoin d'être aidés aussi. On est dans
8 une clientèle qui est fragile, ils ne sont pas là
9 ces services-là, on le voit, par exemple, à
10 l'Escargot, on donnait cet exemple-là, chez les
11 trois à six ans où on a accès à ces services-là,
12 c'est fascinant l'amélioration qui se fait en
13 dedans de quelques semaines à quelques mois alors
14 que chez nos... nos plus « poqués » et je pense
15 beaucoup aux neuf à treize (9 - 13) ans, Tonino
16 Esposito avait écrit sur cette clientèle-là qui est
17 très particulière et on n'a pas de services pour
18 les neuf, douze ans (9 - 12) ans, il n'y a même pas
19 de programmations spécifiques chez ces jeunes-là,
20 en termes de groupes d'âge. Donc, on est avec une
21 clientèle qui aurait des grands, grands besoins.

22 Q. [24] Mais le non-sens, le non-sens, c'est que c'est
23 une clientèle, quand ils sont en centres jeunesse,
24 c'est des clientèles qui sont sous la
25 responsabilité de l'État et en même temps, ils sont

1 sous la responsabilité de l'État mais l'État
2 n'arrive pas et ne remplit pas ce rôle-là de leur
3 dispenser les services et avec l'intensité requise
4 et puis au moment où c'est requis, c'est pour ça
5 que je disais : est-ce qu'on peut aller, est-ce que
6 c'est un phénomène qui a des impacts suffisamment
7 importants pour réfléchir à dire : bien, vous devez
8 aller comme en santé physique, sur le médicalement
9 requis, il faudrait trouver un autre nom, mais est-
10 ce qu'il faut aller jusque là?

11 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

12 R. À mon... pardon. O.K.

13 Dr YVES LAMBERT :

14 R. Moi, je le souhaiterais, bien sûr. Maintenant,
15 toute cette question-là de jusqu'où on va, c'est
16 clair. Ce que je me fais dire par les gens DPJ là,
17 vraiment, la Direction de la protection c'est :
18 « Nous, on est là pour s'assurer que ce qui a
19 conduit au signalement n'est plus là et donc qu'ils
20 peuvent retourner en sécurité dans leur milieu. »
21 Quand on est en centre de réadaptation, on a une
22 logique qui est différente de ça mais ces deux
23 logiques-là se confrontent en disant : O.K. T'es au
24 centre, on s'occupe de toi mais on ferme le
25 signalement ou tu retournes chez vous, on fait

1 quoi? Bien, est-ce qu'on n'a pas une réflexion à
2 faire sur la continuité à faire à partir du moment
3 où t'es rentré dans le système mais ce n'est pas
4 parce que je ferme le signalement que tes besoins
5 ne sont plus là.

6 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

7 R. Puis je pense aussi qu'il y a une conceptualisation
8 que les jeunes qui sont en centres de réadaptation,
9 ils sont comme en milieu de vie, entre guillemets,
10 donc certains conceptualisent ça comme ça puis que
11 si, par exemple, pour ce qui est de l'accessibilité
12 aux médicaments ou aux services, s'il est à
13 l'extérieur chez leurs parents, si les parents
14 décidaient de ne pas les leur octroyer, ça serait
15 la même situation, donc oui, on se déresponsabilise
16 un peu tandis que, à mon sens, effectivement, comme
17 vous dites, Madame Laurent, ils sont en centre de
18 réadaptation, donc ils sont sous notre
19 responsabilité, sous la responsabilité de l'État
20 jusqu'à un certain point.

21 Puis, pour répondre à votre question plus
22 directement, moi, à mon sens, ça serait tout à
23 fait... tout à fait intéressant d'avoir cette
24 option-là de médicalement requis et d'avoir...
25 d'avoir une possibilité de service dans un temps

1 opportun; bien sûr, qu'ils seraient requis
2 justement, comme on dit, médicalement et non pas
3 juridiquement parce qu'on a certaines, des fois,
4 ordonnances, donc moi, je parlerais beaucoup plus
5 de si le médecin réellement met de l'avant la
6 nécessité que la personne soit vue en ergothérapie
7 ou peu importe, en physiothérapie, je pense que ça
8 serait important qu'ils aient accès aux services et
9 surtout considérant que ces jeunes-là (inaudible),
10 non seulement, ils ont besoin de ces services-là
11 mais ils en avaient besoin il y a cinq ans
12 généralement. Donc, on a déjà un retard au niveau
13 l'octroi de ces services-là, alors dans cette
14 mesure-là, un temps requis serait idéal, à mon
15 sens.

16 LA PRÉSIDENTE :

17 Merci beaucoup. Alors, je n'avais pas d'autres
18 questions. Ah! Oui. Alors, j'ai le vice-président,
19 André Lebon, je vous en prie.

20 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

21 Q. **[25]** Bonjour. D'abord, merci de nous rappeler la
22 réalité des jeunes qui sont en services de
23 réadaptation et l'imposant besoin qu'ils ont de
24 soins, pas juste psychoéducatifs mais de soins
25 physiques aussi. Moi, j'ai travaillé à une époque

1 révolue où j'étais directeur à Boscoville puis
2 je... on avait pour soixante-dix (70) jeunes, on
3 avait un médecin deux jours/semaine et une
4 infirmière et demie à temps plein et on avait dans
5 l'unité psychiatrique que je dirigeais, le docteur
6 Michel Lemay, pédopsychiatre à deux jours/semaine
7 pour dix (10) jeunes puis je vais vous dire, à la
8 limite, on en aurait demandé plus. Alors, que vous
9 nous exposez le portrait des besoins puis merci
10 d'avoir été pas tout à fait « politically correct »
11 parce qu'il faut prendre la parole pour ces jeunes-
12 là et la nature des besoins que vous identifiez est
13 méchamment important.

14 J'ai une question pour vous, Docteur
15 Lambert. Vous avez évoqué qu'en deux mille... à
16 l'époque de l'ACJQ, il y a eu un mouvement où vous
17 étiez en réflexion, vous avez parlé d'un rapport,
18 est-ce qu'il existe toujours et si on pouvait
19 mettre la main dessus ou a-t-il été déposé ou non,
20 première question, puis s'il a été déposé, si on
21 pouvait mettre la main dessus, pensez-vous que sa
22 subsistance est encore d'actualité?

23 Dr YVES LAMBERT :

24 R. Je voudrais vous dire : oui, je pense qu'on peut
25 mettre la main dessus. On a un gars qui s'appelle

1 Alain St-Pierre qui garde beaucoup de choses, il a
2 un petit côté écureuil mais probablement qu'on est
3 capable de le trouver assez facilement.

4 Pour ce qui est d'être d'actualité, je vais
5 dire : oui, il y a une mise à jour à faire parce
6 qu'il y a des nouvelles tâches qui ont été dévolues
7 aux infirmières et on avait été aussi assez
8 conservateurs. Ah, oui! L'autre personne, c'est
9 Ronald... Ronald Chartrand qui... qui a été très
10 actif, qui a probablement ça aussi mais oui, il y a
11 moyen, écoutez, je vais me... je vais me mettre là-
12 dessus mais la pertinence, elle est là, les calculs
13 qu'on avait faits, on avait pris trois méthodes
14 différentes de calculs pour regarder les besoins,
15 entre autres, en infirmières et on arrivait, il y
16 avait une convergence dans les trois méthodes qu'on
17 avait trouvées.

18 Par ailleurs, le document auquel on fait
19 référence, les... les soins d'excellence que le
20 (Inaudible) a édité, c'est encore très pertinent
21 même si ça a déjà quelques années, ça date du début
22 des années deux mille dix (2010) mais ils parlent
23 des différents services et je pense qu'on peut se
24 coller là-dessus, la Ligue canadienne du bien-être,
25 d'ailleurs avait recommandé d'utiliser ces critères

1 d'excellence-là pour les soins de santé.

2 LA PRÉSIDENTE :

3 Q. **[26]** Vouliez-vous ajouter quelque chose, Docteur
4 Bissonnette?

5 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

6 R. Non, merci Madame Laurent.

7 LA PRÉSIDENTE :

8 Ça va, Monsieur Lebon? Super!

9 Alors, Docteur Lambert, Docteur Bissonnette, merci
10 infiniment. Merci 1) d'avoir pris le temps à votre
11 regroupement de produire le mémoire, on sait... on
12 sait que vous êtes débordés. Merci d'avoir pris le
13 temps d'être avec nous ce matin, c'est très
14 apprécié, merci pour votre contribution à la
15 Commission et je vous souhaite une bonne fin de
16 journée. Merci encore. Oui, Monsieur Lebon?

17 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

18 Q. **[27]** Docteur Lambert, Docteur Bissonnette, si vous
19 mettez la main sur le rapport en question, soit via
20 monsieur St-Pierre ou monsieur Chartrand, on aurait
21 bien plaisir à l'avoir à l'intérieur de notre
22 documentation.

23 Dr YVES LAMBERT :

24 R. On se fera un plaisir de...

25

1 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

2 Merci.

3 Dre ANNE-CHLOÉ BISSONNETTE :

4 Merci beaucoup.

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Merci à vous, merci infiniment. Alors, suspension
7 de l'audience et le prochain témoin sera entendu à
8 quatorze heures (14 h). Merci.

9 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

10 REPRISE DE L'AUDIENCE

11

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Merci, Monsieur le Greffier. Bon après-midi, tout
14 le monde. Alors, nous accueillons pour cet après-
15 midi l'INESSS représenté par le docteur Luc
16 Boileau, qui est président de l'Institut national
17 d'excellence en santé et services sociaux
18 (l'INESSS). Bienvenue, Docteur Boileau. Et madame
19 Lyne Jobin, qui est directrice par intérim de la
20 Direction des services sociaux à l'INESSS.
21 Bienvenue, Madame Jobin.

22 Alors, aujourd'hui, vous allez partager
23 avec nous vos constats et vos recommandations pour
24 améliorer les services de protection de la jeunesse
25 et les lois aussi qui y sont associées, revoir le

1 rôle des tribunaux et des services sociaux, avec
2 l'objectif, évidemment, d'assurer une meilleure
3 coordination entre les partenaires du réseau.

4 Je vous rappelle que nous avons soixante
5 (60) minutes ensemble, quinze (15) minutes de
6 présentation, ensuite des échanges avec les
7 commissaires. Petit rappel que je fais à chaque
8 témoin : quand il va vous rester deux minutes à
9 votre présentation, je vais lever ce petit carton
10 au lieu de vous interrompre. Ça va, vous voyez mon
11 petit carton, Docteur Boileau?

12 M. LUC BOILEAU :

13 R. Oui.

14 LA PRÉSIDENTE :

15 Ça va?

16 M. LUC BOILEAU :

17 R. Oui, oui.

18 LA PRÉSIDENTE :

19 Alors, je vais lever le petit carton. Il vous
20 restera deux minutes pour conclure. Je rappelle à
21 tout le monde de fermer vos micros quand vous ne
22 parlez pas, c'est important. Et je dis aussi aux
23 témoins, nos excuses à l'avance, contrairement à
24 une salle d'audience, on travaille avec plusieurs
25 écrans, donc les documents que vous nous avez

1 envoyés sur un écran, l'écran de la visioconférence
2 aussi. Si vous nous voyez baisser, tourner la tête,
3 ce n'est pas parce qu'on n'écoute pas, bien au
4 contraire, c'est parce qu'on suit avec les
5 documents que vous nous avez envoyés. Voilà. Cela
6 dit, je vais demander au greffier de vous
7 assermenter, s'il vous plaît.

8

9 INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES
10 SOCIAUX (INESSS)

11

12 **LYNE JOBIN,**

13 **Dr LUC BOILEAU,**

14 (Sous serment)

15

16 LA PRÉSIDENTE :

17 Merci d'être avec nous. Alors, la parole est à
18 vous.

19 M. LUC BOILEAU :

20 R. D'abord, merci beaucoup, Madame la Présidente et
21 Mesdames et Messieurs les Commissaires de nous
22 permettre d'être avec vous. Nous savons qu'il y a
23 plusieurs personnes qui souhaiteraient vous
24 rencontrer, et vous nous donnez ce privilège-là.
25 Donc, on l'apprécie beaucoup.

1 Je suis en compagnie de madame Jobin qui
2 dirige le secteur services sociaux et santé mentale
3 pendant une période de plusieurs mois puisque notre
4 directrice est en congé de maladie, madame Sylvie
5 Desmarais, qui aurait bien aimé être ici avec nous
6 aujourd'hui. On aurait aussi aimé pouvoir être
7 trois à vous rencontrer pour laisser une place à
8 notre directrice adjointe, madame Marie-Claude
9 Sirois. Mais on comprend que les règles de
10 présentation ne le permettaient pas.

11 Alors, très rapidement, on va vous donner
12 un clin d'oeil sur l'INESSS. On va aborder aussi un
13 petit contexte de pandémie, mais c'est quelques
14 mots, pour ensuite plonger dans le contexte plus
15 général de la protection de la jeunesse avant de
16 vous faire des propositions sur la manière de
17 soutenir le développement puis de renforcer la
18 protection des enfants et des jeunes. Les
19 contributions de l'INESSS à ce propos, tant passées
20 que celles que nous projetons, sont bien sûr
21 l'apport supplémentaire que nous souhaiterions pour
22 l'amélioration des services en protection de la
23 jeunesse. Donc, la majorité de la prestation sera
24 faite par ma collègue, madame Jobin, que vous
25 connaissez déjà, mais que nous avons le privilège

1 d'avoir chez nous depuis maintenant quelques mois,
2 et nous en sommes très heureux, entre autres pour
3 aujourd'hui.

4 Alors, l'INESSS en quelques mots, vous
5 l'avez entendu sûrement déjà, aura bientôt dix ans.
6 C'est une organisation qui est dévouée
7 essentiellement à la promotion de l'excellence
8 clinique et à l'utilisation efficace des ressources
9 dans le secteur, tant de la santé que des services
10 sociaux, où j'inclus la santé mentale bien, sûr. À
11 l'origine, les accents étaient plus la santé dans
12 les organismes qui ont créé cette organisation-là,
13 une agence d'évaluation de technologies de la
14 santé, et ce qu'on appelait le conseil du
15 médicament.

16 Mais cette greffe a bien pris, et puis
17 l'évolution a permis de maintenir un cap très
18 solide au niveau des services sociaux. Et en
19 particulier depuis deux mille cinq (2005)...
20 excusez-moi, deux mille quinze (2015), au moment où
21 on a fait une transformation majeure du système de
22 santé, qu'il y a eu disparition de plusieurs
23 associations d'expertise et de concertation entre
24 les établissements, notamment l'Association des
25 centres jeunesse du Québec. On a tiré avantage, si

1 vous me permettez, de cette situation-là et on a
2 mobilisé des gens très compétents dans le domaine
3 au sein de la création de cette nouvelle direction
4 de services sociaux à ce moment-là. Et l'arrivée de
5 madame Sylvie Desmarais coïncidait avec ça.

6 Alors, nous fondons nos travaux sur des
7 valeurs qui ne vous surprendront pas. D'abord, une
8 indépendance. Quand je le dis comme ça, excusez-
9 moi, ça donne une impression politique, mais ce
10 n'est pas ça du tout. C'est une distance
11 raisonnable par rapport à ceux qui nous commettent
12 sur nos travaux d'ouverture, bien sûr, rigueur
13 scientifique, ça va de soi, transparence, équité
14 et, bien sûr, excellence.

15 Alors, nos travaux sont, même si on est
16 indépendants dans nos productions, mais ils sont
17 quand même alignés sur des priorités qui sont
18 dictées par ce que nous appelons un plan triennal
19 puisqu'il se distribue sur trois ans de nos
20 activités qui doit être approuvé par la ministre
21 d'État avec la complicité des autres ministres et
22 qui est mis à jour annuellement. Donc, on
23 fonctionne avec un cadre qui nous interpelle et qui
24 nous dit, voici les objets sur lesquels on entend
25 que vous puissiez travailler.

1 Et, bien sûr, on y travaille du meilleur
2 que nous pouvons en publiant toujours nos travaux,
3 que ce soit des travaux qui viennent chercher des
4 états de connaissance sur un sujet ou des états des
5 pratiques en cours en protection de la jeunesse ou
6 autres, ou encore des travaux plus substantiels où
7 on a (inaudible) développé soit des normes ou des
8 guides de travail ou même fournir des avis, donc
9 qui se profilent avec des recommandations et qui
10 nous imposent un rythme plus lourd de production et
11 que nous tenons à faire d'une façon des plus
12 compétentes possibles, que ce soit dans nos autres
13 secteurs que dans le secteur des services sociaux
14 et particulièrement du secteur de la jeunesse.

15 Alors, nos démarches intègrent généralement
16 les dispositions qui viennent chercher oui la
17 littérature scientifique, la littérature
18 (inaudible) qu'est-ce qui est fait dans le domaine,
19 que ce soit au Québec ou ailleurs dans d'autres
20 juridictions dans le monde d'une façon générale,
21 mais aussi les expériences de travail de nos
22 professionnels qui sont sur le terrain où les
23 expériences personnelles des gens qui sont dans ces
24 lignes de services, dans leur trajectoire et les
25 différentes analyses de contexte.

1 On fait ça avec l'apport d'une bonne équipe
2 scientifique, mais aussi bien encadré par ce que
3 nous appelons chez nous un conseil scientifique,
4 mais aussi des comités que nous avons d'excellence
5 clinique, notamment dans le secteur de la jeunesse
6 ou de la protection de la jeunesse où il y a un
7 espace de délibération sur les travaux que nous
8 menons qui sont faits avec la complicité, bien sûr,
9 des experts sur le terrain.

10 Donc, l'INESSS n'est pas une boîte fermée,
11 c'est une boîte très ouverte qui mobilise les
12 différentes expertises qu'on retrouve bien
13 réparties sur le terrain dans l'ensemble des
14 organisations que vous connaissez bien. Alors, on
15 le fait aussi en mobilisant différentes
16 perspectives de chercheurs, d'ordres
17 professionnels, d'associations d'usagers. Et on a
18 ce penchant très ouvert et très présent à l'INESSS
19 d'un partenariat patient/usager et... Donc, il est
20 très présent. Et il est présent notamment dans le
21 secteur des services sociaux tout particulièrement.

22 Donc, au-delà de la revue, de la
23 littérature, comme je vous disais, l'exploitation
24 des banques de données québécoises est toujours
25 très pertinente pour nous. Et nous avons accès

1 généralement à toutes les banques de données ou, en
2 tout cas, on est capable d'avoir accès à ça. Et,
3 bien sûr, des consultations qui se font avec les
4 expertises, les proches, les usagers, les
5 intervenants, même les gestionnaires.

6 Alors, en disant cela, je vais vous faire
7 un petit clin d'oeil sur le contexte de pandémie où
8 on a continué à être interpellé, non pas pour des
9 recommandations, mais plutôt des réponses rapides.
10 Et nous sommes capables de les fournir.

11 Et dans le contexte actuel, on nous a
12 invités à regarder des objets comme le filet de
13 sécurité autour des enfants et des jeunes qui sont
14 à risque de subir des mauvais traitements ou des
15 pratiques de protection qu'on peut avoir pour la
16 jeunesse; des approches aussi favorisant
17 l'observance des mesures de précaution et de
18 protection auprès des personnes en situation de
19 vulnérabilité. C'est une autre demande qu'on nous
20 avait faite. Des phases de rétablissement de la
21 pandémie pour les jeunes qui sont en difficulté; la
22 mise en place pour assurer le développement des
23 enfants dans des contextes de confinement.
24 Également, on envisage à moyen et long terme avoir
25 des travaux à faire pour évaluer les mesures de

1 confinement qui ont eu lieu ou de déconfinement
2 dans leur progression dans ce contexte-là.

3 Alors, sans plus tarder, Madame la
4 Présidente, je laisserais la parole à ma collègue,
5 madame Lyne Jobin, pour qu'elle continue la
6 présentation.

7 LA PRÉSIDENTE :

8 Merci. Je vous en prie, Madame Jobin, allez-y.
9 Madame Jobin, vous avez peut-être oublié d'ouvrir
10 votre micro.

11 Mme LYNE JOBIN :

12 R. Évidemment.

13 LA PRÉSIDENTE :

14 Allez-y. Vous n'êtes pas la seule. Ça nous arrive
15 régulièrement.

16 M. LUC BOILEAU :

17 R. C'est noté, Madame la Présidente, pour les
18 reproches à faire, je pense.

19 LA PRÉSIDENTE :

20 Non, non, ça nous arrive régulièrement. Je vous en
21 prie, allez-y.

22 Mme LYNE JOBIN :

23 R. Merci. Donc, je vous saluais, Madame la Présidente,
24 messieurs les vice-présidents, mesdames et
25 messieurs les commissaires. Merci de me donner la

1 parole. C'est un privilège pour moi d'être ici
2 aujourd'hui avec vous.

3 Pour préparer notre mémoire à l'INESSS,
4 nous avons réalisé d'abord une revue sommaire de la
5 littérature qui a permis de confirmer que les
6 enjeux liés au système de protection de la jeunesse
7 au Québec sont également présents dans d'autres
8 juridictions dans le monde, que ce soit en
9 Australie, au Royaume-Uni, aux États-Unis. Les
10 différents facteurs de risque sont aussi
11 comparables, qu'on parle de compétences parentales,
12 de conditions socioéconomiques défavorables, de
13 problèmes de dépendance, de santé mentale des
14 parents, tout comme les conséquences de la
15 négligence et de la maltraitance sont comparables
16 d'un État à l'autre au fond.

17 Plusieurs groupes qui ont pris la parole
18 dans le cadre de la Commission vous ont parlé
19 longuement de ces éléments de contexte. Je vous
20 amènerais donc déjà sur ce que notre revue de
21 littérature a permis de dégager aussi comme une
22 grande ligne commune au niveau des solutions.
23 Certains mots ont l'air québécois, mais honnêtement
24 on retrouve ça dans la littérature d'ailleurs
25 aussi. Par exemple, la prévention en périnatalité

1 et en petite enfance, particulièrement dans les
2 milieux défavorisés sur le plan économique, sur le
3 plan social; l'offre de service qu'on nomme souvent
4 de premier niveau, l'offre de service de première
5 ligne; les liaisons avec les systèmes de protection
6 de la jeunesse qui doivent être efficaces.

7 On retrouve aussi parmi les solutions tout
8 ce qui concerne la transition à la vie adulte qui
9 doit se faire le plus en amont possible, dans le
10 fond, du parcours de protection de la jeunesse. Et
11 on retrouve également dans la littérature l'idée de
12 développer une approche plus communautaire, plus
13 intersectorielle, donc des appuis forts pour une
14 responsabilité collective en matière de protection
15 de la jeunesse. Vous avez nommé déjà ou rendu
16 publiques vos recommandations qui concernent
17 beaucoup ces éléments-là qu'on a retrouvés aussi
18 dans la littérature.

19 Maintenant, dans le cadre de son mandat
20 légal présenté par monsieur Boileau au début de
21 l'intervention, la Direction des services sociaux a
22 répondu par le passé à plusieurs questions qui
23 préoccupaient le Ministère en matière de protection
24 de la jeunesse. Je vous donne quatre exemples pour
25 caractériser un petit peu le travail que l'on fait

1 pour soutenir les décisions ministérielles, les
2 décisions des autorités.

3 Un premier exemple, c'est, on a travaillé
4 sur la gestion du risque suicidaire et des
5 comportements d'automutilation chez les jeunes
6 hébergés en centre de réadaptation. Il y avait des
7 questions qui se posaient sur les meilleures
8 pratiques à cet égard-là. Un cadre de référence
9 clinique a été produit en deux mille dix-neuf
10 (2019).

11 Une autre question : Quelle devrait être la
12 pratique professionnelle des personnes autorisées
13 par le DPJ à intervenir à l'étape de l'application
14 des mesures en protection de la jeunesse? Là aussi,
15 un cadre de référence clinique a été produit en
16 deux mille dix-neuf (2019) qui comprend les
17 principes directeurs, les fonctions, les
18 responsabilités de la personne autorisée par le
19 DPJ, le processus clinique, la nécessaire
20 supervision clinique aussi. Et la contribution des
21 partenaires se retrouvait dans ce cadre de
22 référence là.

23 Une autre question d'importance, encore
24 d'actualité : Quelles sont les meilleures pratiques
25 de prévention et d'intervention en matière de

1 négligence auprès d'enfants de familles et de
2 communautés autochtones et les facteurs qui
3 facilitent leur mise en oeuvre? Donc, on a fait une
4 revue systématique de la littérature sur
5 l'efficacité des interventions en matière de
6 négligence en milieu autochtone en deux mille
7 quatorze (2014). C'est le genre de travail que
8 l'INESSS fait à la demande du Ministère et du
9 réseau pour soutenir l'amélioration des programmes
10 ou le développement des programmes.

11 On est aussi présentement à analyser, à
12 élaborer, plutôt, une grille d'analyse des besoins
13 des familles admises aux programmes des services
14 intégrés en périnatalité et petite enfance. L'idée
15 étant de mieux identifier les besoins des familles
16 pour offrir le bon service. Donc, on a souvent dit
17 que les services intégrés en périnatalité et petite
18 enfance rejoignaient des parents qui avaient des
19 problèmes complexes de santé mentale ou de
20 dépendance, et que ce n'était pas le bon programme.

21 Donc, là, on est au travail pour développer
22 une grille standardisée pour évaluer les besoins et
23 référer au bon endroit la clientèle des SIPPE. On
24 devait rendre une production à l'automne deux mille
25 vingt (2020), mais dans le contexte de la pandémie,

1 l'échéancier va être retardé, bien sûr, mais le
2 travail va bon train.

3 Maintenant, j'irais tout de suite pour
4 avoir suffisamment de temps, là, pour développer
5 sur une contribution complémentaire de l'INESSS.
6 Quelle pourrait être donc cette contribution à
7 l'amélioration des services aux jeunes et aux
8 familles incluant les services de première ligne et
9 les services de protection de la jeunesse?

10 Le débat actuel fait ressortir plusieurs
11 enjeux, des enjeux systémiques, des enjeux
12 organisationnels, des enjeux cliniques. Nous
13 croyons que l'INESSS peut contribuer à traiter deux
14 enjeux qui nous paraissent majeurs à ce moment-ci,
15 la connaissance et le déploiement des meilleures
16 pratiques appuyés sur des données probantes, et la
17 mesure de la performance clinique et
18 organisationnelle, pas seulement dans une optique
19 d'efficience mais dans une optique d'accès, de
20 qualité, de continuité de services.

21 Ces mesures-là, selon nous, doivent
22 essentiellement contribuer à une vie meilleure pour
23 les enfants et les jeunes, particulièrement de
24 milieux plus vulnérables, donc pas faire de la
25 mesure pour faire de la mesure, mais faire de la

1 mesure pour améliorer les programmes et les
2 services destinés aux enfants et aux familles.

3 Nous verrions bien trois grands axes de
4 travail dans notre plan d'action triennal qui
5 pourraient être mis à jour aisément. Donc, un
6 premier axe qui serait d'analyser les trajectoires
7 de soins de service pour les enfants et les jeunes,
8 développer puis suivre des indicateurs. Un deuxième
9 axe, un deuxième axe qui serait d'identifier les
10 meilleures pratiques cliniques et
11 organisationnelles et soutenir leur déploiement par
12 des activités de transfert de connaissances, puis
13 une contribution aux programmes de formation
14 continue.

15 Et l'INESSS pourrait assurer un leadership
16 pour mettre en place des approches réflexives qui
17 favorisent une appropriation des connaissances par
18 les acteurs terrain et une révision de leurs
19 pratiques en conséquence. J'avais prévu revenir sur
20 chacun de ces axes-là et vous donner des exemples
21 concrets de contributions potentielles ou de
22 résultats concrets.

23 Pour le premier axe autour des
24 trajectoires, on voit bien toute l'identification
25 des trajectoires, la mesure, l'identification des

1 goulots d'étranglement, des interventions qui ne
2 sont pas en valeur ajoutée, qui ne sont pas
3 standardisées, dans le but évidemment d'identifier
4 les pistes d'amélioration et de se mettre en action
5 là-dessus.

6 Le deuxième axe concerne beaucoup les
7 meilleures pratiques, l'identification des
8 meilleures pratiques. On contribue déjà à la
9 révision des standards de pratique qui est portée
10 par le Ministère. Mais on pourrait éventuellement
11 aller plus loin dans le développement de normes de
12 qualité avec une perspective aussi appuyée sur les
13 données probantes et une perspective de soutien à
14 la mise en oeuvre et d'évolution continue.

15 Et je voudrais vous dire vraiment, l'idée,
16 puis on y reviendra peut-être dans la discussion,
17 mais l'idée d'une démarche intégrée, d'un
18 dispositif intégré qui vise à la fois le
19 développement, la connaissance des meilleures
20 pratiques, qui vise la mesure de ce qu'on fait sur
21 le terrain et qui vise aussi l'animation de
22 transferts de connaissances, de contribution à des
23 programmes de formation. Donc, quelque chose qui se
24 veut global, intégré pour renforcer les services,
25 mais avec la contribution de plusieurs partenaires,

1 les instituts universitaires, les ordres
2 professionnels, les milieux d'enseignement,
3 l'INSPQ, le cas échéant. Et l'INESSS serait aussi
4 absolument porté à jouer un rôle important dans un
5 dispositif de cet ordre-là. Et on pourra y revenir
6 si vous le voulez.

7 Je devrai aussi vous parler dans la
8 discussion d'un bureau de données clinico-
9 administratives qui est un nouveau levier que
10 l'INESSS s'est donné dans la dernière année et qui
11 nous permet effectivement d'analyser, de documenter
12 les trajectoires et d'identifier les zones
13 d'amélioration avec les acteurs terrain.

14 Je ne voudrais pas dépasser mon temps.
15 J'aurais autre chose, mais je trouverai une manière
16 de le rapporter dans la discussion.

17 LA PRÉSIDENTE :

18 Merci à tous les deux. C'est toujours un défi en
19 quinze (15) minutes de présenter tout ça. Mais
20 comme vous le savez, vous aurez l'occasion durant
21 la période d'échange, que nous allons débiter avec
22 Danielle Tremblay.

23 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

24 Q. **[28]** Bonjour, Monsieur Boileau; bonjour, Madame
25 Jobin. Merci beaucoup de votre présence et merci

1 beaucoup du mémoire que vous nous avez déposé.
2 Justement, Madame Jobin, vous m'avez laissée en
3 appétit par rapport aux axes et la démarche
4 intégrée que vous nous avez rapidement présentée.
5 Parce qu'on est très préoccupé comme commission de
6 la trajectoire, dans le fond, comment les
7 meilleures pratiques, les connaissances peuvent-
8 elles percoler sur le terrain et faire en sorte
9 que, au final, les enfants et les familles en
10 bénéficient?

11 Donc, toute cette trajectoire-là de
12 développement, diffusion, implantation, suivi
13 d'implantation des meilleures pratiques, c'est un
14 sujet qui nous interroge beaucoup. Donc, j'aimerais
15 peut-être que vous développiez davantage vos axes
16 et la démarche intégrée que vous nous avez
17 présentée.

18 Mme LYNE JOBIN :

19 R. Très bien. Merci beaucoup. Donc, je parlais du
20 premier axe qui est la documentation, l'analyse des
21 trajectoires de soins et de services avec justement
22 une capacité rehaussée à l'INESSS de travailler
23 avec différentes banques de données qu'on peut
24 jumeler, donc on peut suivre un jeune dans sa
25 trajectoire selon les différentes banques de

1 données et ses parents aussi, le cas échéant. Que
2 ce soit en santé mentale, santé physique, jeune en
3 difficulté, on peut avoir vraiment une analyse
4 assez détaillée.

5 Il y a un enjeu d'accès aux données de PIJ
6 dans le cadre de la Loi sur la protection de la
7 jeunesse. Mais il n'en demeure pas moins qu'on peut
8 analyser les trajectoires et identifier là où ça ne
9 fonctionne pas, là où il y a des goulots
10 d'étranglement, là où il y a des pratiques qui ne
11 sont pas en valeur ajoutée ou ce n'est pas normé,
12 pas standardisé, pour après rebondir là-dessus,
13 bien sûr, et voir qu'est-ce qu'on devrait faire
14 pour améliorer ces trajectoires-là en termes de
15 qualité puis de continuité de services.

16 Et une fois qu'on identifie ces zones de
17 difficultés-là, avec les acteurs concernés des
18 différents secteurs d'intervention, souvent sur une
19 base locale ou régionale, sur une base plus
20 territoriale, c'est quoi nos problèmes, c'est quoi
21 les enjeux autour de nos trajectoires, qu'est-ce
22 qu'on devrait faire. Là, on peut venir encore en
23 appui pour identifier les meilleures pratiques pour
24 dénouer ces goulots d'étranglement ou ces problèmes
25 d'accès ou de continuité.

1 Donc là, il y a toute une partie de
2 développer les connaissances sur les meilleures
3 pratiques selon le processus d'intervention en
4 protection de la jeunesse ou plus largement dans le
5 cadre de tout le programme jeunesse. On développe
6 des guides; on développe des connaissances. On peut
7 aussi développer des états des pratiques. C'est-à-
8 dire on a l'état des connaissances sur les
9 meilleures pratiques, des états des pratiques
10 actuelles, voir l'écart, et là, encore là, ça nous
11 alimente sur qu'est-ce qu'on doit améliorer, où
12 est-ce qu'on doit investir pour changer la donne,
13 dans le fond.

14 Et l'autre élément de la démarche plus
15 intégrée, c'est des approches réflexives. On a
16 expérimenté à l'INESSS un programme qu'on a appelé
17 CoMPAS. C'est un programme qui initialement, là,
18 était démarré par le Ministère. On y a joué un rôle
19 actif. CoMPAS, ça veut dire « collectif pour les
20 meilleures pratiques et l'amélioration des soins et
21 des services ». Et ça consiste à travailler avec
22 des acteurs terrain, cliniciens, gestionnaires, des
23 usagers, des proches des usagers, on parle de
24 jeunes ou de familles, du milieu scolaire, du
25 milieu municipal, du milieu de la santé et services

1 sociaux.

2 Donc, toute une démarche avec des acteurs
3 terrain pour leur partager le portrait des jeunes,
4 des familles de leur territoire, mais le portrait
5 de la consommation de services, des difficultés
6 qu'on rencontre sur leur territoire. On peut
7 utiliser des données d'enquête, le cas échéant,
8 quand il y en a sur certains territoires. Donc, on
9 fait, que certains pourront appeler un tableau de
10 bord, on fait un portrait vraiment détaillé d'un
11 ensemble d'indicateurs significatifs pour, encore
12 là, identifier où est-ce qu'on a des problèmes,
13 travailler des guides d'intervention ou répertorier
14 des guides de bonnes pratiques ou les données sur
15 les meilleures pratiques de façon concomitante.

16 Et avec le programme CoMPAS, on amène ces
17 acteurs terrain là, le (inaudible) plus, c'est quoi
18 notre plan d'action. Donc, on se donne un plan
19 d'action pour améliorer les pratiques justement
20 avec de la formation, de l'accompagnement, du
21 suivi. Et le groupe se suit dans la mise en oeuvre
22 de ce plan d'action là.

23 À l'INESSS, on a expérimenté cette
24 démarche-là CoMPAS dans le cadre des maladies
25 chroniques. Mais c'est une démarche qui pourrait

1 être très intéressante, qu'on appelle les approches
2 réflexives. Donc, à partir de données probantes, à
3 partir de données sur la consommation de services,
4 sur les bonnes pratiques, où est-ce qu'on se situe,
5 nous, sur le plan local ou territorial, qu'est-ce
6 qu'on doit faire, c'est quoi notre plan d'action
7 pour améliorer. Et on se suit là-dedans avec une
8 bonne capacité de mesures.

9 Et, ça, ça devrait être fait avec un
10 ensemble de partenaires, dans le fond, mettre à
11 contribution un ensemble de partenaires, comme je
12 les ai nommés tantôt. Et l'INESSS pourrait
13 effectivement avoir un leadership fort de par son
14 expérience, de ses capacités de mesures et de ses
15 méthodologies pour identifier les meilleures
16 pratiques.

17 Q. [29] Bien intéressant. J'ai de la difficulté à
18 conceptualiser. Quand vous parlez, bon, l'INESSS
19 pourrait assumer un leadership, il y a plusieurs
20 partenaires, effectivement, donc vous en êtes un.
21 On sait que les instituts universitaires jeunesse
22 ont un rôle à jouer, il y a le ministère, il y a
23 les établissements. Comment tout ça peut se
24 déployer dans une stratégie qui est efficace et qui
25 finit par servir aux intervenants sur le terrain,

1 donc ultimement aux enfants et aux familles...

2 R. Oui.

3 Q. **[30]** ... (inaudible) les services sont rendus?

4 R. En fait, quand je parlais d'un dispositif, c'est
5 une idée qui va nécessairement évoluer, là. Mais
6 quand je parlais d'un dispositif, je parlais... À
7 certains moments, certains appellent ça un
8 consortium, un regroupement de partenaires avec un
9 mandat qui est balisé, avec des ententes de
10 collaboration. Généralement, un mandat confié par
11 le ministère de la Santé et des Services sociaux
12 qui est le responsable de l'offre de service et des
13 programmes comme tels dans le réseau de santé et
14 services sociaux.

15 Donc, un mandat clair du ministère pour un
16 ensemble de partenaires avec une entente de
17 collaboration, un leadership identifié. Et là, on
18 travaille à développer notre connaissance des
19 trajectoires, à mesurer, à trouver les bonnes
20 pratiques puis à aider les intervenants terrain à
21 se donner un plan d'action. Donc, c'est vraiment
22 l'idée de mettre en commun des expertises
23 diversifiées pour identifier les problèmes puis
24 donner un plan d'action, mais ancré dans les
25 réalités terrain, là, ancré dans les réalités

1 territoriales.

2 Et quand je dis l'INESSS qui pourrait jouer
3 un rôle de coordination, on a déjà un rôle de
4 coordination avec l'ensemble des partenaires qu'on
5 a nommés tantôt, dans le cadre d'un mandat confié
6 par le ministère pour mettre en oeuvre le plan
7 d'action sur les fugues, le plan d'action national
8 pour prévenir et intervenir en cas de fugues et
9 pour revoir l'offre de service en réadaptation
10 interne et externe, l'offre de service des centres
11 jeunesse, au fond, des centres pour les jeunes en
12 difficulté d'adaptation.

13 Et aussi, on fait ce type de travail de
14 coordination là pour développer une trajectoire,
15 justement, pour les jeunes des familles à risques
16 ou les familles en situations de négligence, là,
17 qui vivent de la négligence. Donc, on assume déjà
18 un rôle de coordination avec ces différents
19 acteurs-là d'instituts universitaires, ordres
20 professionnels, cliniciens, chercheurs et
21 gestionnaires.

22 Et l'idée, c'est qu'à l'INESSS, on a ce
23 levier-là de pouvoir utiliser des banques de
24 données nationales, de les jumeler. Donc, on peut
25 mieux mesurer, on peut mieux documenter. Et on a la

1 méthodologie à laquelle monsieur Boileau faisait
2 référence tantôt. Revue de littérature grise,
3 littérature scientifique et on croise les données
4 de la littérature avec des données expérientielles
5 du terrain et avec des données, aussi, issues de
6 consultations des personnes des différentes parties
7 prenantes, mais notamment des usagers et de leurs
8 proches.

9 Donc, c'est un peu notre histoire puis les
10 capacité de l'INESSS qui feraient en sorte qu'il
11 pourrait jouer un rôle intéressant, en terme de
12 leader, pour ce dispositif-là de collaboration pour
13 améliorer les services.

14 M. LUC BOILEAU :

15 R. Madame la Commissaire, est-ce que je peux ajouter?

16 LA PRÉSIDENTE :

17 Je vous en prie, allez-y.

18 R. Écoutez, je vais rajouter juste une petite notion,
19 c'est que l'INESSS n'a pas la prétention
20 d'amalgamer, dans son organisation, l'ensemble des
21 expertises requises dans tous les domaines. Mais il
22 est responsable d'être en appui au ministère et aux
23 différents organismes dans tous les domaines.

24 L'expérience de l'INESSS des dix (10)
25 dernières années a montré qu'on est capable, même

1 si nous ne sommes pas des oncologues ou des experts
2 en cancérologie, de prendre une trajectoire de
3 service ou les trajectoires de service en
4 cancérologie et d'être capables de mobiliser, avec
5 les bonnes méthodes, la disposition... là, je sais
6 que je ne parle pas de la protection de la
7 jeunesse, mais de prendre toutes les informations
8 disponibles, de mobiliser les acteurs les plus
9 spécialisés dans le domaine, les patients, les
10 proches aidants, les éthiciens, les économistes,
11 pour essayer de porter un jugement d'ensemble et de
12 donner des avis sur des trajectoires de service, et
13 ça fonctionne très bien. On l'a fait dans plusieurs
14 domaines.

15 On est interpellé aussi, bien sûr, dans le
16 domaine de la jeunesse. Vous avez entendu les
17 travaux qui ont été menés jusqu'à maintenant. Mais
18 nous croyons que l'INESSS est l'organisation, sans
19 doute, la mieux placée puisqu'elle a accès à toutes
20 ces expertises, non pas en son sein, mais qu'elle
21 peut les mobiliser, elle a l'expérience.

22 Elle a accès à toutes les formations
23 disposées dans les systèmes d'information, à
24 travers des mécanismes qui nous permettent quand
25 même de réguler ça d'une façon la plus convenable

1 et la plus appropriée sur le plan de la protection
2 des renseignements, bien sûr. Et elle a accès,
3 aussi, à faire un suivi, un accompagnement, par son
4 transfert de connaissances des objets qui auraient
5 été développés.

6 Donc, on pense qu'on est, dans ce domaine-
7 là comme dans quelques autres, et c'est sans
8 prétention, mais on croit que les travaux que vous
9 menez à la Commission pourraient identifier, comme
10 INESSS, comme un partenaire-clé pour venir prendre
11 une responsabilité autour de ces analyses de
12 trajectoires cliniques, organisationnelles aussi.
13 Et cette promotion, non seulement la promotion,
14 mais l'identification, comme ça a été dit beaucoup,
15 des meilleures pratiques à travers tout ça. Ça ne
16 disqualifie pas les autres joueurs que sont, bien
17 sûr, les centres jeunesse ou les instituts
18 universitaires ou le ministère, pas du tout. Ça
19 permet juste d'assumer un leadership qui était
20 attendu il y a de ça plusieurs années.

21 Quand on a créé l'INESSS... Moi, j'étais
22 dans un comité pour créer ça à l'origine, il y a
23 longtemps, quand je dirigeais l'INSPQ ou même que
24 j'étais PDG de la Montérégie, mais c'était ça qui
25 était demandé. Et on est capable de le faire et

1 vous, l'opportunité que vous avez de réfléchir sur
2 l'ensemble de systèmes là, bien, voilà, l'INESSS ne
3 veut pas manquer l'opportunité de venir traduire
4 cette posture souhaitée, légitime, et, je pense,
5 qui serait bénéfique si exploitée à plein régime.

6 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

7 Je vous remercie.

8 LA PRÉSIDENTE :

9 Merci. Alors, on va poursuivre avec Lesley Hill.

10 Mme LESLEY HILL, commissaire :

11 Q. [31] Alors, à mon tour de vous remercier de votre
12 présence aujourd'hui et du mémoire que j'ai
13 vraiment lu avec beaucoup d'intérêt. En fait, les
14 dispositifs dont vous parlez présentement c'est
15 quelque chose qui serait nouveau dans l'univers des
16 jeunes en difficulté actuellement.

17 On ne peut pas vous cacher qu'on a eu
18 plusieurs témoins qui sont venus nous parler du
19 trou qu'a laissé l'ACGQ lors de sa disparition.
20 Mais on a eu aussi le RUIJ, le Réseau universitaire
21 intégré jeunesse qui a cessé ses activités, à part
22 le carrefour de formation qui a continué.

23 Mais depuis deux mille quinze (2015), il y
24 a vraiment un vide dans l'harmonisation des
25 pratiques. Donc, il y a des pratiques qui se

1 développent et c'est très clair que l'INESSS
2 développe des produits d'une très grande qualité.
3 Mais ce qu'on a vu depuis les dernières années,
4 c'est des courriels de l'INESSS avec des guides de
5 pratique qui atterrissent dans des boîtes courriel
6 de personnes qui sont extrêmement occupées par
7 plusieurs fonctions sans vraiment un processus
8 d'appropriation de ces bonnes pratiques là et
9 d'accompagnement pour la mise en oeuvre pour qu'ils
10 performent sur le terrain, comme le disait ma
11 collègue Danielle Tremblay.

12 Donc, je me demande, le dispositif dont
13 vous parlez, est-ce que c'est acheté par le
14 ministère, (inaudible) là? Est-ce que ça vient
15 changer la mission de l'INESSS en ce qui concerne
16 l'implantation, le soutien de l'accompagnement?
17 Parce que depuis deux mille quinze (2015) on
18 entendait que ce n'était ni le rôle de l'INESSS. En
19 fait, c'est comme si c'était devenu le rôle de
20 personne et ce qu'on voit c'est beaucoup de
21 productions de très bonnes connaissances ou très
22 peu d'appropriation.

23 Donc, pouvez-vous nous dire si ça a été
24 discuté dans les hautes sphères? Est-ce que c'est
25 quelque chose qu'on peut voir arriver de façon

1 permanente sur l'horizon dans des services sociaux,
2 notamment de jeunes en difficulté?

3 R. Je vais... Madame la Commissaire, je peux parler?

4 Oui? Donc, je vais parler.

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Oui, je vous en prie, allez-y.

7 R. Je vais inviter ma collègue à allonger la réponse,
8 d'une façon peut-être plus précise. Nous, nous
9 croyons que... En fait, à votre question, oui, il y
10 a cinq ans, il y a eu un effet quand même important
11 dans l'organisation des services de jeunesse pour
12 les jeunes en difficulté ou de la protection de la
13 jeunesse. Vous avez tous vu ça, plusieurs vous ont
14 fait des témoignages importants de ce côté. Cette
15 perturbation-là a généré, comme je vous l'ai dit
16 là, un dispositif plus articulé du côté de
17 l'INESSS. Une direction des services sociaux qui a
18 voulu prendre acte... pas prendre les... tirer
19 avantage... Ce n'était pas un avantage pour nous,
20 mais de pouvoir utiliser les forces en présence
21 qu'on retrouvait dans les différentes associations,
22 notamment l'Association des centres jeunesse. Mais
23 la gestion de cette transformation-là n'a pas été
24 faite d'une manière à ce qu'on a dit : « Bien,
25 maintenant, l'INESSS, c'est vous qui avez cette

1 contribution attendue pour la normalisation des
2 meilleurs pratiques, et caetera. Nous nous
3 attendions, et nous avons reçu des mandats autour
4 de ces questions-là. » La question que vous
5 soulevez, maintenant, c'est : « Comment, dans un
6 système que vous étudiez et que vous voulez
7 redimensionner, vous pourriez tirer avantage des
8 organisations soit déjà mandatées ou avec une
9 expérience de ce côté-là? » Nous, on vous dit :
10 Nous avons l'expérience. Nous avons le mandat. Nous
11 n'avons pas... Nous avons des mandats.

12 Nous n'avons pas eu un créneau défini de
13 dire : Voici le parcours dans lequel on vous attend
14 maintenant et nous croyons que nous serions en
15 mesure, de façon plus complète, de le faire sous
16 les angles qui ont été traduits par madame Jobin il
17 y a quelques instants, et que nous serions capables
18 d'être en reddition de comptes active autour de ça.

19 Il n'en demeure pas moins que ce n'est pas
20 pour répondre à votre question. Uniquement, le
21 leadership de l'INESSS qui va faire que ça va se
22 transformer, il faut qu'il y ait cette
23 mobilisation, puis je suis certain que vous y
24 réfléchissez, de voir comment tous les acteurs
25 peuvent être sensibles à la chose puis commettant

1 ou commis à cela. Mais l'INESSS, c'est le
2 partenaire qui, je crois, pourrait vous aider sur
3 ces trois dimensions.

4 Madame Jobin... Excusez-moi, je dis madame
5 Jobin, là, ce n'est pas moi à le dire, mais
6 c'est... j'ai...

7 LA PRÉSIDENTE :

8 Non, non, ça va. Allez-y, je vous en prie, Madame
9 Jobin. Vous nous aviez dit qu'elle allait
10 compléter. Je vous en prie, allez-y.

11 Mme LYNE JOBIN :

12 R. Merci. Je vais compléter brièvement. Mais,
13 effectivement, il y a un enjeu clair, là, au niveau
14 de l'appropriation puis de vraiment l'exploitation
15 maximale des avis, des guides et des productions de
16 l'INESSS pour améliorer les pratiques et améliorer,
17 au final, le système comme tel de protection de la
18 jeunesse ou de services aux jeunes. Donc, il y a un
19 enjeu. Il y a un déficit, là, de dispositifs, de
20 mécanismes pour s'approprier et emmener les réels
21 changements.

22 Donc, ça, oui, il y a un problème là. Et on
23 a, effectivement, déjà discuté avec le ministère de
24 cette idée d'avoir une approche plus intégrée d'y
25 placer de la mesure, du transfert de connaissances,

1 du développement de compétence, des guides de bonne
2 pratique, et caetera.

3 Ça a déjà été discuté de vouloir se donner
4 quelque chose de plus intégré. Les discussions
5 doivent se poursuivre, évidemment, et notre
6 position d'INESSS, dans le fond, c'est de dire, un
7 peu comme on le fait déjà pour le plan d'action
8 Fugues et l'offre de services en réadaptation, et
9 la trajectoire négligence, on pourrait assumer,
10 effectivement, une coordination, un leadership avec
11 la distance critique qu'on a, avec les
12 méthodologies qu'on a, mais avec un mandat plus
13 clair, comme l'a dit monsieur Boileau, de soutien à
14 l'implantation, le cas échéant.

15 Q. [32] Bon. Pour la question de l'exploitation des
16 données clinico-administratives pour améliorer les
17 connaissances des trajectoires des enfants et
18 ultimement améliorer les services qui leur sont
19 destinés, quelles sont les perspectives?

20 Parce que depuis le début de notre
21 Commission, on regarde ce qui se fait ailleurs, on
22 regarde Healthy Child Manitoba, et ils sont
23 capables de croiser des données de plusieurs
24 ministères, pas seulement à l'intérieur d'un
25 ministère de services sociaux pour comprendre les

1 trajectoires scolaires, par exemple, des jeunes,
2 pour comprendre les trajectoires en petite enfance,
3 et même le ministre de Revenu pour les enfants en
4 transition vers la vie adulte. On regarde aussi la
5 Colombie-Britannique qui a investi largement vers
6 l'Open Data pour faire rapport au public de la
7 performance des services.

8 Donc, est-ce que vous êtes dans une
9 perspective intraréseau santé et services sociaux
10 ou est-ce que vous êtes déjà dans une perspective
11 interministère dans les services publics?

12 R. Oui. Je peux aller, Monsieur Boileau, c'est beau?
13 En fait, la vision, elle est exactement cette
14 perspective-là d'une trajectoire intégrée pour tout
15 le parcours des jeunes, donc incluant ultimement le
16 service de garde, services de santé, services
17 scolaires et tout, mais on n'en est pas là, au
18 Qubec. C'est assez récent qu'il y a une entente
19 entre le ministère, la RAMQ et l'INESSS pour
20 permettre cette exploitation de données et ce
21 jumelage... en fait, pour permettre l'accès aux
22 banques de données pour mieux les exploiter et pour
23 rendre possible le jumelage entre ces banques de
24 données là.

25 Donc, il y a des avancées au niveau de la

1 cancérologie, au niveau des maladies chroniques. On
2 commence à placer vraiment qu'est-ce qu'on a
3 besoin, qu'est-ce qu'il faut faire pour le domaine
4 de la jeunesse, et on est en séance de travail, là,
5 dans le fond, pour vérifier qu'est-ce qui est
6 possible, actuellement. Clairement, on peut jumeler
7 et CLSC et médicaux, c'est la première marche, là,
8 dans le fond.

9 On a des enjeux avec PIJ à cause de la Loi
10 sur la protection de la jeunesse. On n'est pas
11 rendus à utiliser des banques de données, là, des
12 autres secteurs d'activité, quoique dans le grand
13 programme Agir tôt, il y a aussi du travail qui se
14 fait puis des perspectives d'intégration des
15 banques de données du milieu scolaire et du secteur
16 de la petite enfance, là, des services de garde et
17 santé.

18 Donc, il y a vraiment plusieurs acteurs
19 autour de l'enfance et de la jeunesse qui veulent
20 mettre à prof et mettre ensemble leurs différents
21 systèmes d'information.

22 Pour l'heure, on a cet accès-là avec cette
23 entente-là qui répond aux règles de la Loi sur
24 l'accès à l'information, mais vraiment, c'est le
25 début de quelque chose qui pourrait être beaucoup

1 plus structurant et beaucoup plus aidant, et on y
2 réfléchit, on a cette vision-là.

3 M. LUC BILODEAU :

4 R. Sans négliger le potentiel d'autres systèmes
5 d'information touchant, par exemple, des dimensions
6 de santé physique...

7 Mme LYNE JOBIN :

8 R. Oui.

9 M. LUC BILODEAU :

10 R. ... des dimensions de consultation de services de
11 première ligne à travers nos réseaux de services
12 médicaux ou autres et les médicaments, aussi. Donc,
13 on a toutes ces banques d'information que nous
14 pouvons croiser de façon très respectable sur la
15 confidentialité, cela va de soi, mais qui peuvent
16 ajouter à la qualité de l'information requise pour
17 bien circonscrire ces trajectoires.

18 Q. **[33]** Je vais vous amener ailleurs, parce que je
19 trouve que c'est important de vous entendre sur les
20 normes de qualité que vous proposez à l'intérieur
21 de votre mémoire, et je vais lire très rapidement
22 une citation de votre rapport ou votre mémoire que
23 je trouvais importante.

24 Donc, vous avez cité Morris (inaudible) qui
25 dit que:

1 La médiatisation des cas, notamment en
2 protection de la jeunesse, aurait tendance
3 à entraîner une sursimplification des
4 problèmes et des réponses axées sur la
5 gestion du risque et des règles
6 procédurales.

7 Donc, je me demandais si ces normes de qualité dont
8 vous avez parlé peuvent aider à peut-être diminuer
9 un peu cet impact de la médiatisation ou si vous ne
10 voyez pas de lien potentiel?

11 Mme LYNE JOBIN :

12 R. En fait, on ne l'a pas tant réfléchi comme ça, pour
13 être bien honnête. Quand on parle des « normes de
14 qualité », c'est un peu l'idée d'aller au-delà des
15 standards de pratique qu'il fallait réviser, tout
16 le monde a convenu qu'il fallait réviser, au
17 Québec, nos standards de pratiques, le ministère
18 est au travail là-dessus.

19 Nous, on contribue notamment par une
20 littérature... par une revue de la littérature sur
21 les meilleures pratiques en protection de la
22 jeunesse qui est découpée selon le processus
23 d'intervention en protection de la jeunesse. On a
24 quelque chose qui va être très intéressant au
25 niveau des bonnes pratiques dans le processus

1 d'intervention en PJ.

2 Donc... et ça, ça va contribuer à la
3 redéfinition des standards de pratique. Mais ce
4 qu'on propose, c'est d'aller plus loin que des
5 standards et se doter vraiment de normes de
6 qualité, dans le fond, dans tout le processus
7 d'intervention, et ultimement - on en a parlé déjà
8 - la qualité des services de première ligne aussi.

9 Donc, ce n'est pas un... Oui, on peut faire
10 une revue de littérature sur les meilleures
11 pratiques, mais une fois qu'on a ces informations-
12 là, ces connaissances-là, qu'on les déploie sur le
13 terrain, après, il faut être capable de normer, de
14 standardiser, de s'assurer que tout le monde le
15 fait de la même manière et de la bonne manière. On
16 est capables de mesurer, de suivre et de
17 s'améliorer d'une façon continue. Donc, on est plus
18 dans l'idée de développer des normes qui vont au-
19 delà des standards, à l'image des normes qu'on
20 retrouve dans d'autres secteurs d'activité, là.

21 M. LUC BILODEAU :

22 R. Auxquelles on rajouterait, si vous me permettez,
23 une couche. Bien, c'est-à-dire, on
24 « rajouterait »... On le fait déjà dans d'autres
25 domaines, madame Jobin a parlé du programme CoMPAS,

1 qui a touché des aspects de santé physique pour
2 différents dossiers, mais auquel il y a une attente
3 aussi qui se signifie autour des jeunes en
4 difficultés, la protection de la jeunesse. Donc, ce
5 n'est pas uniquement les standards ou les normes et
6 les guides de pratique, mais c'est aussi d'induire
7 des processus sur le terrain où des pratiques
8 deviennent réflexives, c'est-à-dire entre les
9 professionnels, avec aussi les usagers ou leurs
10 représentants, avec aussi d'autres personnes qui
11 sont dans la trajectoire de services pour essayer
12 de voir comment on applique dans notre contexte ces
13 éléments-là pour faire en sorte qu'ils soient les
14 plus à succès possible pour les enfants. Et ça,
15 c'est important. Ce sont des dimensions que,
16 lorsqu'on rajoute, dans des systèmes de soins très
17 complexes, c'est des services très complexes comme
18 ceux que vous êtes appelés à regarder. Il y a
19 quelque chose là qui ajoute une valeur réelle et
20 qui sont documentés dans des expériences ici comme
21 l'étranger.

22 Mme LESLEY HILL, commissaire :

23 Il me reste juste...

24 LA PRÉSIDENTE :

25 Merci.

1 Mme LESLEY HILL, commissaire :

2 Ah, je pensais qu'il me restait une minute, Madame
3 Laurent. Je suis désolée.

4 LA PRÉSIDENTE :

5 Non non, monsieur le greffier vient de me texter.
6 Vous avez déjà dépassé.

7 Mme LESLEY HILL, commissaire :

8 Oh, O.K. Merci beaucoup.

9 LA PRÉSIDENTE :

10 Mais c'est correct. Je vous en prie.

11 Alors, on va poursuivre la discussion
12 avec... Il reste trois questions, André Lebon.

13 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

14 Bonjour. Je suis très content d'entendre les trois
15 axes dont, Madame Jobin, vous nous avez parlé. Vous
16 avez dit une petite phrase : « Dans mon rôle, »
17 votre nouveau rôle, vous avez dit :

18 Rehausser la place des services sociaux à
19 l'intérieur de l'INESSS.

20 Et quand je regarde vos trois axes, c'est super
21 intéressant, puis il y a toujours un volet d'un
22 effort de mieux vous mettre en arrimage avec les
23 acteurs concernés, ce qui est, d'après moi, une des
24 trames de fond qu'on a entendues le plus à la
25 Commission depuis le départ de la CJQ : ce n'est

1 pas une question juste d'accès aux connaissances
2 les plus éprouvées, mais c'est l'animation qu'il y
3 avait autour de ça, c'est la consultation qu'il y
4 avait autour de ça. Et ça, vous en faites mention,
5 Madame Jobin.

6 Alors là, je vais me tourner vers monsieur
7 Boileau, parce que je vous connais depuis assez
8 longtemps, Madame Jobin, je n'ai pas de mépris sur
9 vos intentions puis capacités de faire avancer les
10 choses, ça fait que mon propos, il n'est pas là.

11 Monsieur Boileau, vous nous avez presque dit :

12 L'INESSS pourrait être la bonne structure
13 pour qu'on aille plus à fond, plus loin. On
14 peut porter ce dossier-là.

15 Alors, je vais vous faire un petit état de
16 situation rapide. Le problème, quand on parle des
17 services sociaux dans la santé, c'est qu'on dit
18 souvent : « intégrer ». Moi, je dirais « noyer ».
19 Ça n'engage que moi.

20 Parce que la CDPDJ, le volet jeunesse,
21 c'est moins de vingt pour cent (20 %) du budget et
22 de la tâche, comparé à chaque. Dans les CISSS et
23 les CIUSSS, on a le rapport de tous les six PDG,
24 directeurs des jeunesses, et on voit qu'il y a un
25 rétablissement à faire pour la place des services

1 sociaux à l'intérieur d'une préoccupation
2 hospitalo-centriste. Il y a un gros redressement à
3 faire. Il y a même du monde qui nous suggère :
4 sortez-nous de là! On ne veut pas aller là, parce
5 qu'on sait le poids de ne pas utiliser des
6 structures existantes. Ça parle en faveur de
7 l'INESSS.

8 Mais à la page 29 de votre rapport annuel
9 de l'an dernier, vous avez quarante et un mille six
10 cent vingt-huit (41 628) heures travaillées en
11 services sociaux pour trois cent quarante et un
12 mille (341 000) heures au total de L'INESSS. C'est
13 neuf point neuf pour cent (9,9 %) de votre budget.

14 Moi, je ne mets pas en doute votre parole,
15 mais comment est-ce qu'on va pouvoir rehausser ce
16 rôle-là d'animation que vous voulez faire? Ça prend
17 du manpower, ça prend de l'animation. Et je ne
18 doute pas de la qualité de vos gens, je doute
19 qu'avec les moyens que vous avez, je crains pour
20 vos ambitions.

21 Q. [34] Alors, Monsieur Boileau, comment la
22 Commission peut-elle supporter l'INESSS à vous
23 donner les moyens de vos ambitions dans services
24 sociaux? Je ne parle absolument pas de santé. Vous
25 avez fait votre de démonstration, elle est

1 probante. Mais côté services sociaux, il y a
2 vraiment un oumpf! à donner, et comment on peut le
3 faire, et comment on peut le faire avec l'INESSS?

4 Parce que c'est vrai, vous avez raison, il
5 ne faut pas essayer de décupler ou de démultiplier
6 les structures, mais vous êtes, même si vous êtes
7 plein de bonne volonté, un peu low profile en
8 argent sur le côté services sociaux.

9 M. LUC BILODEAU :

10 R. Alors, vous me permettez?

11 Q. Oui.

12 R. La première des choses, Monsieur le Commissaire,
13 c'est... Je n'ai pas juste « presque dit » qu'on
14 serait les mieux placés pour faire ça, je l'ai dit.
15 Alors, je veux juste encourager le propos, d'une
16 part.

17 D'autre part, je pense que vous mettez en
18 relief ce constat de distribution des ressources et
19 des efforts dans l'ensemble du système de santé et
20 services sociaux. L'INESSS est somme toute un peu
21 en miroir avec ce que la masse énergétique qu'on
22 retrouve dans le reste du système de santé et de
23 services sociaux, mais à votre question, qui est
24 très légitime, je vous dirais trois choses.

25 La première, c'est qu'il n'y a pas, puis

1 vous le soulignez, et il n'y a pas selon moi et
2 selon nous, une raison qui nous inviterait, même
3 dans le contexte de tout ce qui se passe et se dit
4 et ce que vous étudiez, une opportunité de venir
5 disloquer un INESSS pour en faire une composante
6 services sociaux ou santé mentale et caetera, mais
7 mettons services sociaux ou même jeunesse plus
8 particulièrement, du reste.

9 Donc, cet amalgame entre les dimensions
10 sociales santé se révèle d'abord dans plusieurs
11 dossiers, que ce soit TDAH, des troubles, des
12 difficultés, des troubles de santé mentale et de
13 jeunesse.

14 Donc, c'est pas mauvais de garder
15 l'intégration et l'amalgame des missions d'une
16 façon intégrée dans une composante comme celle de
17 l'INESSS et qui n'a pas besoin d'être
18 redimensionnée dans son dispositif structurel,
19 puisqu'en effet, l'espace donné au services
20 sociaux, il est authentique, il est très là et il a
21 été en croissance au fil des dernières années en
22 continu d'une part.

23 D'autre part, c'est que je pense que c'est
24 plus l'issue de vos travaux qui vont nous
25 permettre, et je vais vous retourner

1 l'interpellation en disant que c'est certain qui si
2 nous, on nous confiait des mandats plus larges,
3 plus dimensionnés à ce que vous vous attendez comme
4 évolution dans ce secteur-là, bien, on va être
5 capables de l'absorber et être capables de livrer
6 en conséquence.

7 On a fait une évolution. En fait, l'INESSS
8 dans les... Si je vous situe dans les à peu près
9 quatre-cinq dernières années, a doublé ses
10 capacités. Littéralement doublé ses capacités, donc
11 son nombre de personnes, tout ça, pour livrer
12 encore plus dans tous les domaines, incluant le
13 secteur social ou les secteurs sociaux. Et donc, je
14 crois que nous serions capables d'absorber ça, des
15 mandats de ce côté-là, et de s'assurer d'une
16 reddition la plus compétente possible.

17 Mais je vous... Comme vous le soulignez,
18 Monsieur le Commissaire, ça nous apparaît une
19 condition critique du succès dans des secteurs
20 social que de garder cet assemblage à l'INESSS. Et
21 nous croyons vraiment que nous sommes capables de
22 le faire.

23 Donc, je ne vous viens pas vous contredire
24 vos statistiques que vous sortez, même si elles
25 m'étonnent un peu, puisqu'il me semble que

1 l'environnement social prend beaucoup de place, en
2 tout cas, à mes yeux, est très important, puis
3 autour de la table, écoutez, c'est majeur, là.

4 C'est une contribution qui n'est pas
5 éloignée. Et l'INESSS ne fonctionne pas autour de
6 cette spirale hospitalo-centriste. C'est plutôt
7 autour de la spirale d'excellence des services dans
8 tous ces domaines et puis lorsqu'il y a de l'espace
9 de collaboration et de contribution - parce que les
10 dossiers l'exigent - on le fait volontiers.

11 Donc, on a des capacités et on nous fait
12 confiance aussi. On a reçu des mandats récemment et
13 des sommes importantes d'argent pour poursuivre
14 certains des projets. Donc, moi, j'ai très
15 confiance. J'espère que vous l'aurez tout autant.

16 LA PRÉSIDENTE :

17 Q. [35] Merci. Alors, je vais poursuivre. J'avais une
18 question et il y a Michel Rivard aussi à la suite.
19 Écoutez, vous êtes d'un Institut national
20 d'excellence en santé et services sociaux. Ça
21 arrive bien que vous passiez après le défunt
22 Regroupement des médecins et infirmières en centre
23 jeunesse qui ont témoigné ce matin. Et ils nous ont
24 dit plusieurs choses qui ont été étonnantes, entre
25 autres, qu'ils ne font pas partie intégrante de

1 l'équipe de soins et ils nous ont proposé, par
2 exemple, de prioriser ces enfants et jeunes dans
3 les guichets d'accès.

4 Là, avec tout le portrait assez sombre
5 qu'ils nous en ont fait, je leur ai posé la
6 question, mais je vous la pose à vous. Vous êtes
7 les mieux placés probablement pour me répondre. Ils
8 nous ont dit : « Quand, nous, médecins, on se rend
9 compte qu'un jeune de neuf (9) ans, onze (11) ans,
10 douze (12) ans a besoin de services,
11 d'ergothérapie, de physiothérapie, de thérapie
12 alternative pour le sommeil », parce qu'il y en a
13 beaucoup en centre jeunesse qui ont des problèmes
14 de sommeil et caetera, « de pédopsychiatres »,
15 bien, j'ai pas besoin de vous dire les délais, vous
16 les savez encore mieux que moi.

17 Alors, devant ce portrait, comme j'ai une
18 vie passée qui était en santé physique, en santé
19 physique, on a été capables de dire : « Voici ce
20 que... Les délais médicaments requis. »

21 Alors, est-ce que vous, à l'INESSS, vous
22 seriez prêts à avancer sur le médicament requis ou
23 trouver un meilleur terme, pour que ces jeunes-là
24 qui sont pris en charge par l'état, qui sont en
25 centre de réadaptation, aient accès à ces services-

1 là avec un délai que vous pourriez trouver
2 raisonnable?

3 Alors, j'en profite de votre présence pour
4 aller... Parce qu'autrement, je le sais pas comment
5 on va y arriver, et ce n'est pas à vous que je vais
6 expliquer les impacts catastrophiques quand ces
7 enfants et ces jeunes-là n'ont pas accès à ces
8 services.

9 R. Oui. Bien sûr. Et, Madame la Commissaire, c'est le
10 genre de questions qui sont posées à l'INESSS à
11 l'occasion sur des paramètres d'accès, mais plus
12 sous l'angle d'une saine utilisation des ressources
13 et en toute connaissance, je vous dirais, des
14 conséquences que ce soit pour d'autres lignes de
15 services ou d'autres trajectoires, on est capables
16 de répondre à ces questions-là.

17 Si vous me demandiez aujourd'hui est-ce
18 qu'il y a des éléments normatifs qu'on a produits
19 autour de ça? Je ne crois pas, mais il est possible
20 qu'il y en ait, puisqu'ils m'ont peut-être
21 échappés, mais je ne croirais pas. Toutefois, à ce
22 que vous soulignez, c'est quelque chose qui n'est
23 pas une surprise à entendre. Quand j'étais
24 président-directeur général de la Montérégie, dans
25 le temps que c'était une région plutôt que divisée

1 en quatre comme aujourd'hui, bien, les activités
2 jeunesse et leur accès aux services parallèles,
3 notamment en santé physique, étaient un enjeu
4 important et on essayait de reconfigurer des
5 trajectoires pour permettre ça.

6 Alors, ça, ça appartient aussi aux
7 gestionnaires dans les établissements, et il est
8 vraisemblable de croire que plusieurs auront
9 imaginé que leur intégration dans des grandes
10 structures comme des CISSS ou des CIUSSS aura
11 permis de faire ça. Mais en toute vraisemblance,
12 vous le soulignez, c'est incomplet et ça mérite
13 d'être redimensionné.

14 Les aspects plus prescriptifs d'éléments
15 normatifs autour des enjeux de qualité, là nous
16 pourrions être des contributeurs très actifs.

17 Q. **[36]** Donc, vous seriez d'accord qu'on aille vers
18 des délais requis là aussi?

19 R. Je vous dis... C'est parce que là... C'est parce
20 qu'il y a différentes dimensions qu'on apporte
21 quand on parle de délais requis. Et là, il y a des
22 enjeux qui sont aussi d'un cadrage de faisabilité
23 dans le système.

24 Donc, je n'oserais pas vous dire qu'on est
25 capables de vous sortir ça très rapidement. Il

1 faudrait... Je vais être le technocrate qu'il faut.
2 Je vais vous dire, on va bien cadrer la question,
3 puis on va y répondre comme il faut, mais je pense
4 qu'à votre soucis, il est clair que l'INESSS, c'est
5 une organisation capable d'aider à profiler cela.

6 Et puis je vais reprendre ce que votre
7 collègue, en tout cas, à l'écran, de droite,
8 disait. C'est certain qu'il nous faut pouvoir
9 compter sur certaines capacités pour faire ce type
10 de travaux-là. Donc, ce n'est pas... certains
11 autres s'ajouteront, et puis sans doute qu'on va
12 être capables de bien manoeuvrer là-dedans. Donc,
13 Madame la Commissaire, voici la réponse.

14 Q. **[37]** Merci.

15 R. Mais Madame...

16 Q. **[38]** Oui.

17 R. ...je crois que je...

18 Q. **[39]** Oui je vous en prie, Madame Jobin.

19 Mme LYNE JOBIN :

20 R. Merci beaucoup.

21 Q. **[40]** Madame Jobin. Votre micro.

22 R. C'est beau. Merci. J'ajouterais un élément qui va
23 absolument dans le même sens, mais plus
24 concrètement, quand on a parlé tantôt de l'analyse
25 des trajectoires de soins et de services, pour

1 nous, c'est l'analyse des trajectoires de soins et
2 de services.

3 Donc dans le système de santé et de
4 services sociaux, quelle est la trajectoire d'un
5 jeune qui a besoin en santé physique ou en santé
6 mentale ou en protection de la jeunesse et on est
7 capables de figurer ça de façon très claire avec
8 différents indicateurs et de trouver là où il y a
9 des anomalies, là où il y a des problèmes,
10 notamment des délais pour un type de service ou un
11 autre, et là, on s'active pour trouver la manière
12 de résoudre cet enjeu-là, notamment en développant
13 ou des guides de pratique ou des normes ou des
14 façons de faire qui vont permettre d'avoir une
15 trajectoire beaucoup fluide qui répond aux besoins.

16 Donc, la notion de trajectoire de soins de
17 service, d'analyses, de guides de pratique, de
18 normes d'accompagnement, comme on a dit tantôt pour
19 l'appropriation et le réel changement, c'est un peu
20 ça l'idée, là, de l'approche intégrée pour
21 l'amélioration continue.

22 Q. **[41]** Merci. Alors, je vais laisser la place à
23 Michel Rivard.

24 M. MICHEL RIVARD, commissaire :

25 Q. **[42]** Merci, Madame la Présidente. Alors, d'abord un

1 commentaire, bon, suite à la question de mon
2 collègue vice-président, puis après ça, j'ai une
3 question pour madame Jobin.

4 Les vingt-six (26) novembre dernier, Jean-
5 Pierre Hotte nous disait qu'au niveau de
6 l'harmonisation des pratiques, depuis la
7 disparition de la CJQ, la liberté et l'indépendance
8 de parole est disparue. Alors, je pense qu'il faut
9 garder ça à l'esprit, là, pour la suite des choses,
10 effectivement. Alors, j'espère que cette liberté de
11 parole et cette indépendance reviendra au chapitre.

12 Ma question est la suivante. Dans vos
13 recommandations, Madame Jobin, puis ça, ça nous
14 préoccupe beaucoup, on a entendu beaucoup de
15 témoignages là-dessus au niveau de la commission,
16 au niveau du soutien de la transition à la vie
17 adulte, vous dites : « Il faudrait que
18 l'INESSS... », en tout cas, c'est une
19 recommandation « Soutenir davantage la transition à
20 la vie adulte pour les jeunes en difficulté. »

21 Vous en parlez, là, dans votre mémoire.
22 Vous parlez de diversité de pratiques, programmes
23 de qualification des jeunes trop restrictifs.
24 Alors, qu'est-ce que l'INESSS entend faire pour
25 soutenir la transition à la vie adulte?

1 R. En fait, on a déjà produit un avis sur les
2 meilleures pratiques liées à la transition à la vie
3 adulte, un état des connaissances, et encore là,
4 qui mérite d'être probablement plus diffusé, plus
5 approprié, plus mis en oeuvre par un accompagnement
6 approprié, mais à ce moment-ci, on n'a pas dans
7 notre calendrier de projets ou dans notre carnet de
8 projets de suite particulière par rapport à cet
9 enjeu-là. On avait déjà produit cet état de
10 connaissance. J'essaie de voir la date dans mes
11 notes ici, là. C'est assez récent aussi.

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Q. **[43]** Ça va?

14 R. Est-ce que ça répond, Monsieur Rivard?

15 M. MICHEL RIVARD, commissaire :

16 Q. **[44]** Bien, c'est votre recommandation de soutenir.
17 Alors, je voulais peut-être avoir des détails là-
18 dessus. C'était ça ma question.

19 R. O.K. Très bien. Donc, peut-être dans le même esprit
20 que ce qu'on a dit tantôt.

21 À partir de l'état des connaissances, faut
22 voir c'est quoi l'état des pratiques, quel est
23 l'écart entre les deux, qu'est-ce qu'on fait de
24 bien, qu'est-ce qu'on fait de moins bien et comment
25 on peut rehausser nos programmes de soutien pour la

1 transition à la vie adulte avec des projets plus
2 novateurs ou avec des nouvelles façons de faire.

3 C'est un peu ça la séquence, là. L'état des
4 connaissances, l'état des pratiques, les écarts,
5 les guides de pratique des normes de
6 l'appropriation, de l'accompagnement, puis un
7 changement réel qu'on souhaite au bout du processus
8 avec de la mesure à l'intérieur de tout ça.

9 Dr LUC BOILEAU :

10 R. Et quand on fait ça, on mesure oui, mais on va
11 chercher les données expérientielles. Donc, on va
12 chercher d'une façon scientifique, là, dans le sens
13 avec les meilleures approches, l'opinion de ceux
14 qui ont traversé ces trajectoires de services là et
15 ceux qui sont dans cette transition-là. On va
16 mobiliser leur point de vue et nous le faisons avec
17 leurs proches, avec les intervenants, mais avec eux
18 aussi.

19 Donc, c'est ce qui fait en sorte que
20 l'addition de tous ces éléments-là, en tout cas
21 produit à l'INESSS généralement des recommandations
22 qui sont complètes et qui viennent chercher tous
23 les points de vue et qui traversent un espace
24 délibératif qui permettent de recommander les
25 meilleures pratiques et les meilleures

1 trajectoires.

2 Quand j'insiste là-dessus, c'est pour vous
3 dire que les méthodologies utilisées par des
4 organismes comme l'INESSS, nous ne sommes pas le
5 seul au monde, il y a d'autres organismes comme ça.
6 NICE du côté du UK ou la Haute Autorité de santé du
7 côté de la France.

8 Donc, il y a des organismes que nous
9 suivons en parallèle, et on a beaucoup d'échanges
10 avec eux pour être certains que nos processus sont
11 « on the top », c'est-à-dire les meilleurs qu'on
12 peut prendre sans prétention, mais on doit faire
13 ça. Donc, ça me permet de rajouter ça à votre
14 question.

15 LA PRÉSIDENTE :

16 Merci. Le temps est vite passé en votre compagnie.
17 Je ne peux pas m'empêcher, pendant que vous êtes
18 là, de... On a eu beaucoup d'intervenantes tout le
19 long de la commission qui nous ont dit, qui nous
20 ont parlé de la formation et de la nécessité pour
21 elles et eux d'avoir une formation qui
22 correspondent aux tâches et c'est-à-dire, avoir
23 affaire à des enfants traumatisés, des familles en
24 difficulté, c'est complexe et tout ça, et on se
25 rend compte, puis j'imagine que vous avez beaucoup

1 plus d'influence que moi sur les CISSS et les
2 CIUSSS, bien il faut faire quelque chose au niveau
3 de la formation.

4 Ils sont bien d'accord pour apprendre le
5 lavage des mains, mais il y a bien d'autres choses
6 qu'il serait important pour elles dans leur
7 formation continue et ça, elles nous disent elles
8 ont à peu près pas de pouvoir et c'est très, très,
9 très frustrant, et quand je vois ce que vous
10 produisez, bien, elles n'y ont à peu près pas
11 accès. Alors, je vous invite peut-être à parler à
12 vos partenaires des CISSS et des CIUSSS. Ce serait
13 vraiment important pour les intervenantes qui sont
14 sur le terrain avec ces enfants et ces familles-là.

15 Dr LUC BOILEAU :

16 R. O.K. Voulez-vous que nous répondions ou... Non?

17 Q. **[45]** Ah, vous avez trente (30) secondes de
18 commentaires. Je vous laisse la parole, Docteur
19 Boileau. Allez-y.

20 R. Écoutez, si vous me permettez, la formation n'est
21 pas... C'est pas exclu des contributions de
22 l'INESSS. L'INESSS, elle développe ce qu'on vous a
23 expliqué, là, les trajectoires des meilleures
24 pratiques et elle accompagne cela, lorsque requis
25 et ça l'est souvent. L'exercice de transfert de

1 connaissances. Alors, ça fait partie d'un des
2 créneaux de formation, mais les formations comme
3 telles, nous ne sommes pas une organisation qui
4 fait de la formation ...

5 Q. [46] Non non. J'avais bien compris.

6 R. ... mais nous contributeur... Oui.

7 Q. [47] J'avais bien compris. Faites le message que
8 vos formations se rendent sur le terrain aux
9 intervenantes sur le terrain. C'était ça, mon
10 message.

11 R. Nous en sommes... Oui.

12 Q. [48] D'accord.

13 R. Nous comprenons que vous allez nous le suggérer.

14 Q. [49] Alors, merci, Docteur Boileau. Merci, Madame
15 Jobin. Merci de votre contribution à la commission.
16 Alors, l'heure est déjà passée et le prochain
17 témoin est prévu à seize heures (16 h). Merci.

18 R. Très bien. Merci beaucoup. On vous quitte.

19 Mme LYNE JOBIN :

20 R. Merci beaucoup. Bonne fin de journée.

21 SUSPENSION DE L'AUDIENCE

22 REPRISE DE L'AUDIENCE

23

24 LA PRÉSIDENTE :

25 Merci Monsieur le Greffier. Nous poursuivons en

1 recevant maintenant monsieur Sylvain Ratel qui est
2 président de l'Association des éducatrices et
3 éducateurs spécialisés du Québec. Bienvenue,
4 Monsieur Ratel. Et madame Francesca Romano Fleury,
5 qui est éducatrice spécialisée depuis douze (12)
6 ans en centres jeunesse. Bienvenue, Madame. Alors,
7 durant votre témoignage (inaudible) parler des
8 enjeux reliés à la prestation des services offerts
9 en éducation spécialisée aux enfants et aux
10 familles vulnérables du Québec. Alors, je vous
11 rappelle qu'on a soixante (60) minutes ensemble,
12 quinze (15) minutes de présentation et ensuite,
13 échanges avec les commissaires.

14 Alors, quand il va vous rester deux minutes
15 à votre présentation, je vais lever le petit
16 carton. Alors, faites-moi juste signe que vous
17 l'avez vu et vous pourrez, à ce moment-là conclure
18 et ensuite passer à la période de questions avec
19 les commissaires. Je m'excuse, je le dis à chaque
20 fois aux témoins, on a plusieurs écrans, l'écran de
21 la visio, l'écran d'ordinateur pour suivre la
22 documentation que vous avons durant votre
23 témoignage. Alors, si vous nous voyez bouger,
24 baisser la tête, regarder de côté, on vous entend,
25 on vous suit mais on est en train, en même temps,

1 de regarder des documents que vous nous avez
2 envoyés. Alors, voilà. Sur ce, je vais demander au
3 greffier de vous assermenter, s'il vous plaît.

4

5 ASSOCIATION DES ÉDUCATRICES ET ÉDUCATEURS
6 SPÉCIALISÉS DU QUÉBEC

7

8 **FRANCESCA ROMANO FLEURY,**

9 **SYLVAIN RATEL,**

10 (Sous serment)

11

12 LA PRÉSIDENTE :

13 Merci. Alors, la parole est à vous. Qui débute la
14 présentation?

15 M. SYLVAIN RATEL :

16 C'est moi qui vais débiter (inaudible).

17 LA PRÉSIDENTE :

18 Monsieur Ratel?

19 R. Oui.

20 LA PRÉSIDENTE :

21 Je vous en prie, allez-y.

22 R. Merci beaucoup. Merci infiniment. Alors, juste pour
23 bien camper les choses, aujourd'hui nous sommes
24 deux. La première raison, c'est que j'arrive ici
25 pour représenter, en général, l'éducation

1 spécialisée. J'estime avoir une bonne connaissance
2 et j'assume la présidence de l'Association des
3 éducatrices et éducateurs spécialisés en ce sens.

4 Et madame Romano est là beaucoup plus comme
5 expert de contenu parce qu'elle a de nombreuses
6 années d'expérience en centres jeunesse pour venir
7 confirmer, affirmer ou mettre en lumière certains
8 éléments plus spécifiquement de l'éducation
9 spécialisée en centres jeunesse.

10 Alors, c'est pour ça qu'elle est avec nous
11 et on en est bien, bien fier, bien content, elle a
12 une solide expérience. Alors, tout d'abord laissez-
13 moi chaleureusement vous remercier pour cette
14 invitation. On réalise pleinement l'opportunité et
15 la chance qu'on a d'être ici puis de pouvoir nous
16 parler et vous livrer, un peu, notre point de vue
17 aujourd'hui. Point de vue qu'on travaille depuis
18 des années et des années.

19 Disons que personnellement là, je ne veux
20 pas trop trahir mon âge, mais déjà ce dossier-là je
21 l'ai à coeur depuis au moins les vingt (20)
22 dernières années, mais j'ai été depuis plus de
23 trente-sept (37) ans dans le réseau de la santé et
24 des services sociaux et très actif à ce niveau-là.

25 Et, aussi, juste pour se rappeler à quel

1 point l'histoire se répète parfois et comment il
2 est étonnant de voir les choses arriver. Je vous
3 rappellerais que pour la petite histoire,
4 l'éducation spécialisée est née en France entre les
5 deux premières guerres mondiales suite à un gros
6 scandale qu'on a appelé le scandale des bagnes
7 d'enfants où on estimait, à l'époque, que les
8 jeunes en difficulté étaient mal servis et mal
9 desservis. Et c'est ainsi, qu'à l'époque, est née
10 spécifiquement l'éducation spécialisée.

11 Comme quoi, bien, on se retrouve, une
12 deuxième fois, dans un tournant de l'histoire,
13 question services aux jeunes. Alors, c'est évident
14 qu'aujourd'hui, je ne vais pas vous parler de la
15 globalité. Je ne veux pas vous livrer un point de
16 vue sur l'ensemble de tout ce qui se passe dans les
17 services offerts aux jeunes, particulièrement en
18 centres jeunesse, ça serait beaucoup trop
19 fastidieux et ce n'est pas notre expertise.

20 Aujourd'hui, ce dont je viens vous parler,
21 c'est notre expérience, nos années de réflexion, et
22 notre vision, à court, moyen, long termes de ce que
23 devrait être l'éducation spécialisée pour arriver à
24 mieux servir les jeunes, justement.

25 Et on est parfaitement conscient, et nous

1 sommes tellement heureux de voir qu'une commission
2 et des gens de valeur se penchent sur ce problème-
3 là et acceptent de nous entendre parce qu'on pense
4 qu'on détient, jusqu'à un certain point, une petite
5 parcelle de solution qui pourrait que n'être aidant
6 dans la suite des choses à venir.

7 Alors, pour bien camper les choses aussi...
8 Puis vous savez que c'est une particularité au
9 Québec là. Je ne sais pas si certains d'entre vous
10 qui n'êtes pas nés ici, mais au Québec on a un
11 système d'éducation qui est un peu différent du
12 reste du monde ou presque.

13 Je dis toujours aux étudiants en éducation
14 spécialisée : Vous savez, au Québec, on est les
15 seuls qui prenons la température de nos piscines en
16 fahrenheit et celle de l'extérieur en celsius. On
17 est un peu particuliers, nous, les Québécois. Et on
18 est à peu près les seuls dans le monde qui avons
19 une option d'étudier dans un cégep ou une
20 université pour faire des études supérieures. Et ça
21 créé, effectivement, des gens qui sont formés, très
22 bien formés.

23 Je crois, je pense, qu'on n'a pas à rougir
24 ou à être gêné de nos formation, mais on est une
25 rare place dans le monde où on peut devenir

1 infirmière dans un cégep ou une université. On peut
2 devenir quelqu'un qui travaille dans le service
3 social, à l'université ou au cégep, ou qu'on peut
4 devenir éducateurs à l'université ou au cégep. À
5 l'université, on appelle ça de la psychoéducation.
6 Donc, il faut reconnaître, je pense, la spécificité
7 du modèle québécois pour commencer à bien
8 comprendre ce qui se produit par la suite.

9 Depuis mil neuf cent soixante-onze (1971),
10 l'éducation spécialisée s'est déployée au Québec,
11 justement avec l'apparition de l'École de
12 psychoéducation de l'Université de Montréal.
13 Ironie, les deux sont arrivés en même temps,
14 l'École de psychoéducation de l'Université de
15 Montréal et les programmes d'éducation spécialisée,
16 les programmes de technique d'éducation spécialisée
17 dans plusieurs cégeps de la province.

18 Et, donc, au départ, le programme existait,
19 justement, pour créer une discipline qu'on a
20 appelé: L'éducation spécialisée, au sens large. Et
21 cette discipline a comme mission, comme but
22 premier, lors de son implantation, de travailler à
23 l'adaptation, la réadaptation de jeunes en
24 difficulté.

25 C'est ce qui fait qu'au cours des années,

1 la masse critique d'employés des centres jeunesse
2 était composée majoritairement de ce qu'on a appelé
3 génériquement « des éducateurs ». On parle plus de
4 masculin, au départ. Avec le temps, la profession,
5 le travail s'est beaucoup plus féminisé.

6 Donc, aujourd'hui, on préfère mettre le
7 titre féminin, mais au départ là, on parlait
8 beaucoup d'éducateurs spécialisés. Et c'était la
9 réponse la mieux adaptée, pensait-on, et nous
10 croyons qu'elle l'est encore. La mieux adaptée à
11 intervenir, justement, auprès de jeunes en
12 difficulté qui présentent une multitude de
13 problématiques.

14 Avec les années, évidemment, la complexité
15 de ces interventions-là s'est vraiment grandement
16 alourdie de par les recherches, les découvertes. Le
17 modèle médical qui, de plus en plus, trouve des
18 explications et explique des comportements
19 qu'auparavant on jugeait comme étant des troubles
20 de caractère ou des troubles de comportement.

21 Mais, aujourd'hui, on comprend mieux que,
22 des fois, il y a des pathologies, il y a des
23 problématiques. Aujourd'hui, il y a des médicaments
24 qui viennent appuyer, aussi, des interventions de
25 plus en plus.

1 D'ailleurs, ce qu'on ne voyait pas il y a
2 trente (30), quarante (40) ans ou à peu près pas.
3 Donc, le travail d'intervention auprès des jeunes,
4 quel qu'il soit, s'est complexifié. Et c'est aussi
5 vrai pour l'éducation spécialisée.

6 Là, aujourd'hui, où nous croyons qu'il y a
7 un sérieux problème et où vous devriez, je pense,
8 avec nous, regarder qu'est-ce qu'on peut faire à
9 travers tout ça, c'est sur la question de qu'est-ce
10 que c'est, en fait, qu'une éducatrice ou un
11 éducateur spécialisé en centres jeunesse parce que
12 je pense qu'aujourd'hui, les centres jeunesse ont
13 un sérieux problème parce qu'il y a une absence
14 totale de rigueur et de cohérence dans ce qu'on
15 pourrait appeler quelqu'un qui agit comme, ce qu'on
16 appelle plus génériquement, un ou une éducatrice.
17 O.K.

18 En fait, comme telle, l'éducation
19 spécialisée n'existe que de façon parcellaire et
20 très, très, très désorganisée. Très, je dirais, à
21 la limite, presque absente dans certains lieux.
22 Pourquoi? Considérant la masse critique
23 d'intervenants que les centres jeunesse ont besoin
24 d'avoir pour fonctionner en terme d'éducateurs,
25 considérant la difficulté toujours grandissante

1 d'aller chercher des gens qualifiés et diplômés.
2 Depuis très longtemps, les centres jeunesse
3 acceptent toutes sortes de conditions pour pouvoir
4 oeuvrer comme éducateurs et fait en sorte que, un,
5 vous avez des gens compétents à être éducateurs
6 qui, en fait, ne le sont, à toutes fins pratiques,
7 à peu près pas, ou, en tout cas, pas complétées.
8 Avec des gens qui ont des demi-diplômes, des gens
9 qui ont des diplômes autres, mais qu'on a fini par
10 reconnaître comme étant éducateurs mais qui ne le
11 sont pas.

12 En fait, vous vous retrouvez dans une
13 catégorie d'intervenants qui, si on la compare avec
14 l'ensemble des autres intervenants de l'ensemble
15 des services de la province, sont à toutes fins
16 pratiques, difficiles à saisir, difficiles à
17 comprendre, mal structurés, mal organisés, mal
18 encadrés et avec un titre qui, finalement, n'est
19 pas ni réservé ni compréhensible pour personne
20 parce qu'on ne sait plus trop, à un moment donné,
21 qu'est-ce que c'est. O.K.

22 Et, ça, je pense... Et nous pensons, à
23 l'Association, que c'est un gros problème
24 actuellement. O.K. Un très grave problème. Et,
25 nous, ce qu'on vous soumet aujourd'hui qui pourrait

1 être une solution, certainement qui ne pourrait
2 qu'aider l'avenir des services aux jeunes, O.K.,
3 c'est de, un, aller de l'avant avec une, je
4 dirais... Moi aussi, je vais vérifier mon temps. Il
5 faut aller de l'avant avec une appellation qu'on
6 comprendra comme étant celle d'une personne dûment
7 diplômée, dûment formée, capable de faire le
8 travail qu'on lui demande de faire.

9 Vous savez, j'ai fait un sondage auprès de
10 deux mille cinq cents (2 500) personnes et aucune
11 de ces deux mille cinq cents (2 500) personnes-là,
12 même si on parle de pénurie de personnel, ne ferait
13 faire un examen d'hygiène dentaire par quelqu'un
14 qui n'est pas dûment diplômé, membre de son Ordre.

15 On se scandalise quand je parle de ça aux
16 gens, mais je ne comprends pas qu'on ne se
17 scandalise pas que nos personnes, parmi les plus
18 vulnérables de nos sociétés, reçoivent des services
19 par des gens qui, en fait, ne sont pas ce qu'ils
20 prétendent être.

21 Et ce n'est pas de la mauvaise volonté,
22 c'est un ensemble de facteurs qui fait ça. Et le
23 premier argument qu'on nous assène pour engager des
24 éducateurs qui ne le sont pas, c'est la pénurie de
25 personnel et nous, on comprend très bien ça. Et

1 madame Romano pourra en parler tantôt, je sais
2 qu'elle sera (inaudible) dans la période de
3 questions certainement, mais je vais lui laisser
4 une minute ou deux tantôt.

5 Mais la réponse, elle est simple à ça.
6 Évidemment qu'on ne peut pas engager que des
7 éducateurs spécialisés, mais on peut demander aux
8 éducatrices ou aux éducateurs spécialisés qui sont
9 dûment formés, qui sont professionnels, qui ont un
10 ressort d'activités et de compétences qu'ils
11 peuvent mettre en oeuvre, de pratiquer l'éducation
12 spécialisée, mais de s'assurer d'avoir assez
13 d'intervenants en utilisant des types d'emplois
14 autres qu'éducateurs, qui est un générique pour
15 tout ou certainement pas éducateurs spécialisés,
16 parce que là on vient complètement brouiller les
17 cartes et on se retrouve avec des gens, et madame
18 Romano pourra vous le confirmer, qui ne connaissent
19 pas la base fondamentale des connaissances
20 nécessaires à pratiquer l'éducation spécialisée.

21 C'est, à mon avis, extrêmement troublant.
22 Plus troublant que de savoir que la personne qui me
23 fait une hygiène dans la bouche n'est pas dûment
24 diplômée. Et pourtant, on passe ça sous silence un
25 peu et nous, à l'Association, on a toujours été

1 très mal à l'aise avec ça, et ça fait des années
2 qu'on cherche à organiser, structurer et mettre en
3 place un vrai cursus de compétences, de
4 connaissances et de reconnaissances d'un type
5 d'éducateurs spécialisés.

6 Les solutions, nous croyons qu'elles sont
7 assez simples. La première solution, c'est d'exiger
8 que le titre d'emploi éducateur spécialisé
9 conventionné existe dûment dans toutes les
10 organisations des centres jeunesse et qu'à ce
11 titre, on n'engage que des gens dûment diplômés en
12 éducation spécialisée pour le faire, ce qui
13 n'empêche pas d'engager des intervenants, autant
14 qu'ils en ont besoin, mais on ne peut pas leur
15 donner un titre d'éducateur spécialisé.

16 Ce faisant, on peut mettre à profit des
17 compétences et des connaissances que d'autres
18 n'auront peut-être pas et mieux utiliser les
19 personnes qu'on reconnaît comme
20 éducatrices/éducateurs spécialisés.

21 Aussi, ces gens-là, nous, on croit que
22 l'avenir de la pratique et la rigueur nécessaires à
23 assurer la protection des clientèles passent par
24 l'encadrement d'un ordre professionnel.
25 Actuellement, tout se passe et tout ne se passe

1 pas, considérant le manque de rigueur et l'absence
2 de contrôle autour de la pratique. Des notes au
3 dossier qui ne sont pas faites, des plans
4 d'intervention qui ne sont pas faits, des suivis
5 qui ne sont pas effectués, aucune visite
6 d'inspection professionnelle, c'est inadmissible.

7 Donc, l'avenir passe par l'encadrement d'un
8 ordre professionnel et cet encadrement-là donnerait
9 des capacités aux éducateurs plus grandes, qui
10 permettraient aussi de dégager certains autres
11 professionnels qui sont surchargés de travail, mais
12 qui ne peuvent pas refiler une partie de ce
13 travail-là, pour lesquels les éducatrices et les
14 éducateurs spécialisés ont des compétences, faute
15 d'appartenir à un ordre professionnel.

16 Donc, nous croyons que l'avenir passe par
17 diplômation, un titre reconnu, dûment interprété,
18 l'encadrement d'un ordre professionnel, le soutien
19 de l'Association vous est complètement dédié, si
20 vous avez besoin d'une instance qui va vous
21 accompagner dans tous les travaux qui viennent.
22 Nous serons là, ça nous fait plaisir.

23 Et peut-être je peux laisser madame Romano
24 dire un peu, là, justement, à quel point des fois
25 tout se mêle et tout s'entremêle dans une espèce de

1 façon de faire qui est un peu troublante, sur le
2 plancher.

3 LA PRÉSIDENTE :

4 Je vous en prie, Madame Romano, allez-y.

5 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

6 Oui. En fait, c'est que, au niveau des titres ou
7 des mandats de nos tâches, c'est que souvent, ça
8 peut... moi, je pourrais bien, tantôt, là, je vous
9 définirai un peu c'est quoi, mon rôle, là, et mon
10 mandat en hébergement. Par contre, ce qu'on va
11 rencontrer comme problématique, c'est que ce n'est
12 pas nécessairement défini pour tout le monde ou
13 encore, dû à la surcharge de travail ou des tâches
14 administratives qui s'ajoutent constamment, je vous
15 dirais que parfois, notre rôle peut devenir confus
16 entre départager notre vision, là, de la réponse au
17 besoin des enfants puis en même temps, aussi,
18 composer avec les exigences de l'organisation ou
19 encore les exigences du réseau, là, de la santé,
20 là, si on veut, de faire la lumière à l'intérieur
21 de ça.

22 Puis par contre, moi, où est-ce que je me
23 trouve, c'est des éducateurs qui ont le titre
24 d'éducateurs spécialisés, sauf que je sais que, par
25 exemple, ce n'est pas une pratique nécessairement

1 qui est conforme dans toutes les régions. O.K. Il
2 n'y a pas d'uniformité nécessairement à ce niveau-
3 là, puis effectivement que, dû au manque criant de
4 personnel ou les difficultés, dans le fond, au
5 niveau de la rétention du personnel, c'est des
6 choses qui peuvent se voir.

7 M. SYLVAIN RATEL :

8 Et vous savez...

9 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

10 D'aller finalement, vers d'autres...

11 M. SYLVAIN RATEL :

12 Oui.

13 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

14 ... d'autres titres, là, par rapport à ça.

15 M. SYLVAIN RATEL :

16 Et vous savez, dans l'ensemble de la province, on
17 calcule qu'environ quatorze (14), quinze (15),
18 seize mille (16 000) personnes peuvent prétendre...

19 Merci, Madame Laurent, j'ai bien vu votre signe.

20 ... peuvent prétendre pratiquer l'éducation
21 spécialisée, O.K. Et vous serez peut-être étonnés
22 ou peut-être pas, mais je vous l'affirme, là où on
23 a le plus de difficulté à amener les gens à adhérer
24 à l'Association, à adhérer à leur code de
25 déontologie et à mettre la rigueur nécessaire à

1 accomplir leur travail, selon les normes qu'on
2 pense qu'elles sont celles du vingt et unième (21e)
3 siècle, en termes de pratique d'éducation
4 spécialisée, c'est dans les centres jeunesse.

5 Je vous l'annonce tout de suite, c'est là
6 qu'on rencontre le plus de résistance, qu'on a le
7 plus de gens qui refusent un peu d'embarquer dans
8 le bateau parce qu'ils ont des pratiques qui datent
9 depuis longtemps, ils n'ont pas d'exigences à la
10 hauteur de ce que nous, on aimerait implanter. Ils
11 n'ont peut-être pas la rigueur ou le niveau de
12 suivi qu'on s'attend d'avoir. Pas qu'ils ne
13 seraient peut-être pas capables de le faire, mais
14 comme ils n'ont pas nécessairement à le faire, mais
15 ils résistent beaucoup et on pense que le premier
16 pas serait effectivement une obligation d'adhérer à
17 l'Association, d'adhérer au code de déontologie,
18 d'avoir un minimum d'inspection et de rigueur et de
19 soutien, mais tout ça dans la perspective, parce
20 que...

21 Excusez-moi, je vais l'arrêter. Je m'étais
22 mis un minuteur justement pour être capable de
23 savoir que j'étais à la fin aussi. Mais tout ça
24 devrait se faire avec la projection éventuellement
25 d'un encadrement du système professionnel, ce à

1 quoi on travaille actuellement avec l'Office des
2 professions et pour lequel on a presque complété
3 les travaux qui sont à venir.

4 Voilà. C'est un peu le message qu'on avait
5 à vous livrer aujourd'hui, ce à quoi on croit, ce
6 vers quoi on se projette et ce qu'on pense qui
7 pourrait faire une différence notable et énorme
8 dans la suite des choses au niveau des centres
9 jeunesse, parce qu'il y a vraiment trop de
10 variables, là, qui sont impossibles à contrôler
11 dans la pratique de l'éducation spécialisée, puis
12 on parle de cinq à six mille (6 000) intervenants,
13 là, répartis à travers la province, là, qui sont le
14 coeur et le... je dirais les poumons de
15 l'organisation.

16 LA PRÉSIDENTE :

17 Merci à vous deux. Alors, on va débiter la période
18 d'échange avec Jean-Simon Gosselin.

19 M. JEAN-SIMON GOSSELIN, commissaire :

20 Q. **[50]** Bonjour à vous deux. Merci beaucoup d'être là.
21 Brièvement, moi, j'ai été un peu déçu de votre
22 mémoire et de votre présentation, Monsieur Ratel.
23 Donc, la plupart de mes questions vont être pour
24 votre collègue, madame Romano. J'ai compris très
25 bien quand même votre plaidoyer en faveur d'un

1 ordre professionnel mais moi, ce qui m'intéresse
2 plus, c'est qu'est-ce que vivent les jeunes en
3 centres de réadaptation. Qu'est-ce que vivent les
4 jeunes, quand il y a un suivi externe d'un
5 éducateur. J'ai découvert les suivis externes dans
6 les années quatre-vingt (80) avec le Mont
7 d'Youville, et tant les avocats que les juges à
8 Québec, ils étaient emballés du travail fait par
9 les éducateurs spécialisés, parce que c'était
10 concret avec les familles.

11 Alors, je comprends que vous êtes à peu
12 près dix-huit cents (1 800) membres, mais qu'il y a
13 à peu près vingt mille (20 000) personnes qui ont
14 le... qui travaillent dans le domaine des
15 éducateurs spécialisés.

16 J'ai été surpris quand j'ai regardé les
17 données puis j'arrive à ma question, Madame Romano,
18 là. Le coût au niveau du programme jeunesse des
19 unités de vie, c'est ça qui coûte le plus cher, le
20 double de l'évaluation orientation. Alors, c'est un
21 secteur quand même, là, très important, beaucoup
22 d'heures travaillées, puis c'est normal. En centre
23 de réadapt, les jeunes sont là vingt-quatre (24)
24 heures sur vingt-quatre (24) et vous ne pouvez pas
25 arrêter à cinq heures (5 h 00) le soir ou quatre

1 heures et demie (4 h 30).

2 Ma première question pour vous, Madame
3 Romano, vous êtes dans le domaine de l'hébergement,
4 vous êtes dans une unité de réadaptation dans un
5 centre jeunesse, pour vous, là, vous et vos
6 collègues, ce que vous entendez, votre Association,
7 c'est quoi l'enjeu principal pour ces jeunes-là?
8 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

9 R. Écoutez, je vous dirais qu'un questionnement, là,
10 principal, c'est comment assurer l'offre de
11 services, O.K., comment le réseau de la santé et de
12 services sociaux peut assurer l'offre de services
13 pour répondre aux besoins criants des enfants qui
14 ont recours aux services de la protection de la
15 jeunesse.

16 Comment? Parce que ces enfants-là ont une
17 trajectoire développementale à risques. Plus on va
18 mettre des moyens en place, des moyens préventifs
19 ou... parce que, là, je vous entendais parler dans
20 votre introduction, là, parler des coûts, là, parce
21 qu'en hébergement, ça coûte le plus cher, mais en
22 même temps, quand ces enfants-là arrivent en
23 hébergement, habituellement, il y a plusieurs
24 interventions qui ont été faites au préalable ou
25 encore, dans les dernières années, ce qui est

1 arrivé, c'est énormément de coupures budgétaires
2 dans les services externes, ce qui fait que quand
3 les enfants vont arriver à l'interne, dans le fond,
4 qu'on appelle, là, sur le terrain ou les services
5 en hébergement, à ce moment-là, les services de
6 réadaptation doivent être tous mis en place pour
7 finalement assurer, qu'on assure finalement que
8 l'enfant va pouvoir se réinsérer en société après,
9 lui trouver un autre milieu de vie, O.K.

10 Par contre, la réponse aux besoins, ça peut
11 être large, puis je pense qu'à ce niveau-là, quand
12 on n'est pas justement sur le terrain, ça peut être
13 vague pour les acteurs externes. Qu'est-ce que
14 c'est que la réponse aux besoins puis de bien
15 assurer la réponse aux besoins des enfants, là,
16 moi, mon expertise est plus avec les tout-petits.
17 O.K.

18 Par contre, je vous dirais que j'ai quand
19 même été aussi avec les adolescents. Mais c'est ça,
20 c'est qu'il y a clairement des inégalités, aussi,
21 où est-ce que les enfants ne recevront pas
22 nécessairement les services auxquels ils ont besoin
23 ou encore dans un délai raisonnable pour assurer
24 finalement le plein potentiel de leur
25 développement, de leurs capacités adaptatives puis

1 mettre fin finalement à la situation de
2 compromission, O.K.

3 Puis mettre fin à la situation de
4 compromission, c'est un autre aussi enjeu majeur
5 parce que oui, on peut dire qu'on va mettre fin à
6 la situation de compromission, que l'enfant peut
7 retourner dans son milieu naturel ou encore dans un
8 milieu substitut, mais qu'est-ce qui en découle des
9 services qu'on va mettre en place après? O.K.

10 Ça fait qu'il y a beaucoup de
11 questionnements de cet ordre-là aussi. Est-ce que
12 je répons un peu à votre question ou je me suis un
13 peu égarée dans...

14 Q. **[51]** Oui, oui.

15 R. O.K.

16 Q. **[52]** Et je vais vous demander de compléter. Vous,
17 si vous aviez une suggestion pour les jeunes
18 hébergés à faire à la Commission, ça serait quoi
19 votre suggestion la plus forte que vous nous
20 feriez?

21 R. Il y en a... O.K., la plus forte, je vous dirais,
22 je vous dirais qu'on puisse, mon Dieu, parce que
23 j'essaie de me dire : oui, si je suis ici
24 aujourd'hui, c'est pour essayer d'être un porte-
25 voix, parfois pour ces enfants-là qui ne sont pas

1 en mesure de le faire, puis pour toutes les
2 personnes qui oeuvrent à travailler très fort. Mes
3 collègues qui mettent en place plusieurs mesures
4 pour répondre à leurs besoins. Mais je dirais que
5 ça serait, mon Dieu, je pense que je vais vous
6 fournir une réponse au cours de cette entrevue-là
7 et ce n'est pas que je n'ai pas l'idée, mais j'ai
8 l'impression qu'il y en aurait tellement que je ne
9 veux pas en minimiser une au détriment d'un autre.

10 Q. **[53]** Vous pouvez en donner deux, trois, là, vous
11 n'êtes pas limitée.

12 R. D'accord. Je vous dirais que ça serait, en fait, de
13 reconnaître que... parce que dans le fond, nous
14 autres on a maintenant une pratique qui intègre,
15 qui est orientée vers les traumatismes. O.K. Donc, je
16 pense que ça serait de reconnaître les services de
17 la protection de la jeunesse, les enfants qui ont
18 recours aux services de la protection de la
19 jeunesse, au même titre, qui pourraient avoir
20 recours aux mêmes ressources que parfois, on parle
21 de recours comme dans les suivis, dans les
22 hôpitaux.

23 T'sais, si on a besoin, disons, d'une
24 consultation quand on est malade, on va à
25 l'hôpital, on a, par la suite, des recommandations

1 qui sont faites, puis on a accès à notre suivi, on
2 a accès à notre médicament aussitôt. O.K. Il y a
3 quelque chose, t'sais, on va, on entame une
4 guérison, finalement.

5 Par contre, quand on est de l'ordre des
6 traumas, parfois, c'est invisible puis ça va se
7 traduire par toutes sortes de comportements
8 différents qui peuvent, des fois, être difficiles à
9 interpréter ou à comprendre pour aussi des acteurs
10 qui vont être externes à la situation de ces
11 enfants-là.

12 Donc, ça serait, d'abord, de reconnaître la
13 souffrance qu'ils vivent puis d'être en mesure de
14 leur donner des services dans un délai raisonnable
15 pour favoriser leur développement et non pas
16 contribuer à augmenter, finalement, l'écart puis
17 les retards au niveau du développement de ces
18 enfants-là, parce qu'il n'y a pas un intervenant
19 dans le réseau qui souhaite ça.

20 Donc, ça serait d'améliorer la
21 communication entre les instances du CISSS ou des
22 CIUSSS, O.K., améliorer la communication. Puis
23 aussi que ces enfants-là, parce qu'il y a des
24 listes d'attente inimaginables. Je sais qu'on ne
25 peut pas nécessairement dire que le besoin d'un

1 enfant est plus important que le besoin d'un autre,
2 finalement, en priorisant un... prioriser les
3 besoins d'un enfant pour les besoins d'un autre
4 enfant.

5 Mais des fois, les listes d'attente sont
6 tellement énormes que ces enfants-là, ils n'ont pas
7 accès, non plus, à des spécialistes, comme par
8 exemple, orthophonie, physiothérapie,
9 ergothérapeute. Les délais sont extrêmement longs.

10 Alors, que normalement, finalement, la
11 centralisation des services aurait dû amener peut-
12 être... résorber certaines problématiques qui ne
13 sont pas du tout, en fait, qui sont amplifiées,
14 O.K.

15 Q. **[54]** Je vous remercie. En fait, ça va (inaudible)
16 de ce qu'on a entendu avec l'Association des
17 médecins et des infirmières qui oeuvrent en centres
18 de réadaptation, alors...

19 R. Oui.

20 Q. **[55]** ... c'est comme si vous aviez écouté leur
21 témoignage, ça le corrobore complètement.

22 R. Hum.

23 Q. **[56]** Dans un autre registre, dans un autre
24 registre, par rapport à votre travail, par rapport
25 à vos collègues éducatrices et éducateurs.

1 R. Oui.

2 Q. **[57]** On parle, depuis plusieurs années, de pénurie
3 de main-d'oeuvre.

4 R. Oui.

5 Q. **[58]** Ça a quelle incidence, ça, pour vous, pour vos
6 collègues, dans les milieux des unités de
7 réadaptation, dans les foyers de groupe, ça
8 s'articule comment? La discontinuité pour les
9 jeunes, des éducateurs qui viennent remplacer?
10 Expliquez-nous, en quelques mots, c'est la dernière
11 question, il nous reste quelques minutes, qu'est-ce
12 que ça vous fait vivre, vous, les éducateurs puis
13 ça fait vivre aux enfants? Merci.

14 R. En fait, ça peut venir des traumatismes chez les enfants
15 ou encore, c'est des ruptures affectives, des
16 coupures de lien, parce que... au niveau de
17 l'attachement. Parce que, en fait, ces enfants-là
18 qui ont vécu, finalement, soit... bien, ils ont
19 vécu des événements adversables de la vie, hein, ça
20 a des répercussions, finalement, majeure sur leur
21 intégrité psychologique.

22 Quand ils sont en hébergement, ils vont
23 réapprendre à faire confiance, on va travailler le
24 lien thérapeutique avec eux autres dans un premier
25 ordre de temps. Par la suite, mettre en place des

1 routines, mettre en place des activités cliniques,
2 hein, qui vont faire en sorte qu'ils vont
3 réapprendre, finalement, la régulation des
4 comportements, la régulation émotionnelle.

5 Quand on vient, puis là tranquillement, à
6 faire confiance, prendre des risques, puis tout ça.
7 Quand on... puis redevenir disponible aux
8 apprentissages, recommencer finalement à se
9 développer, hein, parce qu'ils sont constamment en
10 état d'alerte.

11 C'est comme si les interactions ou leur
12 environnement était menaçant, si on veut, ou peut
13 être hostile. C'est comme si pour eux il y a
14 toujours un danger imminent, O.K., qui va venir
15 déclencher un système d'alarme puis des réactions,
16 finalement, face au stress, hein, de fuite, de fuir
17 ou de figer.

18 Donc, en travaillant le lien thérapeutique
19 puis tout ça, en assurant une stabilité d'équipe,
20 on vient finalement augmenter la sécurité
21 affective, le lien d'attachement, un attachement
22 sûr, si on veut, là, sur différentes sphères qui
23 va permettre à l'enfant de se développer, O.K.,
24 d'avoir un développement global, dans tous les
25 aspects du développement, finalement.

1 Quand on enlève cette sécurité-là,
2 finalement, qui est la figure d'attachement, le
3 pôle d'attachement que l'éducateur peut devenir
4 pour eux, représente pour eux, on peut retomber
5 dans des éléments régressifs, hein. L'enfant va
6 régresser, retourner dans des anciens patterns,
7 parce que ça peut faire en sorte que cet enfant-là
8 va... ça va être plus sécurisant pour lui de
9 retourner dans des modes comportementaux qu'il
10 connaît, O.K., pour se protéger lui-même,
11 finalement.

12 Donc oui, ça va... sur nous, ça a un
13 impact, le problème de rétention de personnel, mais
14 je vous dirais énormément sur le cheminement de ces
15 enfants-là, qui parfois, on va devoir repartir en
16 arrière, les... reprogresser avec eux autres, les
17 accompagner pour, au final, le fait qu'il y a une
18 expertise terrain qui disparaît parce qu'il y a de
19 la nouveauté, donc, ça engendre des nouveaux
20 stress, une nouvelle adaptation puis aussi, ça
21 engendre une surcharge de travail. Tout ça parce
22 que le temps que quelqu'un s'habitue, là, un nouvel
23 environnement, puis on a tous été nouveaux. Moi
24 aussi, j'ai été nouvelle, bien ça implique qu'il
25 faut s'adapter, qu'il faut également bien

1 comprendre c'est quoi les notions de la théorie,
2 puis des approches, être capable de les appliquer,
3 hein, puis tout ça. Ça fait que c'est ce que ça
4 cause.

5 LA PRÉSIDENTE :

6 Merci, merci.

7 R. Oui.

8 Q. **[59]** Ça va, Monsieur Gosselin, ça va? D'accord.

9 Alors, on va poursuivre avec Danielle Tremblay.

10 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

11 Q. **[60]** Alors, bonjour Monsieur Ratel, bonjour Madame
12 Romano Fleury. Moi aussi, je voudrais qu'on se
13 centre sur la pratique en centres jeunesse, auprès
14 des jeunes en difficulté. On sait qu'on retrouve
15 des éducateurs, oui, en milieu d'hébergement, en
16 centres de réadaptation et dans différents
17 (inaudible) d'hébergement, mais aussi en services
18 externes, puis vous nous faites la démonstration
19 que les éducateurs spécialisés qui ont une
20 formation initiale adéquate sont une plus-value
21 pour les jeunes.

22 Mais on sait aussi, on l'a entendu
23 énormément en témoignages, que le personnel est
24 très jeune. Et souvent, j'aimerais vous entendre,
25 mais peut-être madame Romano Fleury, peut-être que

1 Monsieur Ratel, vous avez des observations à cet
2 effet-là, sur toute l'intégration de ce nouveau
3 personnel-là auprès d'enfants qui sont les enfants
4 les plus en difficulté de la société.

5 Comment les gens qui, même s'ils disposent
6 d'une formation initiale adéquate, là, admettons
7 qu'ils ont tous la formation en éducation
8 spécialisée, mais comment ils sont accueillis dans
9 les établissements, intégrés, augmentés et
10 soutenus?

11 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

12 R. Bien, je peux répondre par rapport à ce niveau-là.
13 Je voudrais que, de ma part, là, de mon côté, c'est
14 en constante évolution parce que les pratiques, là,
15 elles ont évolué en centres jeunesse. Donc, à ce
16 niveau-là, le personnel, le nouveau qui arrive,
17 nouvellement engagé, c'est sûr que ça lui en fait
18 beaucoup à assimiler, O.K. Parce que quand il
19 arrive, il y a les formations de type, on va dire,
20 administratives, il doit assimiler comment rédiger
21 des notes évolutives, comment assimiler le système
22 pour le faire. Donc, toutes les choses
23 administratives, là, le système de paie et
24 compagnie.

25 En plus de ça, il va, le nouvel éducateur

1 engagé, va se déplacer, hein, de foyer en foyer et
2 oui, on a des codes et procédures, on a des
3 programmations journalières. Par contre, de mettre
4 en application les techniques d'intervention, même
5 si on est formés et même avec le meilleur savoir-
6 être, c'est en le faisant et en se pratiquant,
7 finalement, qu'on va devenir habiles à former un
8 tout avec tout ça. Puis c'est sûr qu'il y a des...
9 de foyer en foyer, chaque enfant est unique et a
10 donc des besoins uniques, des moyens, hein, un plan
11 d'intervention, des objectifs uniques à lui. Ça en
12 fait beaucoup, pour le nouvel employé qui arrive, à
13 assimiler.

14 Donc, souvent on dit que la période
15 d'adaptation, là, c'est un bon trois mois, avant de
16 se sentir pleinement à nos aises, si on veut, à
17 jongler avec tout ça. Donc, c'est sûr que pour le
18 raccompagnement, il y aurait matière à plus
19 accompagner le nouvel éducateur qui arrive, là...

20 M. SYLVAIN RATEL :

21 Si je peux me...

22 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

23 ... soit par du mentorat.

24 LA PRÉSIDENTE :

25 Je pense que monsieur Ratel voulait ajouter quelque

1 chose. Je vous en prie, allez-y.

2 M. SYLVAIN RATEL :

3 R. C'est certain qu'il y a des problèmes à quelques
4 niveaux, O.K. Effectivement, le fait qu'il y a une
5 grande rotation de personnel est déjà au départ le
6 reflet, le symptôme d'un certain malaise qui fait
7 que les gens sentent le besoin de quitter. Donc,
8 s'ils sentent le besoin de quitter, c'est qu'il y a
9 une pratique qui ne leur convient pas, à un moment
10 donné et pour... moi, j'ai travaillé dans le réseau
11 de la santé, la santé mentale adulte et on en a
12 récupéré beaucoup de ces personnes-là qui avaient
13 une grande motivation aux centres jeunesse et qui
14 nous arrivaient dans le réseau de la santé, en
15 disant ouf, et ce n'est pas partout pareil,
16 évidemment, c'est à géométrie variable, mais ils
17 étaient parfois, là, c'était un peu la foire, un
18 peu n'importe quoi, et un roulement tellement
19 intense, qu'ils devenaient démotivés en se disant :
20 bien oui, mais je passe mon temps à essayer de
21 faire quelque chose et je passe mon temps à être
22 démobilisé par des déplacements, des nouveaux
23 jeunes, laisser passer une situation pour laquelle
24 je m'étais investi, mais on m'envoie.... enfin.

25 Donc, c'était effectivement difficile et

1 deux, trois autres choses aussi qu'on nous demande
2 souvent, c'est que comme il n'y a pas d'obligation
3 de formation de façon absolue, les gens ne sont pas
4 toujours bien formés, effectivement, pas toujours
5 bien soutenus, O.K., et toute la question
6 effectivement du coaching clinique et du mentorat,
7 c'est éprouvant travailler dans la souffrance des
8 enfants au quotidien. On mesure mal quand on ne s'y
9 est jamais frotté, à quel point c'est éprouvant. On
10 peut y laisser un peu sa peau émotive. Alors, oui,
11 effectivement, beaucoup de coaching et de
12 supervision clinique devraient être offerts,
13 beaucoup plus que ce qui est offert aujourd'hui, et
14 particulièrement aux jeunes qui commencent, mais à
15 tous ceux qui oeuvrent au quotidien à contrer, à
16 travailler auprès de ces souffrances.

17 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

18 R. Mais nous, par rapport à ça, là, c'est nouveau, là,
19 mais il y a de plus... Il y a un accompagnement qui
20 s'est installé, là, c'est encore en rodage, là,
21 excusez-moi le terme, là, mais ça... Un moment
22 donné, tout avait été enlevé, ça, entre autres en
23 lien avec les compressions budgétaires qui ont
24 vraiment eu des répercussions sur... bien, à ce
25 niveau-là aussi. Mais là, on a une équipe qui a

1 justement le mandat de les accompagner, mais c'est
2 encore à peaufiner, là, parce que cet aspect-là est
3 important pour... Parce qu'on a beaucoup de... Le
4 personnel d'expérience, là, ça bouge beaucoup, là.
5 Souvent, ils s'en vont vers l'externe, t'sais, des
6 choses comme ça, là. Oui.

7 Mme DANIELLE TREMBLAY, commissaire :

8 Q. **[61]** Si je peux me permettre de continuer.

9 R. Oui.

10 Q. **[62]** Donc, vous dites que votre association,
11 Monsieur Ratel, je crois que vous avez dit ça,
12 votre association, bien, a le plus de difficulté à
13 s'implanter dans le milieu des centres jeunesse.

14 Par contre, vous dites également que
15 l'importance, puis Madame Romano Fleury, vous
16 l'avez bien démontré, toute la complexité de la
17 pratique, l'importance de la formation continue, de
18 l'intégration des connaissances, vous nous avez
19 fait une belle démonstration au niveau de
20 l'attachement, et caetera.

21 Comment vous expliquez ce fait-là, ce grand
22 besoin-là de connaître, d'avoir de la formation,
23 mais aussi la difficulté, justement, d'encadrer une
24 pratique qui est à haut risque? Vous n'obtenez pas
25 l'adhésion des gens. Donc, j'aimerais que vous me

1 parliez de ça, là, de l'importance de la formation
2 continue. Oui, formation initiale, on l'a bien
3 compris, mais formation continue également, parce
4 qu'on sait que (inaudible) évolue constamment, et
5 comment on peut faire pour faire en sorte que,
6 effectivement, en même temps, vous prônez le fait
7 qu'il y ait une espèce de titre réservé en
8 éducation spécialisée, mais un titre vient aussi
9 avec une reconnaissance d'un corpus de compétences
10 qui est nécessaire.

11 M. SYLVAIN RATEL:

12 R. Si vous me permettez, oui, puis je vais laisser la
13 parole à madame Romano Fleury ensuite, mais vous
14 mettez le doigt dessus. Vous savez, la réservation
15 d'un titre, l'encadrement d'un ordre, tout ça,
16 amène une obligation à l'employeur de fournir des
17 choses. Vous savez? Puis comment dirais-je? C'est
18 toute la beauté ou le malheur de l'être humain,
19 hein? Vous savez, aujourd'hui, là, ça fait
20 longtemps que je ne me suis pas pomponné et nettoyé
21 comme je le fais présentement pour arriver devant
22 vous. L'obligation de me présenter devant vous
23 après tout ce temps de confinement fait que
24 fraîchement rasé, lavé et tout ça.

25 L'obligation de faire quelque chose amène

1 les gens à se mobiliser et à mettre des moyens que
2 parfois ils ne feront pas quand il n'y a pas
3 d'obligation de le faire. C'est triste, mais c'est
4 comme ça. Et je l'ai vu, toutes les professions qui
5 étaient encadrées par un ordre professionnel puis
6 qu'il y avait des heures obligatoires de formation,
7 qui devaient fournir une espèce de reddition de
8 comptes, obtenaient beaucoup plus de formations,
9 beaucoup plus de suivis, beaucoup plus. C'est
10 malheureux, mais c'est ça la réalité.

11 Et cette absence d'obligation-là pour à peu
12 près six mille (6 000) intervenants fait que,
13 aujourd'hui, oui, certains gestionnaires sont plus
14 au fait, d'autres un peu moins, certains ont des
15 troubles à trouver l'argent, donc essaient de
16 trouver toutes sortes de moyens pour se faufiler
17 dans le système. Mais en bout de ligne, ça fait
18 qu'on est devant des gens moins formés, moins
19 suivis, et en bout de ligne, avec des personnes qui
20 ne reçoivent pas la qualité des services auxquels
21 on serait en droit de s'attendre.

22 Alors, ce n'est pas la seule solution, mais
23 c'en est une grosse, parce que là, ça devient une
24 obligation qui devient légale de fournir des heures
25 de formation obligatoires à ces gens-là.

1 Je vous le rappelle, six mille (6 000)
2 personnes, aujourd'hui, qui oeuvrent auprès de ces
3 enfants-là qui n'ont pas cette obligation,
4 aujourd'hui. Si demain matin on les mettait membres
5 d'un ordre, bien il y a six mille (6 000) personnes
6 qui auraient à doubler, à tripler, voire, leurs
7 heures de formation annuelles pour répondre aux
8 exigences. Ça, c'est nos jeunes, c'est nos services
9 qui en profiteraient.

10 Q. **[63]** Si je peux me permettre, au-delà de
11 l'obligation, je comprends bien l'obligation que
12 créerait un ordre professionnel, mais comment
13 obtenir l'adhésion? Est-ce que, puis peut-être que
14 Madame Romano Fleury vous pouvez répondre, est-ce
15 que sur le terrain, les éducateurs ressentent ce
16 besoin-là de se former, de mettre à jour leurs
17 compétences, d'être mieux soutenus cliniquement?
18 Comment vous... Parce que oui, il y a l'obligation,
19 mais ça va mieux lorsque les gens adhèrent à
20 cette... à ces obligations-là.

21 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY:

22 R. Oui. À ce niveau-là, je vous dirais que ça... Bien,
23 ça peut être variable. Moi, je côtoie beaucoup de
24 personnes qui sont très ouvertes à la formation
25 continue ou à recevoir des formations. C'est sûr

1 que les formations vont aussi avec l'objectif, un
2 peu, de l'organisation.

3 Je vous dirais que, justement, là, la
4 dernière formation qu'on a reçue au niveau des
5 pratiques intégrant la notion de trauma a été très
6 bien reçue par tout le personnel, O.K., parce que
7 nous, ce qu'on recherche, là, comme type de
8 formations en formation continue, c'est beaucoup
9 qu'est-ce qu'on peut appliquer, des formations
10 concrètes au niveau de l'intervention, qu'est-ce
11 qui est directement applicable pour le besoin des
12 enfants puis qui permet une meilleure
13 compréhension, aussi, de ceux-ci au niveau
14 développemental, là.

15 Également, quand on a reçu aussi la
16 formation au niveau de l'attachement, là où c'est
17 plus complexe, c'est que par moment, dans les
18 dernières années, justement, là, suite à la réforme
19 et ce qui a été mis en place pour actuer la
20 réforme, parce que ça a commencé avant deux mille
21 quinze (2015), il y a des formations, t'sais, qui
22 étaient retardées, qui étaient annulées, aussi,
23 faute de personnel pour remplacer les éducateurs
24 terrain. Ça, c'est arrivé plus d'une fois. On ne
25 parle pas, là, d'un événement isolé. Ça fait que

1 ça, c'est un enjeu majeur. Donc, l'accès équitable
2 pour former les éducateurs sur le terrain, là, je
3 ne pense pas que c'est un manque de vouloir ou de
4 volonté de la part des intervenants sur le terrain,
5 c'est plutôt que quand on est inscrits à des
6 formations, dernièrement, elles étaient annulées ou
7 déplacées.

8 Q. **[64]** Je vais me permettre une dernière question, il
9 nous reste à peu près une minute et demie.

10 R. Oui.

11 Q. **[65]** Qu'est-ce qui ferait en sorte, justement, pour
12 éviter de réactiver les traumas des enfants, de
13 fidéliser les éducateurs à la pratique auprès des
14 jeunes plutôt que de fuir, comme monsieur Ratel
15 nous a... nous l'a témoigné, tout à l'heure?

16 R. Par rapport à la réactivation des traumas des
17 enfants, c'est un enjeu qui est... En fait, c'est
18 sur du long terme, ça.

19 Q. **[66]** Oui, oui, je comprends. Sauf que qu'est-ce qui
20 ferait en sorte qu'on pourrait... qu'un éducateur
21 qui entre en centre jeunesse...

22 R. Oui.

23 Q. **[67]** ... si je peux le dire comme ça, va en faire
24 une carrière, donc demeurer, donc assurer une
25 meilleure stabilité aux enfants? C'était le sens de

1 ma question.

2 R. Ah d'accord, excusez, je pense que j'avais mal
3 interprété. En fait, ça va être de s'assurer que
4 les tâches de l'éducateur sont vraiment orientées
5 sur le besoin des enfants, puis qu'on allège un peu
6 tout ce qui englobe au niveau des tâches
7 administratives ou qui ne sont pas du tout connexes
8 avec le rôle d'un éducateur spécialisé.

9 T'sais, par exemple, là, nous, là, en
10 centres jeunesse, on doit s'occuper de faire des
11 réquisitions alimentaires, commander de la
12 nourriture ou commander... Des choses comme ça, là,
13 c'est des... Pendant que je prends ce temps-là, qui
14 est notre temps de bureau, on a aussi donné du
15 temps alloué. Oui, on a du temps de groupe qui est
16 alloué qui est super important, mais dans nos
17 horaires, on appelle ça des temps « d'inter », si
18 on veut. C'est des temps de bureau qui sont
19 consacrés, des heures de bureau consacrées par
20 semaine sur tout ce qui englobe le dossier qui est
21 à notre charge, donc tout ce qui englobe l'enfant
22 qui est à notre charge.

23 Bien les compressions budgétaires ont aussi
24 apporté que c'est sur ces heures-là, ça, ça a
25 diminué ou disparu ou ça a été englobé sur les

1 heures terrain parce qu'on a de la difficulté à
2 maintenir le personnel en place, le personnel s'en
3 va, donc on manque de personnel pour remplacer.

4 Donc, ce qui ferait... Ça, c'est d'assurer
5 que l'éducateur spécialisé sur le terrain à
6 l'interne, là, en réadaptation, finalement,
7 remplisse son rôle, son mandat, qui est de
8 dépister, d'observer, hein, et de façon à mettre en
9 place... De répondre aux besoins de l'enfant en
10 mettant en place des moyens puis en assurant la
11 réadaptation, puis l'accompagnement, hein, de
12 celui-ci pour qu'il puisse éventuellement
13 s'épanouir, grandir puis se développer comme tous
14 les autres enfants. Qu'il ait une chance,
15 finalement, égale comme tous les autres enfants.

16 Q. **[68]** Je vous remercie beaucoup.

17 LA PRÉSIDENTE:

18 Merci. On va poursuivre avec André Lebon.

19 M. ANDRÉ LEBON, vice-président :

20 Q. **[69]** Oui, bonjour. Écoutez, je me réjouissais quand
21 monsieur Ratel a ouvert la... son témoignage en
22 disant qu'il allait nous présenter une vision sur
23 l'éducation spécialisée au service des jeunes. Je
24 m'attendais qu'on allait entendre parler des
25 ingrédients essentiels au travail de l'éducateur,

1 qui est la relation, le temps partagé avec le
2 jeune, l'importance de partager tous ces moments de
3 vie-là qui vont du déjeuner, qu'il n'y a pas de
4 petits moments, dans le rôle du travail éducatif,
5 que la stabilité est importante, que l'intensité
6 est importante. Et là, vous nous parlez de
7 l'importance de protéger la profession puis d'avoir
8 un ordre.

9 Je n'ai rien contre l'ordre, mais je suis
10 amèrement déçu, parce que les jeunes qui sont venus
11 nous témoigner du travail des éducateurs, ils nous
12 disent: « On peut en voir cent (100), on en voit
13 cent (100) dans un mois. Ceux qui viennent sont sur
14 des listes de rappel, ils ne nous connaissent même
15 pas. »

16 Ce n'est plus juste une question de
17 formation, c'est une condition d'exercice. Je
18 pensais que vous alliez aller venir nous dire : on
19 n'a plus les moyens de faire une job d'éducateur
20 spécialisé, on nous fait faire n'importe quoi.

21 Madame en a un peu parlé, mais moi, là,
22 moi, je veux... En fait, j'ai mal à ma profession.
23 J'ai l'impression qu'on ne pratique plus cette
24 éducation spécialisée-là et que ce que j'aimerais
25 entendre, c'est : comment vous allez exiger pour

1 vos membres, d'abord que ce soit des gens formés,
2 vous avez bien raison. Je tombe par terre
3 d'apprendre qu'on... On est-tu retournés aux années
4 soixante-dix (70)? On engage des gens de bonne
5 volonté? On n'exige même plus qu'il y ait une
6 formation de base? Si c'est ça, dites-nous-le,
7 parce qu'il y a quelque chose à dire là-dessus.

8 Après ça, une fois qu'on met des gens
9 formés, on (inaudible) de travail font en sorte
10 qu'on puisse pratiquer notre métier. Là, ce que
11 j'entends, c'est que... Je ne sais pas. Moi, faire
12 des listes d'épicerie puis... Puis l'autre chose,
13 la question que j'ai envie de vous poser : dans
14 votre horaire de trente-sept heures et demie
15 (37 h 30), vous passez combien de temps en présence
16 directe d'un jeune ou des jeunes, par rapport à
17 combien de temps dans le bureau, combien de temps
18 en rapport, combien de temps en réquisition?
19 Répondez-moi à ça, ça va m'aider, peut-être, à me
20 repomper le moral sur la tâche d'éducateur.

21 LA PRÉSIDENTE :

22 Q. **[70]** Oui. Allez-y, Monsieur Ratel. Allez-y.

23 M. SYLVAIN RATEL :

24 R. J'aime bien votre intervention, puis vous touchez
25 exactement au coeur de ce qu'est le problème et

1 peut-être que j'ai pris le mauvais chemin pour
2 faire passer mon message, et je m'en excuse si
3 c'est le cas. Mais c'est clair que nous, ce qu'on
4 dit, c'est justement, mettons l'éducation
5 spécialisée au coeur des pratiques auprès des
6 jeunes avec des critères et un encadrement qui
7 respecte et qui reconnaît la spécificité et ce que
8 c'est que l'éducation spécialisée.

9 Et effectivement, avec les années, vous
10 avez pris une image et c'est une image qui se
11 reproduit ailleurs. J'ai l'impression parfois qu'on
12 est passés d'intervenants qui écrivaient à des
13 écrivains qui à l'occasion interviennent.

14 Grave erreur. Pourquoi? Parce que les
15 critères de tenue de dossiers en éducation
16 spécialisée sont du n'importe quoi, vont dans tous
17 les sens et parfois se calquent à des professions
18 autres qui ont un temps d'écriture différent et on
19 dénature complètement le fait que quatre-vingts
20 pour cent (80 %) du temps d'une éducatrice
21 spécialisée devrait être en présence directe avec
22 les jeunes et non pas dans le bureau à faire des
23 réquisitions, puis des papiers, puis des ci, puis
24 des ça, puis changer des poubelles.

25 Je veux dire, oui, je peux changer une

1 poubelle, si changer une poubelle m'amène à faire
2 comprendre aux jeunes l'importance de l'hygiène
3 d'un milieu, comment changer ces poubelles, à quel
4 moment les mettre à l'extérieur.

5 Et vous avez bien nommé un mot qui est
6 dénaturé actuellement complètement et qui est
7 essentiel, qui est le coeur même de l'éducation
8 spécialisée et ce que nous comme association on
9 aimerait remettre de l'avant en premier lieu et
10 qu'on aimerait aussi que la pratique soit encadrée,
11 c'est ce qu'on appelle : « l'utilisation ».

12 Les éducatrices et les éducateurs
13 spécialisés sont mandatés, sont formés, ils sont là
14 depuis le début pour utiliser tous les moments de
15 vie comme étant un champ d'intervention
16 réadaptatif, thérapeutique, pour faire en sorte que
17 les jeunes passent d'un stade de problématique
18 d'adaptation, problématique d'intégration à ce que
19 madame Romano tantôt vous nommait, une chance égale
20 de m'adapter et de m'insérer.

21 Alors, oui, les charges administratives
22 sont trop lourdes. Oui, on a dénaturé le travail.
23 Oui, on engage des gens qui ne connaissent pas le
24 travail, parce qu'ils n'ont pas...

25 Soit qu'ils ont une formation tronquée, à

1 moitié ou parfois un bac en psycho ou un bac en
2 sociologie, ce qui ne sont pas des mauvais
3 baccalauréats en soi, mais ces baccalauréats-là ne
4 donnent pas plus la capacité d'être infirmière,
5 travailleur social, puis éducateur spécialisé.

6 Alors, les problématiques sont multiples.
7 Le problème c'est que quand on dit ça, vous avez un
8 peu raison, on n'est pas à côté d'un jeune
9 actuellement qui en bave, puis qui en arrache,
10 parce qu'il est pris dans le tourbillon d'une
11 organisation qui, je pense, a perdu de vue un peu
12 l'essence même de ce pourquoi il existe.

13 C'est d'avoir une intervention soutenue,
14 professionnelle, reconnue et capable de se faire
15 comme il faut auprès des jeunes. Et là, ça part
16 dans tous les sens. Et dans tous les sens, là, je
17 vous le dis là, ça va très, très loin parfois.

18 Q. **[71]** Voulez-vous ajouter quelque chose, Madame
19 Romano Fleury? Ça va?

20 Mme FRANCESCA ROMANO FLEURY :

21 R. Je pense que ça, ça fait le tour là, puis je sais
22 que bien, par rapport à la question, je peux
23 répondre sur le nombre d'heures là.

24 Q. **[72]** Oui. Allez-y. Je vous en prie.

25 R. Bien, dans le fond, en fait, notre présence groupe,

1 c'est-à-dire à travers le véhicule éducatif
2 partagé, c'est du matin soit quand on commence un
3 quart de travail à sept heures (7 h) jusqu'au
4 changement de quart à quinze heures (15 h). Donc,
5 un huit heures. Ensuite le quart de soir de quinze
6 heures (15 h) à vingt-trois heures (23 h), ou
7 quatorze heures trente (14 h 30) à vingt-deux
8 heures trente (22 h 30) qui est aussi du véhicule
9 éducatif partagé, donc faire du « modeling »,
10 démonstration. On vit les moments de vie.

11 Ce qu'on veut faire c'est favoriser, hein,
12 la répétition d'expériences positives pour aller
13 intervenir au niveau des cognitions, au niveau de
14 développer les habilités cognitives, les fonctions
15 exécutives, travailler le lien d'attachement aussi
16 là, faire en sorte d'augmenter les capacités
17 adaptatives.

18 En fait là, de modifier un peu les
19 stratégies de « coping », travailler aussi la
20 régulation des émotions. Donc, sur notre seize
21 heures (16 h), sur le trente-sept heures et demie
22 (37,5 h), on a des shifts jour, soir, fin de
23 semaine, puis les heures « de bureau » si on veut
24 là, on est par exemple avec le jeune quand même.

25 Ce qui veut dire que ça implique une

1 rencontre qu'on appelle : « une rencontre
2 tutorale » où est-ce qu'on fait... qu'on revoit les
3 objectifs à travailler avec le jeune, qu'on va
4 travailler des choses plus spécifiques, puis aussi
5 avec les parents.

6 Donc, ça, ce qui était alloué, c'est entre
7 cinq points soixante-quinze heures et six heures
8 (5,75 h - 6 h) par semaine quand on a un jeune
9 attitré.

10 Et dans ces heures-là, bien ça inclut
11 justement les tâches connexes qui sont de faire des
12 réquisitions et autres. D'autres tâches finalement
13 pour... qui sont incluses dans ces heures de
14 bureau-là.

15 Par contre, qu'est-ce qu'on a aussi à
16 faire? C'est monter des activités cliniques, hein,
17 qui... Parce que, tout moment de vie est en soi une
18 activité si on veut, parce qu'on peut faire de la
19 réadaptation à travers l'activité. Donner un sens
20 au moment de vie.

21 Donc, faire un sport comme se brosser les
22 dents va être une activité en soi où est-ce qu'on
23 va pouvoir utiliser le moment pour travailler les
24 interactions entre le jeune et l'adulte, mais aussi
25 entre le jeune et l'environnement autour.

1 Donc, c'est riche en apprentissage, puis à
2 partir de ce moment-là où est-ce que le jeune va
3 apprendre par l'expérience, on va essayer par la
4 suite, comme son potentiel expérientiel, mais par
5 la suite, ce jeune-là, tranquillement, il va
6 assimiler des choses, il va être capable après ça
7 de les transposer, puis de les transférer dans un
8 autre milieu avec d'autres personnes.

9 Mais ça, justement, ça prend du temps, ça
10 prend de la stabilité. C'est là où ça va prendre
11 tout son sens.

12 Donc, il faut, quand on est en équipe,
13 qu'on connaisse bien nos jeunes. C'est important
14 d'avoir une connaissance de nos jeunes avec qui on
15 est. De notre groupe. Oui?

16 Q. **[73]** Je comprends. Je comprends que vous avez tenté
17 d'illustrer... Ce qu'on essaie de comprendre et de
18 décortiquer, ce qui nous a été dit dans les
19 audiences antérieures, puis là, c'est ça, c'est que
20 le temps administratif, on va dire là, le temps
21 autre qui ne concerne pas le jeune ou les jeunes ou
22 le groupe de jeunes, jusqu'à quel point ça nuit à
23 votre capacité d'exercer vraiment auprès de ce
24 jeune-là et de l'accompagner.

25 C'est ça qu'on tente de mesurer avec vous

1 là. Est-ce que c'est... Les tâches administratives,
2 est-ce que ça a augmenté au cours des dernières
3 années, qui fait que ça vous a enlevé du temps
4 auprès des jeunes, auprès des familles? C'est ça
5 qu'on essaie de mesurer.

6 R. Ah bien, oui, à ce niveau-là, parce que des fois on
7 doit aller à des comités qui sont pas
8 nécessairement orientés vers les besoins des
9 enfants là. Des fois c'est plus des comités
10 organisationnels. Par moment, certains congés ou
11 reprises de temps qu'on nous demande de faire,
12 c'est sur ces heures-là, pas sur d'autres journées.

13 Puis oui, il y a les réquisitions magasin,
14 réquisitions alimentaires, des prises de rendez-
15 vous divers aussi là qu'il faut assurer.

16 Q. [74] Je m'excuse, je veux être sûre d'avoir bien
17 compris ce que vous venez de me dire. Quand vous
18 avez de la reprise de temps, on vous dit de faire
19 cette reprise de temps sur ce temps-là, ces heures-
20 là?

21 R. Écoutez, maintenant ça... maintenant ça a changé.
22 Par contre, quand on a eu le... quand la réforme
23 s'est... a été amenée, là, c'était le cas.

24 Actuellement, de notre côté, ça a changé,
25 parce qu'on a une vision... Bien, dans le fond, il

1 y a une vision différente, il y a les gens
2 finalement, là, les chefs et compagnie ont une
3 expérience terrain aussi et sont au fait de qu'est-
4 ce qui se passe sur le plancher, mais ça a pas
5 toujours été le cas, puis avec les compressions
6 budgétaires et les... dans le fond, la
7 centralisation des services qui arrive du CISSS,
8 puis les procédures, puis les normes ne
9 correspondent pas nécessairement à la réalité des
10 centres jeunesse.

11 Q. **[75]** Je comprends.

12 R. Par contre, c'est comme s'ils nous descendent une
13 façon de faire uniforme.

14 Q. **[76]** Hum, hum.

15 R. Sans nécessairement tenir compte de ce qui se
16 faisait déjà ou qu'est-ce qui fonctionnait ou ne
17 fonctionnait pas. Ça descend, puis ça s'installe.
18 Donc...

19 Q. **[77]** Je comprends très bien.

20 R. Je ne pense pas non plus que c'est de mauvaise foi
21 ça, mais je pense que chaque personne jongle un
22 petit peu avec cette centralisation-là. Cette façon
23 de faire qui est arrivée là. Oui.

24 Q. **[78]** D'accord. Je comprends. C'est comme si on a un
25 peu mis de côté les particularités de ces enfants-

1 là ou de ces jeunes-là qui sont en centre jeunesse.

2 L'heure est vite passée. Alors, c'est déjà
3 la fin. Vous vouliez ajouter un mot, monsieur
4 Ratel? Allez-y. Je vous en prie.

5 M. SYLVAIN RATEL :

6 R. Juste un petit mot pour vous dire... Vous savez, et
7 c'est ça qui est particulier dans toute la pratique
8 de l'éducation spécialisée, ces jeunes-là, pour
9 évoluer, un moment donné ils doivent sentir qu'ils
10 sont aimés, entendus et écoutés.

11 Je me souviens très bien mon dernier stage
12 que j'ai fait en mil neuf cent quatre-vingt-sept
13 (1987), c'était justement en centre jeunesse à
14 l'époque, il y a un jeune qui avait dit un moment
15 donné à l'éducateur : « Je me suis mis à t'écouter
16 quand j'ai compris que j'étais pas juste une job
17 pour toi. »

18 Et ça là, c'est toute la complexité de
19 l'éducation spécialisée. C'est dur à comprendre,
20 c'est dur à quantifier, c'est dur à mettre en
21 processus et c'est...

22 Mais voyez-vous... Mais pour ça, pour qu'il
23 y ait un lien, pour qu'il y ait de l'affection, il
24 faut qu'il y ait de la stabilité, il faut que les
25 gens restent là longtemps, soient une figure

1 parentale stable et reconnue auprès des jeunes et
2 que ces gens-là les aiment d'un amour évidemment
3 institutionnel, tel qu'on le connaît.

4 Puis ça, il y a des limites à ne pas
5 franchir, mais il faut qu'ils le sentent les jeunes
6 ça. Et ça, le contexte actuel, ça fait très
7 longtemps qu'il ne le permet plus.

8 Q. [79] Merci. Merci pour votre contribution. Puis je
9 comprends, je salue votre volonté de vouloir faire
10 mieux, de vouloir instaurer des meilleures
11 pratiques, de vouloir plus de rigueur, parce qu'on
12 est toutes et tous conscients que l'impact positif
13 c'est sur nos enfants, c'est sur nos jeunes.

14 Alors, merci beaucoup pour votre
15 contribution. Alors, ce qui met fin à nos audiences
16 aujourd'hui qui reprendront demain, vendredi matin,
17 neuf heures trente (9 h 30). Merci, Madame Romano
18 Fleury encore. Merci, Monsieur Ratel. Bonne fin de
19 journée à toutes et tous.

20

21 AJOURNEMENT DE L'AUDIENCE

22

1 SERMENT D'OFFICE

2

3 Nous, soussignés, **ODETTE GAGNON**, et **NICOLAS**
4 **PROVENCHER**, sténographes officiels, dûment
5 assermentés, certifions sous notre serment d'office
6 que les pages qui précèdent sont et contiennent la
7 transcription fidèle et exacte des notes
8 recueillies au moyen de l'enregistrement numérique,
9 le tout hors de notre contrôle et au meilleur de la
10 qualité dudit enregistrement, le tout, conformément
11 à la Loi.

12 Et nous avons signé,

13

14

15

16

17 **ODETTE GAGNON**

18

19

20

21

22

23

24 **NICOLAS PROVENCHER**