

OFFICE DE CONSULTATION PUBLIQUE DE MONTRÉAL

ÉTAIENT PRÉSENTS: Mme LOUISE ROY, présidente
 Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire
 M. JOSHUA WOLFE, commissaire

CONSULTATION PUBLIQUE

**IMPLANTATION
DU CENTRE HOSPITALIER
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
(CHUM)**

DEUXIÈME PARTIE

VOLUME 1

Séance tenue le 11 décembre 2006, 19 h
Bureau de consultation publique de Montréal
1550, rue Metcalfe, bureau 1414
Montréal

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 2006..... | 1 |
| MOT DE LA PRÉSIDENTE..... | 1 |
| | |
| PRÉSENTATION DES MÉMOIRES : | |
| | |
| CSSS JEANNE-MANCE | |
| CHANTAL LAPOINTE..... | 2 |
| | |
| COMITÉ LOGEMENT CENTRE-SUD | |
| ÉRIC MICHAUD..... | 18 |
| | |
| MICHAEL KIRMAN..... | 32 |
| | |
| COALITION POUR UN SEUL CHU | |
| DENIS LAZURE..... | 34 |
| | |
| REGROUPEMENT DES ARTISTES AUTOGÉRÉS DU QUÉBEC | |
| BASTIEN GILBERT, MARIE-JOSÉE LAFORTUNE..... | 41 |
| | |
| GROUPE EN RECHERCHE URBAINE HOCHELAGA-MAISONNEUVE | |
| PIERRE BRISSET, PHILIPPE CÔTÉ..... | 54 |

LA PRÉSIDENTE:

5 Bonsoir, mesdames et messieurs ! Bienvenue à cette première séance d'audition des opinions sur le projet du Centre hospitalier de l'Université de Montréal tenue par la commission de consultation de l'Office de consultation publique de Montréal.

10 Permettez-moi de vous présenter mes collègues. À ma droite, madame Marguerite Bourgeois qui est commissaire ad hoc à l'Office et monsieur Joshua Wolfe, aussi commissaire ad hoc à l'Office.

15 Peut-être deux mots pour les gens qui sont ici pour vous aider, s'il y en a qui veulent avoir accès à la documentation à l'arrière. Alors, il y a monsieur Nat Than Le qui est justement là à l'arrière qui peut vous aider et Gabrielle Lemonde Labrecque, Luc Doray qui est le secrétaire général de l'Office. Alors, si vous avez besoin aussi de quoi que ce soit, vous pouvez vous adresser à Luc et à Réjean SéGuin qui est secrétaire des commissions.

20 Madame Lise Maisonneuve est notre sténotypiste ce soir. Donc, ça me donne l'occasion de vous dire que tout ce qu'on se raconte ici est enregistré et que, par la suite, ça fait l'objet de transcriptions qui se retrouvent sur le site Internet de l'Office de consultation publique pour accès par qui que ce soit qui est intéressé par nos débats.

25 Madame Michelle Bertrand qui est analyste à la commission, qui est avec nous ce soir et Estelle Beaudry, qui est agente de recherche et documentaliste, elle est quelque part en train de jouer avec la documentation. Elle va nous joindre bientôt.

30 Alors, vous le savez, l'Office de consultation publique a reçu le mandat du Conseil municipal de consulter la population sur le projet de CHUM au centre-ville. Au mois de novembre dernier, nous avons tenu des séances d'information publiques les 6 et 7 novembre où à la fois le promoteur a eu l'occasion de présenter son projet et de répondre aux questions du public et la Ville de Montréal aussi de présenter le projet de règlement autorisant ou proposant l'implantation du CHUM au centre-ville et de répondre aux questions.

35 La commission a aussi tenu trois ateliers thématiques avec pour objectif d'approfondir la réflexion sur certains enjeux complexes en vue d'aider les gens évidemment à avoir à développer, à approfondir leur pensée avant de produire les mémoires, et on en arrive à la deuxième partie de l'audience dédiée à l'audition des mémoires.

40 Ce soir, nous allons entendre cinq groupes qui se sont inscrits. Si jamais parmi vous il y avait des gens qui voulaient intervenir verbalement, parce que c'est possible de le faire aussi, je vous demanderais de vous inscrire à l'arrière, puis j'essaierai de vous appeler au fur et à mesure qu'il y aura des battements entre les présentations qui seront faites par les groupes qui sont pré-inscrits. Alors, ne vous gênez pas, vous allez juste à la table à l'arrière pour le faire.

45 Voilà, alors je pense que je vous ai tout dit au sujet de la procédure. Ce n'est pas très compliqué et je vais demander maintenant aux représentants du CSSS Jeanne-Mance, madame Lapointe et madame Vallières – non, madame Lapointe seulement – de s'approcher. Bonsoir, madame Lapointe!

Mme CHANTAL LAPOINTE :

50 Bonsoir! Merci beaucoup.

LA PRÉSIDENTE :

55 Alors, en gros, madame Lapointe, on a vingt à vingt-cinq minutes entre vous et nous pour échanger, vous écouter. Alors, à vous de choisir le moyen de présenter votre mémoire qui vous convient le mieux et puis, ensuite, on enchaînera avec des questions.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

60 Parfait. Merci beaucoup. Bonsoir, madame la présidente monsieur et madame les commissaires, mesdames et messieurs! D'abord, merci de votre accueil à ces consultations publiques sur l'implantation du CHUM au centre-ville de Montréal. Je me présente donc, Chantal Lapointe, je suis la directrice générale du CSSS Jeanne-Mance. Le CSSS Jeanne-Mance tient à 65 présenter son point de vue sur l'implantation du CHUM au centre-ville de Montréal.

D'entrée de jeu, je vous précise que nous appuyons ce projet et que nous voyons d'un très bon œil sa réalisation, d'autant plus que le CSSS Jeanne-Mance partagera avec le CHUM l'offre de services en santé et services sociaux sur le territoire.

70 Ma présentation portera donc essentiellement sur les avantages de ce projet pour la santé et le bien-être de la population. Nous avons dans notre mémoire cinq sections : l'alliance naturelle qui existe entre le CSSS Jeanne-Mance et le CHUM; l'amélioration de l'accès aux services; la prévention et la promotion de la santé; le maintien des services de proximité dans la 75 communauté; et la plus-value d'avoir un Quartier de la santé à Montréal.

Je vais donc vous présenter les grandes lignes de ce mémoire. Vous en avez une copie.

LA PRÉSIDENTE :

80 Oui, nous avons eu l'occasion de le lire.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

85 Donc, vous en ressortir les plus grands éléments. D'abord, vous dire que le

CSSS Jeanne-Mance existe depuis juillet 2004. Il est issu de la fusion de trois CLSC : le CLSC des Faubourgs, le CLSC Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc et de huit centres d'hébergement. Toutes ces installations sont à moins de cinq kilomètres du CHUM. Le CHUM est sur le territoire que nous desservons.

90

Nous échangeons déjà avec le CHUM plusieurs types de services sur une base régulière. Par exemple, les tests diagnostiques, les services de radiologie, l'analyse sanguine pour nos clientèles, les services pour les personnes itinérantes, les jeunes de la rue, le suivi des personnes qui ont des maladies chroniques et le programme de désengorgement des urgences. Ce sont des services qui sont déjà là et qui vont continuer de s'accroître.

95

Le CSSS Jeanne-Mance a aussi une affinité naturelle avec le CHUM parce qu'il est un des six CSSS sur près de cent au Québec qui ont une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Nous sommes un centre affilié universitaire. Donc, concrètement, ça veut dire qu'on a des échanges entre les professionnels du CHUM et du CSSS Jeanne-Mance pour la formation des médecins, par exemple.

100

Ça veut aussi dire que les chercheurs du centre de recherche du CSSS Jeanne-Mance qui travaillent principalement sur les inégalités sociales et les discriminations pourront mettre en place des projets concrets pour améliorer les pratiques cliniques destinées aux populations les plus vulnérables. Le CSSS Jeanne-Mance a donc beaucoup de points en commun avec le CHUM et, quand on les met ensemble, on pense qu'on est plus forts.

105

Dans la deuxième partie de notre mémoire, on vous parle de moyens qui sont prévus pour améliorer l'accès aux services à la population. Dans le projet d'implantation du CHUM au 1000, Saint-Denis, l'Hôpital Notre-Dame va devenir un hôpital communautaire associé au CSSS Jeanne-Mance et ne fera donc plus partie du CHUM comme il le fait actuellement. C'est un point majeur pour la population et je vais prendre quelques minutes pour vous expliquer et vous donner des exemples.

110

115

Ce qui est prévu, c'est que l'Hôpital Notre-Dame offre des services généraux en complémentarité avec les CLSC du CSSS et les ressources du territoire, alors que le CHUM va se concentrer sur ce qu'il est le seul à offrir, donc des soins spécialisés et ultra spécialisés.

120

Actuellement, le CHUM et le CSSS Jeanne-Mance sont en train de regarder tous les secteurs d'activités qui vont être offerts dans l'un et l'autre des établissements, donc de partager les responsabilités. Par exemple, au niveau de la psychiatrie, on sait déjà que la psychiatrie va être concentrée à l'Hôpital Notre-Dame et donc, on travaille déjà dans la complémentarité de nos services.

125

Je profite de l'occasion pour rassurer la population, il y a eu des rumeurs à l'effet qu'il n'y aurait plus de services de psychiatrie au 1000, Saint-Denis. Effectivement, il va continuer d'y

130 avoir des services de psychiatrie mais ils vont être partagés entre la responsabilité du CHUM et de l'Hôpital Notre-Dame, et dans une période de transition, ils seront concentrés à l'Hôpital Notre-Dame. Donc, il y aura des services de psychiatrie dans les deux endroits et il y a des collaborations, bien sûr, entre les spécialistes de chacun des hôpitaux.

135 Un autre exemple : les médecins de l'Hôpital Notre-Dame et du CHUM vont travailler en étroite collaboration pour le suivi des patients qui ont été opérés, par exemple, au CHUM pour des services ultra spécialisés. Un patient pourra être transféré après l'offre de service ultra spécialisé vers l'Hôpital Notre-Dame pour terminer les soins généraux qui sont desservis dans un hôpital qui aura 300 lits lorsque le CHUM, lui, contiendra 700 lits au 1000, Saint-Denis.

140 Bref, les contacts entre nos deux établissements sont continus et sont constants, et on travaille de façon très étroite à améliorer l'accès aux services hospitaliers pour l'ensemble de la population du territoire.

145 Parmi d'autres moyens pour améliorer ces efforts-là, on a développé le concept de cliniques-réseau à Montréal avec l'Agence de santé et des services sociaux. On a accrédité une clinique-réseau en décembre en collaboration avec le CHUM et le CSSS et on espère pouvoir en ouvrir une deuxième en 2007.

150 Ces cliniques-là, l'objectif est de pouvoir offrir des services médicaux avec et sans rendez-vous de première ligne, avec un lien de consultation auprès des hôpitaux, donc dans notre cas avec le CHUM, pour les services diagnostiques et les références à des spécialistes. Donc, une ouverture plus large en termes d'heures d'ouverture pour diminuer l'achalandage aux salles d'urgence évidemment.

155 Je rappelle aussi que le CSSS Jeanne-Mance, on a cinq groupes de médecine de famille, qui est un autre concept qui est développé. Donc, sur notre territoire, c'est déjà très présent ce concept-là, et on a deux unités de médecine familiale, une qui est à l'Hôpital Notre-Dame et une qui est au CLSC des Faubourgs. Donc, là aussi, des collaborations naturelles depuis de nombreuses années entre nos équipes médicales.

160 Donc, toutes ces ressources-là vont continuer de travailler pour la population du territoire et donc pour nous, c'était très important que le CHUM demeure sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance et qu'on maintienne au centre-ville un centre hospitalier majeur comme celui du CHUM.

165 Le troisième point, sur la prévention et la promotion de la santé. De plus en plus, on voit apparaître ces phénomènes de prévention et de promotion, non seulement dans les services de CLSC mais dans l'ensemble des services, parce qu'on se rend compte que la prévention et la promotion, c'est important tout autant dans un hôpital tertiaire que dans les services de proximité.

170

Donc, dans notre mission avec la réforme en 2004, l'objectif des CSSS est d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, donc de l'ensemble des résidents du territoire et, pour nous, c'est un rôle qui est crucial, d'autant plus que la population du territoire où sera situé le CHUM qui est sur notre territoire, la population est en moins bonne santé que dans le reste de

175

l'île de Montréal.

Les hommes et les femmes vivent moins longtemps et vivent en moins bonne santé. Il y a plus de décès par maladie chronique, il y a plus de décès par suicide. Donc, toutes des préoccupations que nous partageons avec le CHUM, et on va poursuivre nos efforts en promotion et en prévention de la maladie dans ces différents créneaux-là, en collaboration bien sûr.

180

Dès l'an prochain, au CSSS Jeanne-Mance, on est à mettre en place un centre d'éducation à la santé pour que la population puisse consulter des professionnels au niveau de l'alimentation des saines habitudes de vie, l'abandon du tabagisme. En plus de ça, on ajoute tous nos services qui étaient déjà là au niveau des CLSC pour les parents, pour les enfants, les adolescents, les futures mamans. Et on est à travailler avec le CHUM actuellement ensemble pour développer tous les continuums de services pour les gens qui souffrent de maladie chronique.

185

190

On sait qu'aujourd'hui, les problèmes de santé sont passés d'épisodes de soins très courts à des gens qui ont des maladies chroniques. On pense au diabète, maladies cardiaques, maladies pulmonaires. Et donc, de faire en sorte qu'on suive mieux ensemble ces clientèles-là pour qu'ils aient une meilleure qualité de vie, un meilleur contrôle sur leurs maladies et le moins possible recours à des épisodes d'hospitalisation. Donc, on travaille déjà avec le CHUM et ça va se poursuivre, et surtout, puisqu'il demeure sur notre territoire, s'intensifier au cours des prochaines années.

195

Les services de proximité dans la communauté. Le CLSC des Faubourgs en particulier est déjà très reconnu pour son offre de services auprès des clientèles marginales, les services aux personnes itinérantes, les jeunes de la rue et les utilisateurs de drogue injectable, les personnes qui s'adonnent à la prostitution, déjà des services qui étaient faits aussi en collaboration avec les équipes spécialisées du CHUM. On a aussi des équipes qui interviennent dans la rue directement auprès des personnes pour les personnes qui ont des problèmes de

205

santé mentale. On a aussi des services au niveau des personnes qui sont victimes de violence.

Donc, ce sont toutes des problématiques qui sont typiques à un centre-ville et pour lesquelles il faut avoir des approches particulières. Au CSSS, c'est déjà quelque chose qu'on a développé, qu'on a développé en collaboration également avec le CHUM et ses équipes spécialisées. Donc, sa présence au 1000, Saint-Denis, pour nous, est un grand gain.

210

215 On veut aussi continuer, on donne aussi des services dans les refuges. On sait qu'il y a plusieurs refuges qui sont à proximité du CHUM. Et donc, on travaille en collaboration avec les organismes communautaires auprès de ces clientèles-là et on ne pense pas, au CSSS Jeanne-Mance, que la présence du CHUM va faire disparaître ces clientèles-là mais qu'elles vont continuer d'être présentes autour de l'installation du CHUM, qu'on pense à la Maison du père, à l'Accueil Bonneau, Old Brewery, CACTUS, qui sont tous dans la zone immédiate du 1000, Saint-Denis. Je pense qu'on a une opportunité là de donner un meilleur accès à des services en continuité avec les équipes du CSSS et celles plus spécialisées du CHUM.

220 Enfin, sur la plus-value d'un Quartier de la santé unique à Montréal, je pense qu'on commence à en avoir une vision, les journaux de la fin de semaine nous en ont donné un peu un état. Donc, pour nous, c'est ça aussi quelque chose de très important de développer ces connaissances-là au niveau de la santé, d'avoir un pôle autour du CHUM où on retrouve plusieurs établissements du réseau de la santé et la proximité avec l'Hôpital Notre-Dame aux différents groupes de médecine, les cliniques-réseau, il y a une soixantaine de pharmacies, des organismes communautaires en grande concentration.

230 De venir y ajouter ce Quartier de la santé, on pense que c'est une assurance d'une meilleure coordination entre les différents établissements. Et aussi d'avoir la présence de chercheurs près de ces clientèles plus marginales, on pense que ça peut être un incitatif à faire des recherches ou à développer des nouvelles pratiques pour ces réalités-là qui ne disparaîtront pas à Montréal, on ne pense pas.

235 Je conclus en vous rappelant que la concentration d'une multitude de services spécialisés au centre-ville, c'est une plus-value pour la population, qu'on va continuer comme CSSS à s'en préoccuper et qu'on se réjouit vraiment de l'emplacement du CHUM au 1000, Saint-Denis pour assurer la continuité des services hospitaliers au centre-ville en collaboration avec nous et avec d'autres.

240 **LA PRÉSIDENTE :**

245 Merci beaucoup, madame Lapointe. Écoutez, on est très contents de vous avoir avec nous ce soir, justement pour essayer de mieux comprendre comment ça s'organise la complémentarité des soins. Je vais laisser la parole dans un premier temps à ma collègue, madame Bourgeois.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

250 Vous avez dès le départ parlé du partage de responsabilité ou de sphères d'intervention et c'est peut-être là-dessus que j'aimerais vous demander quelques précisions pour m'assurer qu'on a bien compris la portée de votre mémoire.

255 Peut-être dans un premier temps, on voudrait clarifier selon vous la distinction entre médecine de première ligne, deuxième ligne et ce que vous entendez par médecine familiale.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

260 Bien, la médecine familiale, c'est la médecine de première ligne.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

265 Est-ce que vous voyez ça, est-ce que les deux termes seraient interchangeables au niveau de votre. . .

Mme CHANTAL LAPOINTE :

270 En fait, la médecine familiale fait partie des services de première ligne. Les services de première ligne sont beaucoup plus larges que ça. On parle de services sociaux, on parle de services infirmiers, de différents services. En première ligne, en général, ce sont des services qui devraient être la porte d'entrée du réseau de la santé, donc une première évaluation avant d'avoir accès aux services de deuxième et de troisième lignes.

275 Deuxième ligne, en général, sont associés avec une hospitalisation ou un service dans un lieu plus précis, je dirais si on veut faire une distinction pour pouvoir concrètement voir ça. Donc, en général, on va dire que les services de première ligne sont dans les CLSC, dans les cliniques de cabinet privé, dans les GMF principalement. Les centres d'hébergement sont considérés également de la première ligne. L'urgence fait une partie de la première ligne parce que souvent les gens vont aller et repartir chez eux, alors que les services de deuxième ligne, c'est lorsqu'on va être hospitalisés ou on va avoir un suivi dans un épisode de soins plus intensifs.

285 Troisième et quatrième lignes font appel à des spécialités, des surspécialités qui sont la prérogative des hôpitaux universitaires.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

290 Je pose la question parce que je veux bien situer donc dans le vocabulaire tel que vous l'utilisez, puis c'est sûr que c'est un vocabulaire courant mais des fois il y a des nuances, vous avez les cliniques-réseau, à ce moment-là. Selon ce que vous venez de décliner, les cliniques-réseau, elles, se tiendraient au niveau de la première ligne seulement, à ce moment-là.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

295 Tout à fait.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

300 Et donc, les cliniques-réseau que vous avez présentement et que vous comptez ajouter, en termes de proximité au CHUM Saint-Luc, au 1000, Saint-Denis, est-ce que vous prévoyez installer d'autres établissements dans un environnement plus proche que cinq kilomètres?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

305 En fait, les cliniques-réseau, ce sont des cliniques qui existent déjà et qui ont une intensité de services suffisante pour qu'on puisse établir avec eux un contrat qui assure une grille d'accessibilité de douze heures la semaine et de huit heures la fin de semaine, 365 jours par année. Donc c'est des cliniques qui existent déjà.

310 On a un contrat actuellement avec la clinique Médimax qui est située au Complexe Desjardins. Les autres cliniques qui sont susceptibles d'être accréditées, il y a le 1851, Saint-Joseph, donc qui est un peu plus loin mais qui est à l'autre extrémité de notre territoire. Et pour les autres, il y a des démarches en cours pour voir est-ce qu'il y a d'autres cliniques qui seraient intéressées. Elles doivent, pour pouvoir être accréditées, elles doivent avoir accès à un certain
315 plateau technique minimal pour permettre – en fait, l'objectif est que les gens n'aient pas à se rendre à l'hôpital mais qu'ils puissent recevoir les services ou même avoir un accès à la consultation.

320 Si je vous donne un exemple du contrat qu'on avec la clinique Médimax, donc eux doivent offrir du service avec et sans rendez-vous. Dans leur contrat également, ils s'engagent à trouver pour les patients orphelins – ce qu'on appelle les patients orphelins, donc les patients qui n'ont pas de médecin de famille, qui se présenteraient sans rendez-vous ou pour lesquels l'hôpital, par exemple, voudrait donner un congé à un patient mais veut s'assurer qu'il aura un médecin dans la communauté qui le suit, ils ont aussi accepté cette responsabilité-là de chercher
325 un médecin qui va accepter de devenir le médecin de famille pour cette personne-là qui le requiert vraiment, donc on peut penser qu'il a une maladie qui se développe ou que l'âge le rattrape, donc ces cliniques-là ont aussi accepté cette responsabilité-là.

330 En contrepartie, l'hôpital accepte, par exemple, de les prioriser dans leur clinique de consultation spécialiste. Au même titre qu'ils le font pour les gens qui se présentent à l'urgence et qui ont besoin, par exemple, de voir un cardiologue dans les deux semaines qui viennent, si un patient se présente à l'urgence et que le médecin à l'urgence juge que ça, c'est requis, ils ont accès à l'intérieur du CHUM à ça, et pour la clinique-réseau, on leur donne ce même privilège-là, compte tenu de ce que, en contrepartie, ils s'assurent d'un suivi d'un médecin de famille
335 dans la communauté.

Alors, vous voyez? C'est vraiment un contrat à trois parties : donc l'hôpital, le CSSS et une clinique privée.

340 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

Au niveau des débits, entre le CHUM et Notre-Dame, est-ce que vous voyez un changement par rapport à ce qui est en place aujourd'hui?

345 **Mme CHANTAL LAPOINTE :**

350 Au niveau de l'achalandage au niveau de l'urgence, on prévoit le même achalandage à l'Hôpital Notre-Dame, donc environ 53 000 visites à l'heure actuelle. Et au CHUM, évidemment le reste des consultations, celles de Saint-Luc plus celles de l'Hôtel-Dieu j'imagine. Pour ce qui est des spécialités, c'est sûr que, à l'Hôpital Notre-Dame, il y aura des spécialités générales, donc pas de surspécialités comme de la neurochirurgie ou de la transplantation ou des choses plus sophistiquées qui, elles, seront au CHUM.

355 Donc, il y a un partage là d'activités qui fait en sorte que, bon an mal an, on est à peu près toujours dans les ratios de 70 % d'activités qui se fait actuellement dans le CHUM. Donc, Notre-Dame, Saint-Luc et l'Hôtel-Dieu qui va s'en aller au CHUM 2010 et 30 % qui va demeurer à Notre-Dame. Donc, on est toujours à peu près dans ces ratios-là, à quelques exceptions près.

360 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

Mais du 70 % qui va rester au CHUM, si on divisait ça en primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire selon votre utilisation des termes, vous voyez ça comment par rapport à aujourd'hui? Les mêmes chiffres ou plus?

365 **Mme CHANTAL LAPOINTE :**

À Notre-Dame, il y aura aucun tertiaire ni quaternaire.

370 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

Non, mais je parle. . .

LA PRÉSIDENTE :

375 CHUM Saint-Luc. On dit CHUM, mais CHUM, CHUM, on ne sait plus de quoi on parle.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

C'est ça. C'est pour ça que je dis le CHUM au 1000, Saint-Denis.

380

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

1000, Saint-Denis, c'est ça. C'est le 1000, Saint-Denis.

385 **Mme CHANTAL LAPOINTE :**

Ils vont conserver un certain pourcentage de deuxième ligne, donc d'hospitalisation générale pour leurs besoins d'enseignement. Donc, tout le tertiaire, quaternaire s'en vient à Saint-Luc et une certaine partie de la deuxième ligne qui est partagée 70... et là, c'est peut-être plus 50-50 parce qu'ils vont conserver uniquement un nombre de lits de soins généraux pour leurs besoins d'enseignement au niveau des médecins.

395 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

Puis, les cliniques-réseau, est-ce que c'est vous qui allez faire le partage dans les cliniques-réseau, celles qui sont associées, si on veut, ou qui sont en partenariat avec Saint-Luc ou Notre-Dame?

400 **Mme CHANTAL LAPOINTE :**

Je pense que dans l'avenir, on peut penser que ça va être beaucoup plus avec l'Hôpital Notre-Dame qu'avec l'Hôpital Saint-Luc parce que les services de première ligne devraient... dans la réforme actuelle, on veut aussi assurer une certaine hiérarchisation des services, donc s'assurer que la population s'adresse d'abord en première ligne avant d'aller en deuxième ligne, et s'adresse d'abord en deuxième ligne avant d'aller en troisième et quatrième lignes, ce qui est déjà le cas, mais donc il y a vraiment cette volonté-là.

Ça fait que je dirais les cliniques-réseau, ce qui est prévu à Montréal, c'est une clinique-réseau pour un bassin de 50 000 de population en général et c'est toujours en lien avec le CSSS. Donc, on pourrait penser qu'autour de Saint-Luc, il devrait y en avoir au moins une qui est en lien plus avec Saint-Luc mais ce sera, à ce moment-là, il y aura certainement un lien aussi avec l'Hôpital Notre-Dame. Il faudra voir comment ça se départage.

415 **LA PRÉSIDENTE :**

À vous écouter, madame Lapointe, on a l'impression – puis corrigez-moi si je me trompe – que d'ici quelques années, la première ligne, ça va être vraiment le champ d'intervention du CSSS avec son réseau. Est-ce qu'on se trompe?

420 **Mme CHANTAL LAPOINTE :**

Tout à fait, vous avez raison.

LA PRÉSIDENTE :

425

On a raison. Puis à lire dans votre mémoire aussi, on s'aperçoit que dans le réseau du CSSS, on enseigne, on fait de l'enseignement.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

430

Tout à fait.

LA PRÉSIDENTE :

435

On fait de l'enseignement en médecine familiale.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

440

Oui.

LA PRÉSIDENTE :

445

Alors, quelle est la différence entre l'enseignement qui est dispensé à travers le réseau du CSSS Jeanne-Mance, médecine familiale = première ligne?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

450

Tout à fait.

LA PRÉSIDENTE :

Et celui qui serait dispensé au CHUM?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

455

Alors, le CHUM, écoutez, ce que j'en ai compris dans nos discussions avec l'Université de Montréal également, donc tout l'enseignement dans des unités de médecine familiale, donc qui est la pratique des médecins de famille, se fait à l'intérieur des unités de médecine familiale. Actuellement, on en a une aux Faubourgs et il y en a une à l'Hôpital Notre-Dame. Ces deux-là vont demeurer, donc une aux Faubourgs, une à l'Hôpital Notre-Dame.

460

L'enseignement qui se fait au CHUM, c'est pour l'ensemble de la pratique médicale

465 d'hospitalisation pour les différentes spécialités. Il y aura un peu d'enseignement en médecine
familiale au CHUM mais très peu. Ça va être plutôt dans les unités de médecine familiale. À
Montréal, il y en a plusieurs, il y en a dans différents CSSS et d'autres hôpitaux comme
l'Hôpital de Verdun, par exemple.

LA PRÉSIDENTE :

470

D'accord.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

475

Donc, la médecine familiale, qui est une branche de la médecine. . .

LA PRÉSIDENTE :

480

De la médecine de première ligne?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

De la médecine familiale. Donc, les médecins de famille. . .

485

LA PRÉSIDENTE :

Médecine de première ligne?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

490

Oui. Les médecins de famille. Puis, dans l'Hôpital Notre-Dame, je dirais le gros
changement avec aujourd'hui, actuellement les médecins qui hospitalisent à l'Hôpital Notre-
Dame, ce sont des spécialistes. Dans la vision de l'Hôpital Notre-Dame, hôpital
communautaire de deuxième ligne intégré dans un CSSS, ce seront des médecins
495 omnipraticiens qui vont hospitaliser, donc entre autres les médecins de l'unité de médecine
familiale qui vont là apprendre comment on hospitalise un patient, comment on le suit dans un
service hospitalier également.

LA PRÉSIDENTE :

500

D'accord. Parce que je vous avoue que ça reste encore un peu confus, du moins
dans notre esprit à nous, l'enseignement qui est donné en première ligne chez vous, puis
l'enseignement qui est donné en première ligne au CHUM. Si je comprends bien ce que vous
me dites, l'enseignement qui est donné en première ligne dans le réseau du CSSS, c'est un
505 enseignement d'omnipraticien?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

D'omnipraticien en clinique médicale.

510

LA PRÉSIDENTE :

C'est ça.

515

Mme CHANTAL LAPOINTE :

Donc, dans le contexte d'une visite à son médecin, avec un médecin qui enseigne, avec des résidents qui reçoivent des clients qui sont là pour quatre mois, cinq mois, font un stage, sont évalués, ont des cours pendant cette période-là.

520

LA PRÉSIDENTE :

Puis, au niveau du CHUM, ça serait. . .

525

Mme CHANTAL LAPOINTE :

Au niveau du CHUM, c'est la même chose. . .

530

LA PRÉSIDENTE :

C'est à peu près la même chose.

535

Mme CHANTAL LAPOINTE :

. . . mais pas en médecine familiale. Ça va être au niveau de l'urgence, ça va être au niveau de la chirurgie, ça va être au niveau. . . Parce que les médecins ont à connaître toutes ces particularités-là de la médecine.

540

LA PRÉSIDENTE :

Et est-ce qu'il est possible que des gens qui font des stages chez vous aillent au CHUM ou inversement?

545

Mme CHANTAL LAPOINTE :

Oui, tout à fait. Normalement, ils vont faire les deux. Normalement, ils vont faire les deux.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

550

Mais pas pour le même enseignement.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

555

Pas pour le même enseignement, tout à fait.

LA PRÉSIDENTE :

560

Moi, j'ai une autre question.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

Leur stage se divise en . . .

565

LA PRÉSIDENTE :

570

C'est complètement différent. Quand vous nous dites que les gens du quartier sont des gens qui sont en moins bonne santé que les autres Montréalais, vous dites ils ont des maladies chroniques ou ils ont des problèmes reliés entre autres au suicide. Quand vous parlez de maladies chroniques, vous pensez à quoi exactement? Est-ce qu'il y a des maladies particulières reliées à l'environnement qui sont le cas des maladies des gens du quartier?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

575

On a beaucoup plus de maladies pulmonaires obstructives, des problèmes respiratoires qui sont souvent liés au tabagisme, par exemple. On a un taux de diabète dans le secteur des Faubourgs qui est presque le double du reste de l'île de Montréal. Donc, la prévalence est très importante. Ce sont toutes des maladies qui sont reliées avec des habitudes de vie, donc des maladie chroniques et surtout leurs complications, parce que si on ne fait pas un bon suivi d'un diabétique, il peut y avoir des cécités, il peut avoir besoin d'une amputation. Il y a toutes sortes de problèmes reliés à ça, une insuffisance rénale.

580

LA PRÉSIDENTE :

585

Alors, c'est plus des maladies reliées au comportement que des maladies dues à l'environnement.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

590

Exactement.

LA PRÉSIDENTE :

595

D'accord.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

600

Deux petites questions encore. Vous avez évoqué la télésanté.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

Oui.

605

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

Et votre collaboration avec le CHUM Saint-Denis – Saint-Luc dans ce secteur-là. Est-ce que vous voyez une télésanté de première ligne, de deuxième ligne ou de troisième ou de quatrième lignes?

610

Mme CHANTAL LAPOINTE :

Dans notre secteur d'activités, je dirais c'est beaucoup plus le suivi des clientèles à domicile. Donc, éviter des hospitalisations. Il y a de plus en plus de systèmes, on a vu des présentations au cours de la dernière année où on voit que des systèmes qu'on peut installer directement dans les résidences des personnes nous permettent de faire une meilleure surveillance et ce, en lien par exemple, on pourrait le faire, par exemple, avec la clinique spécialisée du CHUM en cardiologie, un suivi systématique de clientèle, qui fait en sorte qu'on est capable de prévenir des épisodes de soins parce qu'on voit apparaître les symptômes de façon plus rapide. Il y a actuellement beaucoup de systèmes comme ça qui se développent pour permettre...

615

620

C'est une transformation, la question de la maladie aujourd'hui. Avant, on parlait des maladies de court terme, on les guérissait puis les gens s'en allaient. Aujourd'hui, on est dans les maladies chroniques qui demandent donc une surveillance pratiquement quotidienne des personnes. Entre autres, si on pense à la maladie cardiaque, de se peser tous les jours pour s'apercevoir quand on fait une augmentation de rétention des liquides, c'est une opération simple mais il faut le faire.

625

630

Donc, d'avoir des moyens de monitoring qui permet que les gens puissent suivre eux-

mêmes leur santé mais aussi pour des gens qui sont en difficulté ou en plus grande vulnérabilité d'avoir un système interactif justement.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

635

Donc, vous voyez votre rôle comme étant les exécutants en partie ou les interlocuteurs auprès de la population par rapport à ces éléments-là qui sont néanmoins pas dans les fonctions les plus surspécialisées ou vous iriez jusqu'aux fonctions surspécialisées là-dedans?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

640

En interface. Je dirais que le rôle des CSSS, quand on regarde la loi, c'est de coordonner l'ensemble des services pour la population. Donc, ça veut dire aussi de faire la liaison entre les personnes en besoin et les services spécialisés pour leur donner accès au bon moment. De la même manière, d'être capable de prendre en charge la clientèle qui n'a plus besoin d'être suivie de façon régulière par l'hôpital surspécialisé, mais qu'on a besoin, que le spécialiste a besoin d'avoir une assurance qu'il y a une prise en charge qui est faite quelque part de cette personne-là pour s'assurer qu'on suit sa condition de santé, qu'on évite qu'elle se détériore.

645

650

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

Votre mémoire évidemment fait état de la bonne collaboration. . .

Mme CHANTAL LAPOINTE :

655

Oui.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

660

. . . entre les intervenants. Mais si on avait à vous demander si vous aviez des recommandations peut-être à formuler, à peut-être faire un ajout au niveau des lignes directrices ou des plans qui ont été proposés ou à changer quelque chose, est-ce que vous auriez quelque chose à formuler dans cet esprit-là?

665

Mme CHANTAL LAPOINTE :

Je dirais que ce que j'ai vu jusqu'à maintenant en tout cas et dans l'évolution des travaux, parce que c'est quand même pas des travaux – c'est des travaux qui sont l'aboutissement de quelques années, pour moi, ça m'apparaît conforme aux besoins qui sont actuellement. Je pense que ça sera toujours en évolution d'ici à ce que le CHUM se

670

construite.

675 Je pense qu'il faut continuer d'avoir nos collaborations et continuer d'avoir cette
interrelation-là entre nous et de ne jamais oublier, puis je ne pense pas que le CHUM l'oublie
non plus, mais toutes nos clientèles plus vulnérables, les personnes itinérantes qui ont des
besoins de santé, des personnes qui sont aux prises avec les drogues. On voit une
recrudescence actuellement des maladies transmissibles par le sang et le sexe, et donc ça
680 devient une préoccupation qu'il faut partager avec les gens du CHUM qui sont au coin de
Saint-Denis, donc à Saint-Luc, auprès de ces clientèles-là.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

685 Ça me fait penser à un ajout, parce que vous en parlez. Les institutions, Old Brewery
Mission, tout ça, Maison du père qui sont quand même à proximité de Saint-Luc. . .

Mme CHANTAL LAPOINTE :

690 Tout autour.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

695 . . . pensez-vous que ça va changer quelque chose que ces gens-là à l'avenir soient
plus desservis par Notre-Dame?

Mme CHANTAL LAPOINTE :

700 Ils ne seront pas nécessairement plus desservis par Notre-Dame, non. Nous, c'est
plus... Bon, écoutez, quand ils ont besoin de services d'urgence, la plus proche va demeurer
l'urgence de Saint-Luc. L'urgence de Saint-Luc demeure une urgence générale, en tout cas,
à mon sens. Pour le moment, il n'y a pas de changement à ce niveau-là.

705 Par contre, c'est sûr que quand ces gens-là ont besoin d'une hospitalisation, comme
je vous disais tantôt, la majorité de la psychiatrie va être plus à Notre-Dame qu'à Saint-Luc. Il
y a un très petit bassin de la psychiatrie plus spécialisée du côté de Saint-Luc. Donc, ces
gens-là devront aller de ce côté-là.

710 Mais nous, on a comme CSSS un travail justement à faire avec ces refuges-là pour
une organisation de soins et de services plus près de leur réalité et mieux adaptée encore que
ce qu'on fait jusqu'à maintenant. Bien qu'on a déjà fait beaucoup de choses dans ce cadre-là,
je dirais qu'il faut poursuivre nos modifications dans nos pratiques pour aller rejoindre les gens
là où ils sont et répondre à leurs besoins.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

715

Je vous remercie beaucoup de la précision.

LA PRÉSIDENTE :

720

Alors, merci, madame Lapointe.

Mme CHANTAL LAPOINTE :

725

Merci beaucoup.

LA PRÉSIDENTE :

730

J'appelle maintenant monsieur Éric Michaud du Comité logement Centre-Sud. Bonsoir, monsieur Michaud! Vous allez bien?

M. ÉRIC MICHAUD :

Bonsoir! Oui. Bonsoir, madame Bourgeois, monsieur Wolfe!

735

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

Bonsoir!

LA PRÉSIDENTE :

740

On vous écoute. Comment est-ce que vous allez nous présenter votre mémoire?

M. ÉRIC MICHAUD :

745

Bien, dans un premier temps, disons que je veux m'excuser pour l'avoir envoyé à la dernière minute comme ça.

LA PRÉSIDENTE :

750

On a eu le temps de le lire quand même.

M. ÉRIC MICHAUD :

755

Mais disons que les délais étaient serrés. . .

LA PRÉSIDENTE :

Ce n'est pas grave.

760 **M. ÉRIC MICHAUD :**

765 . . . puis je n'ai pas trouvé le temps avant. Je vais d'abord vous présenter un peu le Comité logement. Le Comité logement, c'est un organisme de défense de droit qui intervient dans le centre-sud depuis 30 ans. Donc, le centre-sud essentiellement, c'est le territoire couvert entre la rue Bleury, la track de chemin de fer à l'est qui nous sépare d'Hochelaga-Maisonneuve, Sherbrooke et le fleuve Saint-Laurent.

770 On a fait partie en 2004 de la Coalition pour le CHUM au centre-ville. Donc, on était favorables à l'implantation du CHUM dans le centre-ville parce qu'on considère que c'est un service central qui méritait d'avoir sa place au centre-ville.

775 Cependant, on a certaines préoccupations par rapport à son arrivée dans le quartier, puis c'est de ça qu'on voulait vous faire part. C'est sûr que nous, on ne parlera pas de santé aujourd'hui, mais des problèmes reliés à l'arrivée d'une installation comme ça dans un quartier relativement pauvre, où les besoins en logement sont importants.

780 Dans un premier temps, je vais peut-être vous faire un portrait du profil socio-économique de la population. Ça, en fait, ces données-là sont tirées essentiellement d'un document qui a été préparé par l'ancien CSSS, le CLSC des Faubourgs. Donc, c'est ça, le portrait du centre-sud, c'est 43 365 résidants répartis en 24 500 ménages. 54 % des ménages sont des ménages d'une seule personne. Ça, c'est la plus forte concentration au Québec de ménages d'une seule personne sur un territoire, ce qui crée des besoins en logement particuliers évidemment dans le secteur. On a pu constater ça au travers des années, parce que les programmes de logements sociaux, entre autres, ne sont pas toujours
785 adaptés à ces besoins-là.

790 Le revenu moyen des ménages est de 35 287 \$ par rapport à 49 452 \$ pour les ménages montréalais. C'est une différence d'à peu près 15 000 \$. Le revenu moyen d'emploi est de 27 457 \$ et 48 % des ménages du quartier se situent sous le seuil de pauvreté.

795 Le taux de locataire est de 83 %. Ça aussi c'est un des plus élevés de la province. Ça s'explique en partie par le coût élevé des propriétés et puis les revenus qui sont plus bas que dans la région métropolitaine dans son ensemble. 40 % des locataires accordent plus de 30 % de leurs revenus bruts à se loger.

Par ailleurs, le centre-sud accueille aussi beaucoup. . . bon, madame Lapointe en a fait part, des sans-abris à Montréal, ils sont beaucoup concentrés dans le secteur parce que

la plupart des grands refuges sont concentrés dans le centre-sud.

800 En plus des refuges, il y a aussi les maisons de chambres. Les maisons de
chambres, ça on l'a constaté aussi, on a fait un inventaire il y a un an ou deux avec le Réseau
d'aide aux personnes seules itinérantes de Montréal et on a constaté qu'il y avait une
diminution importante des maisons de chambres privées dans l'arrondissement, sans doute
805 parce que les conversions ne sont pas très bien réglementées de ce type de maisons-là et,
ça, ça crée un problème entre autres parce que c'est une des seules formes de logement qui
est accessible entre autres aux sans-abris.

 Finalement, le centre-sud, c'est aussi un quartier – bon, ça, il y a d'autres personnes
qui l'ont fait remarquer auparavant – mais qui a été beaucoup affecté par toutes sortes
810 d'opérations d'urbanisme au cours des dernières décennies. On peut penser à l'autoroute
Ville-Marie, à l'élargissement du boulevard Dorchester, à l'implantation de Radio-Canada et
Télé-Métropole. Ça a fait beaucoup de dégâts dans le quartier.

 On a détruit aussi beaucoup de logements et maintenant, nous, c'est évident que
815 dans le contexte où on est en train de planifier la reconstruction notamment de logements,
bien nous, on demande qu'il y ait une part de ces logements-là qui soit... c'était des
logements souvent à bas loyer qu'on a détruits et on demande que ce soit restitué à la
communauté.

 Au niveau des besoins aussi, simplement mentionner que l'Office municipal
820 d'habitation de Montréal a une liste de requérants, de demandeurs de logements sociaux d'un
peu plus de 23 000 personnes, je pense, pour la région de Montréal et sur ce, il y en a 1 200
qui habitent au centre-sud. Donc, c'est relativement important. Et notre liste à nous, on tient
aussi une liste de requérants au Comité logement, on a une liste d'à peu près 1 200 ménages
825 inscrits, mais, à vrai dire, on n'est pas capable de donner... pour l'instant, on est en train de
la mettre à jour, ça faisait un an et demi qu'elle ne l'avait pas été. Donc on ne peut pas
donner un chiffre précis pour l'instant. On attend les retours de courrier présentement.

 Au niveau du développement immobilier dans l'arrondissement, on constate un taux
830 de vacance relativement élevé, mais ce qu'on fait remarquer dans notre mémoire, c'est que
nous, on pense qu'il est beaucoup influencé par le taux de vacance très élevé dans les
logements dispendieux.

 Il y a eu beaucoup de construction de logements de luxe et on n'a pas –
835 malheureusement, la SCHL ne le donne pas à une si petite échelle, elle ne divise pas, elle le
fait pour la province, elle le fait peut-être pour Montréal, mais elle ne le fait pas au niveau des
quartiers – on n'est pas capable d'avoir le taux de vacance pour les logements de moins de
600 \$, mais sans doute que ce taux de vacance là serait très faible si on le regardait à
l'échelle du quartier.

840

Ce qu'on constate par ailleurs, c'est que depuis 2002, donc depuis cinq ans, il y a eu 7 205 nouveaux logements qui ont été créés. Ça, c'est des données qui nous ont été fournies par l'arrondissement. Et sur ça, il y a 664 logements sociaux qui ont été construits, donc ça fait 9, 2 % de l'ensemble des logements.

845

Par la suite, nous, on s'est attardés à ces 664 logements sociaux là pour voir comment ça se départageait. Il y en a près de la moitié, 318 logements qui ont été construits pour répondre aux besoins des personnes à risque d'itinérance. Ça, c'est quasiment la moitié de tous les logements pour répondre à ces besoins-là dans la région de Montréal. Donc, notre secteur a accueilli un nombre important des logements pour personnes sans abri mais il reste que pour les besoins locaux, ça veut dire qu'il s'est construit 346 logements sociaux dans la période de cinq ans, ce qui fait 5 % du total, ce qui est très peu si on le compare au 15 %, l'objectif de 15 % qui était énoncé dans la Politique d'inclusion de la Ville de Montréal.

850

855

Les deux principales raisons quant à nous, c'est d'une part la difficulté de réaliser des projets de logements sociaux dans le centre-ville à cause du coût élevé des terrains, et la deuxième raison, c'est une absence de volonté politique au niveau local de soutenir ce type de développement-là.

860

Donc, notre préoccupation, nous, par rapport à tout le mouvement qui est en train de se produire actuellement, c'est qu'il y a une pression énorme sur les loyers actuellement à cause des valeurs foncières, l'augmentation des valeurs foncières et le développement actuel, et ça, ça a bien sûr des impacts sur la population à bas revenu qui va être obligée à moyen terme de quitter le quartier s'il n'y a pas de mesures qui sont prises pour éviter ça.

865

Maintenant, on s'est attardé un peu à la Stratégie d'inclusion de la Ville de Montréal pour voir si la nouvelle stratégie établie par la Ville permettrait peut-être d'endiguer ce phénomène-là. On constate que la Stratégie d'inclusion a deux cibles principales. La première, que 15 % des nouvelles unités d'habitation construites sur le territoire de Montréal soit des logements sociaux communautaires et qu'une autre proportion de 15 % des nouvelles habitations soit constituée de logements abordables d'initiative privée.

870

875

Or, ce qu'on constate donc depuis cinq ans, c'est qu'on n'a pas réussi vraiment à atteindre ces cibles-là, on est très en dessous et on n'est pas certain que la stratégie qui est mise en place à l'heure actuelle va permettre de faire en sorte qu'il y en ait plus dans le futur. La raison est simple. C'est que de façon générale, il s'agit d'une stratégie incitative et que le principal outil que se donne la Ville pour développer du logement social, c'est de mettre à contribution les terrains municipaux. Il y a d'autres outils, mais je dirais que le plus efficace, c'est certainement celui-là.

880

Et, malheureusement, il n'y a à peu près plus de terrains disponibles dans

l'arrondissement Ville-Marie, de terrains municipaux. Il reste encore quelques grands terrains publics comme Radio-Canada, notamment, et peut-être un peu de terrain qui va être dégagé au niveau de l'Hôpital Notre-Dame mais, ça, c'est moins certain. Donc, nous, on est inquiet par le fait donc qu'on ne pourra pas mettre en œuvre cet élément-là de la stratégie au niveau de l'arrondissement et ça va prendre d'autres mesures, à notre avis, pour s'assurer qu'on puisse en développer.

Par ailleurs, la Stratégie d'inclusion énonçait aussi que les arrondissements montréalais sont appelés à établir pour leur territoire des objectifs en matière de logement abordable. Ces objectifs devront tenir compte à la fois des objectifs globaux fixés pour l'ensemble de la Ville de Montréal et des besoins potentiels d'intervention sur chacun de leur territoire. Alors, ce qu'on constate aussi, c'est que dans l'arrondissement, il n'y a aucun plan à l'heure actuelle au niveau du logement social et puis ça, pour nous, c'est très problématique.

Maintenant, au niveau des autres perspectives de développement, quand on regarde ce qui se passe à l'heure actuelle dans le centre-sud, on regarde tous les projets qui se présentent actuellement dans le quartier, il y a le Quartier des spectacles, on parle éventuellement du réaménagement du site des Habitations Jeanne-Mance, on parle aussi du réaménagement du site de Radio-Canada. Radio-Canada entreprend une consultation bientôt sur ce sujet-là. Il y a le développement aussi du site de l'Hôtel Viger qui a fait les premières pages de *La Presse*, il y a un mois ou deux. Tout ça, c'est des projets d'envergure et qui risquent d'avoir un impact évidemment sur la spéculation dans le quartier.

Alors, c'est dans ce contexte-là que le CHUM et le Quartier de la santé arrivent et, nous, c'est cette accumulation-là de projets dans le contexte spécifique dont je viens de vous parler avant qui nous inquiète beaucoup pour la suite des choses.

Parce que cette spéculation-là va avoir un double effet. C'est qu'elle va, d'une part, avoir un impact sur le niveau des loyers, il va y avoir de plus en plus de pression sur le niveau des loyers, ce qui va porter les gens à devoir quitter leur logement et, par ailleurs, il y a aussi un impact sur le coût des terrains pour développer du logement social qui permettrait d'accueillir éventuellement des gens qui doivent quitter leur logement devenu trop dispendieux mais, là encore, le fait que les terrains ne soient pas disponibles ou soient très chers fait en sorte qu'on a beaucoup de difficulté à en développer.

Ah! oui, ce que j'ai oublié de vous dire aussi qui est bien important, c'est qu'on travaille depuis déjà plusieurs mois avec le service aux collectivités de l'UQAM sur un projet d'étude sur le logement dans le centre-sud, en fait dans l'arrondissement Ville-Marie, et ils nous ont produit deux autres – je ne sais pas si vous les avez eus?

LA PRÉSIDENTE :

925 Non. Je ne pense pas.

M. ÉRIC MICHAUD :

930 Je les ai données à l'entrée, j'en ai donné trois copies à l'entrée en arrivant. Ça, c'est des annexes en fait. Il y en a une qui fait une recherche sur les évaluations foncières autour du CHUM et une autre qui fait une recherche sur le profil socioéconomique de la population mais des quatre secteurs de recensement autour du CHUM. Donc, qui donne des données un peu plus précises sur la population à proximité du CHUM.

935 Alors, au niveau du rôle d'évaluation des valeurs foncières, ce qu'on constate entre 2004 et 2007 dans le secteur limitrophe du CHUM, c'est une augmentation de la valeur foncière des terrains, pas des immeubles mais seulement des terrains, de 111 % en moyenne. Et ça, ça se compare à une augmentation de la valeur des terrains pour l'ensemble de Montréal de 20 %. Alors on voit là un impact direct du projet sur la valeur des terrains et
940 puis, évidemment, on peut soupçonner qu'à proximité puis dans le quartier environnant, il va y avoir des impacts aussi.

Je vais en arriver maintenant à nos recommandations. Bon, la première recommandation, évidemment, c'est que l'arrondissement Ville-Marie établisse sans tarder
945 des objectifs en matière de développement de logements sociaux et abordables et produise un plan de développement à cet effet.

La recommandation numéro 2, c'est que la Ville de Montréal procède à l'acquisition stratégique de terrains dans le quartier afin d'assurer le développement de logement social et
950 communautaire.

La recommandation 3 : que la Ville de Montréal et l'arrondissement de Ville-Marie s'assurent que les projets de développement résidentiel projeté sur le site de Radio-Canada et de la gare Viger, de même que tous les projets résidentiels d'envergure dans l'arrondissement
955 incluent un minimum de 30 % de logements sociaux et communautaires.

La recommandation 4 : que l'arrondissement de Ville-Marie, la Ville de Montréal et la Communauté métropolitaine de Montréal fassent les représentations nécessaires auprès du gouvernement québécois afin d'obtenir les amendements requis à la *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme* afin que toutes les villes et en particulier Montréal puissent se doter de règlements
960 de zonage d'inclusion obligeant tous les nouveaux projets résidentiels privés d'une certaine envergure à comprendre une part significative de logements sociaux et communautaires. Ça, c'est parce qu'on l'a réclamé à quelques reprises dans le passé et on s'est toujours fait dire que les pouvoirs publics n'avaient pas la possibilité de faire ça dans le cadre législatif actuel,

965 donc c'est des modifications qu'on demande au gouvernement du Québec.

970 Et, finalement, que la Ville de Montréal et l'arrondissement de Ville-Marie favorisent les activités d'achat-rénovation de bâtiments existants afin de permettre à des OSBL ou des coopératives d'habitation du quartier d'acheter ou de rénover certains immeubles résidentiels du quartier.

975 Et, finalement, on en avait une sixième, excusez-moi, que le CHUM affecte en priorité les immeubles dont il aura à se départir, notamment sur le site de l'Hôpital Notre-Dame, au développement de logement social et communautaire.

LA PRÉSIDENTE :

980 D'accord. Alors, merci, monsieur Michaud. Une première question. Dans son mémoire, le CSSS Jeanne-Mance mentionne que les intervenants du CSSS Jeanne-Mance prennent en charge les problématiques sociales suivantes et notamment le logement social.

Alors, est-ce que vous travaillez avec les gens du CSSS sur les questions de logement social? Et, si oui, comment?

985 **M. ÉRIC MICHAUD :**

990 Peu, en fait, depuis que j'y suis, mais on a une demande qui a été adressée au CSSS depuis maintenant à peu près six mois et on vient de recevoir une réponse positive. Donc, on devrait avoir... on attend, en fait, qu'un poste se comble pour avoir une personne du CSSS qui travaillerait avec nous au niveau de la table de concertation de quartier.

LA PRÉSIDENTE :

995 Alors, donc, ils assureraient quoi? Un relais? Ils travailleraient avec vous à établir ou à identifier des endroits où il pourrait y avoir du logement social? Parce qu'en fait, vous, vous êtes un organisme dédié au logement social mais j'essaie de voir quel lien on peut faire avec les services de santé qui sont donnés au Québec et en particulier par le CSSS Jeanne-Mance. J'ai oublié de poser la question à madame Lapointe tantôt. Mais comment est-ce que vous faites le lien? Quelle est la part qu'eux font et quelle est la part que, vous, vous faites?

1000

M. ÉRIC MICHAUD :

Bien, je vous dirais que. . .

1005 **LA PRÉSIDENTE :**

Ce n' est pas clair?

1010 **M. ÉRIC MICHAUD :**

C'est-à-dire que, nous, ce qu'on attend en fait de la ressource qu'on a demandée au CSSS, c'est un soutien au niveau de notre table de quartier. Il faut dire que les ressources en logements dans le quartier centre-sud en particulier sont très sous-financées. On a, par rapport à la plupart des quartiers centraux de Montréal, on a un problème de sous-financement important et donc un manque de ressources important.

1015
1020 Donc, là, on a fait une demande au CSSS pour se faire appuyer au niveau de la table de quartier et éventuellement, on voudrait aussi, à travers le travail autour de cette table de quartier là, établir des liens avec l'administration municipale. En fait, faire peut-être une table multiréseaux qui permettrait de travailler ensemble avec les élus et la machine administrative de l'arrondissement pour, entre autres, établir un plan de développement.

LA PRÉSIDENTE :

1025 Écoutez, j'aimerais que vous nous donniez votre avis aussi. On s'aperçoit évidemment que le quartier où s'implantera le CHUM est un quartier, vous l'avez dit, qui est en mouvance, il est en train de bouger, il est en train de se transformer considérablement.

1030 De votre point de vue, jusqu'où finalement peut-on amener des populations à se déplacer et que ça reste encore acceptable? Parce que vous nous parlez d'implantation de 30 % de logements sociaux, mais sur quel espace, dans quel environnement faut-il considérer qu'il serait acceptable que les gens puissent se déplacer, puisqu'on sait au point de départ qu'il va y en avoir des déplacements, le quartier est en train de bouger profondément.

1035 Monsieur Villiard – je vous donne l'exemple – pendant les sessions d'information, monsieur Villiard a mentionné qu'il pouvait y avoir des travaux qui étaient en train de se faire avec entre autres des organismes du milieu pour qu'on pense logements sociaux mais un petit peu plus loin. Puis, vous aussi, vous parlez de recherche qui pourrait aller jusqu'au site de Radio-Canada. Alors, quand vous parlez d'implantation de logements sociaux, c'est sur un territoire qui est à l'échelle de l'arrondissement lui-même ou qui est à l'échelle. . .

1040 **M. ÉRIC MICHAUD :**

1045 Bien, nous, on parle du centre-sud mais on pourrait parler... c'est sûr que dans l'ouest, on intervient moins parce qu'on a... il n'est pas dit qu'on n'est pas intéressés, mais

je vous dirais que c'est le centre-sud au départ qui est notre territoire d'intervention. C'est sûr que dépendamment de pour qui ce logement-là s'adresse, mais c'est sûr que, bon, en tout cas, pour les clientèles itinérantes en particulier, c'est sûr que ces gens-là se déplacent à pied. Donc, il faut que ce soit une distance... il faut que ce soit à une relative proximité de

1050

tous les services, puis les services sont concentrés autour du CHUM.

C'est certain que dans l'idéal, je vous dirais qu'il faut que les gens restent dans le quartier, dans le territoire qu'on a défini comme le centre-sud, parce que justement à cause, d'une part, de la concentration des services et du fait aussi que les gens plus démunis ont

1055

souvent pas de voiture. Et même au niveau du transport en commun, il y a beaucoup de gens maintenant qui n'ont plus les moyens avec les hausses successives de carte de transport en commun, ça devient de plus en plus difficile pour les gens de se payer la carte, en tout cas pour les gens à très faible revenu, de se payer la carte de transport en commun.

Donc, idéalement, c'est de conserver les logements dans le centre-sud. Et il y a quand même du terrain disponible mais dans la mesure où on veut bien s'assurer qu'il y a une part adéquate de logements pour ces gens-là.

1060

LA PRÉSIDENTE :

1065

Bien, justement, vous mentionnez dans votre recommandation 6 que le CHUM affecte en priorité les immeubles dont il aura à se départir, notamment sur le site de l'Hôpital Notre-Dame, de conversion de pavillon, terrain de stationnement ou développement de logement social et communautaire.

1070

Et puis dans la recommandation 5, vous tournez aussi autour des mêmes questions concernant les bâtiments que la Ville de Montréal ou l'arrondissement de Ville-Marie pourraient acheter ou rénover et confier à des coopératives d'habitation. Est-ce que vous avez déjà identifié des territoires en particulier où ces opérations-là pourraient se faire, outre le site de l'Hôpital Notre-Dame qui est déjà ciblé ici.

1075

M. ÉRIC MICHAUD :

Il est certain, bon, dans *La Presse* en fin de semaine, on parlait un tout petit peu du logement social en bas de page A3 où on disait, on expliquait, en tout cas ça va un peu dans le sens de ce qu'on dit dans le mémoire, c'est qu'on entend souvent dire qu'on est dans l'arrondissement où il y a le plus de logements sociaux à Montréal. Et là, j'ai appris, parce que je n'étais pas au courant, que c'était 15 %. Je serais d'ailleurs curieux de voir la ventilation des arrondissements avec le taux de logement social dans chacun.

1080

1085

Bon, alors on se fait souvent dire : «Oui, mais il y en a déjà beaucoup ici. » Bon, moi, je relativise ça par le fait que dans certains pays européens, des fois c'est 50, 60 % de

1090 logements sociaux. Alors, moi, je pense que le pourcentage de logement social, il se définit aussi en fonction des besoins. Dans le centre-sud, il y a des grands besoins. Par ailleurs, c'est le centre-ville. Si on veut s'assurer d'une ville avec une mixité sociale, il faut s'assurer que dans son centre, il y a de la mixité sociale, puis donc il faut prendre les moyens en conséquence.

1095 Les terrains que, nous, on a identifiés je vous dirais depuis quelques années, il y a définitivement le terrain de Radio-Canada. On parle dans le Quartier de la santé d'implanter du logement. Pour nous, tout logement qu'il va y avoir dans le Quartier de la santé, il faut qu'il y en ait une part qui soit dédiée au logement social.

1100 Notamment, l'Hôtel Viger fait partie, si je ne me trompe pas, du Quartier de la santé. J'avais vu un petit fascicule à un moment donné où il était question – je ne l'ai pas avec moi – mais où on parlait de trois, quatre projets qui faisaient partie du Quartier de la santé. Il y avait le prolongement du Palais des Congrès, il y avait le CHUM, il y avait les centres de recherche et il y avait aussi l'Hôtel Viger qui faisait partie de ça. L'Hôtel Viger, il semble qu'il va y avoir du développement résidentiel autour de l'hôtel. Donc, nous, on pense que là encore, c'est
1105 un terrain de la Ville en plus, là aussi il nous semble qu'il faut une part adéquate de logement social.

1110 Un autre terrain qu'on avait visé aussi, il y a deux ou trois ans, il y avait un projet à l'époque d'un promoteur privé, ça c'est un terrain privé, c'est le terrain qui est au coin de Sainte-Catherine et de Lorimier. C'était le projet à l'époque SAQ – Porte Sainte-Marie. On avait eu d'ailleurs madame Bourgeois, il y avait eu une consultation de l'Office sur ce projet-là, qui est tombé par ailleurs. Donc, ça, c'est tout des projets où il y aurait une possibilité de développer du logement.

1115 **LA PRÉSIDENTE :**

1120 Est-ce que vous avez une idée du nombre qu'il faudrait assurer pour qu'on puisse répondre aux besoins de la clientèle qui est là actuellement? Ou, en gros, mettons à 60 %, 75 % de la clientèle qui est là, de telle sorte qu'on puisse assurer qu'elle puisse rester dans le quartier? Avez-vous des chiffres là-dessus?

M. ÉRIC MICHAUD :

1125 Je vous dirais que je n'ai pas... il faudrait prendre, en fait... non, je n'ai pas procédé à cet exercice. Parce qu'essentiellement, bon c'est sûr qu'on a les listes de requérants qui nous donnent une indication, mais il faudrait prendre aussi les statistiques sur le quartier, puis voir les gens qui ont des difficultés à payer leur loyer.

LA PRÉSIDENTE :

1130

Une autre question, ensuite ça va être madame Bourgeois qui va finir la séance de questions avec vous. Vous nous dites à un moment donné à la page 9 que des mesures doivent être prises afin de permettre à au moins une partie des 10 000 futurs employés du CHUM de se loger dans le quartier. C'est quoi votre concept de logement social? Est-ce qu'il

1135

le logement social?

M. ÉRIC MICHAUD :

1140

Ce qu'il faut savoir avec ça, c'est une chose. . .

LA PRÉSIDENTE :

1145

Oui, ça, c'est la question à 150 000 \$, mais essayez de nous répondre en capsule.

M. ÉRIC MICHAUD :

1150

Essentiellement, la Ville de Montréal dans leur Stratégie d'inclusion, ils parlent de logement abordable.

LA PRÉSIDENTE :

1155

Oui.

M. ÉRIC MICHAUD :

1160

Et sur ça, le logement social fait partie du logement abordable, mais il y a aussi une autre moitié du logement abordable, qui est le logement abordable d'initiative privée qu'ils appellent. Ce logement-là malheureusement est difficilement défini. En tout cas, ils le définissent mais je ne suis même pas sûr – et c'est ça que je dis dans le mémoire – je ne suis même pas sûr que la Ville est capable de faire un suivi et un monitoring de la réalisation de ces logements-là parce que c'est des logements, la définition est un peu floue, ça dépend de... Puis, par ailleurs, ce n'est pas abordable pour tout le monde.

1165

Nous, on privilégie le logement social dont la définition, c'est : propriété collective mais, après ça, le logement social dans la réalité d'aujourd'hui au Québec, c'est du logement mixte déjà, ce n'est pas du logement qui s'adresse uniquement aux plus faibles revenus. Parce que dans le programme actuel dans lequel on développe, qui s'appelle Accès-Logis, il y a la moitié des unités de logements au maximum dans chaque projet qui sont dédiés aux

1170

personnes à très faibles revenus. Ça, c'est la clientèle en fait de l'Office municipal d'habitation, les HLM. Ça s'adresse au même profil socioéconomique, mais il y a aussi 50 % ou plus des unités qui sont pour des gens à revenus modestes.

1175 **LA PRÉSIDENTE :**

Donc, comme vous dites, les employés du CHUM qui ne font pas tous des salaires de médecin. Alors, les employés du CHUM qui font des salaires qui sont plus modestes pourraient être inclus dans ceux qui font de la recherche de logement social, dans la définition que vous avez.

1180

M. ÉRIC MICHAUD :

Oui, notamment. On n'exclut pas qu'il puisse y avoir aussi du condo abordable pour certaines catégories de clientèle mais nous, ce qu'on s'occupe, c'est le logement social, puis ce qu'on dit, c'est que ça peut répondre aux besoins d'un pourcentage important de la population.

1185

LA PRÉSIDENTE :

1190

D'accord. Dernière question.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

C'est à peu près la même question. Je veux juste être bien sûre de comprendre votre pensée, parce que dans votre recommandation, vous évoquez, recommandation numéro 3, dernière ligne :

1195

«... projet résidentiel d'envergure dans l'arrondissement inclut un minimum de 30 % de logements sociaux et communautaires. »

1200

Un peu plus tôt dans votre documentation, quand vous parlez de la Stratégie d'inclusion, vous parlez de 15 % en logement social et communautaire, et 15 % en logement abordable.

1205

M. ÉRIC MICHAUD :

Oui.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

1210

Alors, je veux juste être bien sûre qu'on se comprend.

LA PRÉSIDENTE :

1215

Votre 30, c'est le 15 plus 15 ?

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

1220

Est-ce que c'est ces deux 15 là qui sont dans le 30?

M. ÉRIC MICHAUD :

1225

Non.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

Ou bien c'est 30 plus un autre 15 pour 45 au total?

1230

M. ÉRIC MICHAUD :

Non. Ça, la stratégie d'inclusion, c'est la stratégie de la Ville.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

1235

Oui. Puis vous recommandez. . .

M. ÉRIC MICHAUD :

1240

La recommandation, c'est notre demande à nous.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

1245

D'accord. Donc. . .

M. ÉRIC MICHAUD :

Nous, on demande que le 15 soit doublé.

1250

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

Alors, si j'avais à reformuler, votre souhait, ça serait que le 15 soit doublé, donc 30 de logement social, 15 de logement abordable. . .

1255 **M. ÉRIC MICHAUD :**

Par exemple.

1260 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

. . . et une autre tranche pour les employés qui ne font pas des salaires de médecin.

M. ÉRIC MICHAUD :

1265 Bien, c'est-à-dire les employés qui ne font pas des salaires de médecin pourraient se retrouver dans le 30 % de logement social, dans le 15 % de logement abordable et éventuellement peut-être dans le reste aussi. Parce qu'il y a un autre élément peut-être que je n'ai pas mentionné, c'est que les condos dans l'arrondissement sont relativement dispendieux.

1270 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

Bien, oui, c'est ça.

M. ÉRIC MICHAUD :

1275 Vous avez vu les prix de 300. . .

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

1280 C'est pour ça que j'évoquais finalement les catégories logement social et logement abordable et logement disons abordable d'initiative privée si on veut.

M. ÉRIC MICHAUD :

1285 Et, à l'intérieur de ça, la Ville inclut le condo abordable.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

D'accord. Merci.

1290 **LA PRÉSIDENTE :**

Bon, alors merci beaucoup, monsieur Michaud.

1295 Est-ce qu'il y a des gens qui veulent intervenir dans la salle? Je pense que je vais en prendre un. Alors, j'appellerais monsieur Michael Kirman. Bonsoir.

Mr. MICHAEL KIRMAN :

1300 I'm sorry, if it is okay, I will speak in English.

LA PRÉSIDENTE :

Yes, of course.

1305

Mr. MICHAEL KIRMAN :

I'm here on behalf of Steve's music store and we saw an article in La Presse this weekend which...

1310

LA PRÉSIDENTE :

Could you speak louder?

1315

Mr. MICHAEL KIRMAN :

Yes. Regarding an article we saw this weekend regarding the Quartier de la santé between Saint-Laurent boulevard and south of Ville-Marie, which is where our business is located, it is the first we heard of any such... I mean, every year there is a different rumour that the Convention Center is moving or something like that, but it is the first time that we heard something like this, and we want to get our views heard, and to find out some more about what is going on.

1320

Obviously we have no opposition for the CHUM, the hospital or where the plan location is. It's the campus of science and development economic. We currently employ over 125 people in Montreal. I mean, our business has been there for over 40 years and we have some concerns that, without having any knowledge of what is going on, all of a sudden that I'm looking at a map in the newspaper and customers are calling me saying : "Hey! I heard you guys are being torn down."

1325

1330

So, this is why I'm here to find out a little bit more, and the proceedings, and to find out what is involved.

LA PRÉSIDENTE :

1335

Well, I am not sure I am going to be able to give you the information you are looking for because what I heard is that all the answers that you are looking for are in what is called the PPU, le Programme particulier d'urbanisme.

1340

Madame Champagne, est-ce que je peux vous appeler au micro? Madame Sylvie Champagne représente l'arrondissement Ville-Marie. Alors, est-ce que vous pourriez nous informer ou informer monsieur sur la suite des choses.

Mme SYLVIE CHAMPAGNE :

1345

En anglais?

LA PRÉSIDENTE :

1350

Si vous pouvez le faire.

Mme SYLVIE CHAMPAGNE :

1355

I can talk in English. I'm from the borough of Ville-Marie, I'm Sylvie Champagne and I have worked on the project of the CHUM since the beginning.

1360

Your question is in regards of le PPU du Quartier de la santé, which you saw different presentations in the newspapers this weekend. Actually at the moment, le PPU du Quartier de la santé is a document that we are working on in the borough, it is not submitted yet to a public consultation. It will be eventually submitted to public consultation. So actually, the information you saw in the newspaper is information that was given not by the City of Montreal, not by the borough of Ville-Marie, because all of these documents are still under study and will become public eventually when the studies are completed.

1365

En français...

LA PRÉSIDENTE :

1370

Oui.

Mme SYLVIE CHAMPAGNE :

1375

Je suis de l'arrondissement de Ville-Marie, j'ai participé au projet du CHUM depuis le départ, et ce que je dis, c'est que, tel qu'on l'a mentionné, monsieur Gilles Dufort et moi au deuxième atelier, il y a de la documentation qui est à l'étude actuellement dans l'arrondissement

de Ville-Marie avec les services centraux et éventuellement il y aura une consultation publique qui portera sur ces documents-là, mais actuellement ce sont des documents qui sont à l'étude actuellement.

LA PRÉSIDENTE :

1380

Donc, les informations que monsieur requiert de façon particulière seraient disponibles au moment où le Programme particulier d'urbanisme sera rendu public.

Mme SYLVIE CHAMPAGNE :

1385

Oui.

LA PRÉSIDENTE :

1390

Vous n'avez pas d'idée des délais, du moment où ce sera rendu public non plus?

Mme SYLVIE CHAMPAGNE :

1395

Non.

LA PRÉSIDENTE :

D'accord. Alors merci.

1400

Well, I think that is the only information we can give you tonight.

Alors, si vous voulez bien, on va s'arrêter pour une pause d'une quinzaine de minutes, ensuite nous reprendrons avec la Coalition Un seul CHU.

1405

SUSPENSION DE LA SÉANCE

REPRISE DE LA SÉANCE

LA PRÉSIDENTE :

1410

Nous entendrons maintenant les représentants de la Coalition Un seul CHUM. Docteur Denis Lazure. Bonsoir, docteur Lazure.

M. DENIS LAZURE :

1415

Bonsoir!

LA PRÉSIDENTE :

1420 On est bien contents de vous avoir avec nous. Alors, on vous écoute.

M. DENIS LAZURE :

1425 C'est bien aimable. Alors, je parle au nom d'une coalition, plusieurs membres qui ont fait circuler une pétition qui a été signée par au-delà de 2 000 personnes à date. Ils sont présents ce soir, les dirigeants de la Coalition, monsieur Jean Dorion, le président de la Société Saint-Jean-Baptiste...

LA PRÉSIDENTE :

1430 Bonsoir, monsieur Dorion.

M. DENIS LAZURE :

1435 ... monsieur Mario Beaulieu et monsieur Patrick Sabourin. Alors, il y a des copies du mémoire qui seront disponibles pour ceux qui le désirent et c'est aussi sur Internet.

LA PRÉSIDENTE :

1440 D'accord.

M. DENIS LAZURE :

1445 Alors, la Coalition pour un seul centre hospitalier universitaire s'inquiète des conséquences des dépassements de coûts appréhendés pour la construction de deux mégahôpitaux à Montréal. La coalition estime que les besoins en santé ne justifient pas la construction de deux mégacentres dans un périmètre de quelques kilomètres et que les ressources financières du gouvernement sont insuffisantes pour mener à terme ces deux projets gigantesques.

1450 Un seul CHU, notre groupe propose donc dans un premier temps que ne soit construit que le CHUM et que soit imposé un moratoire sur la construction du McGill University Health Centre. La coalition estime que l'intérêt public serait ainsi beaucoup mieux servi.

1455 L'idée de ne construire qu'un seul méga-CHU n'est pas neuve. Elle a été suggérée à maintes reprises au cours des dernières années, notamment par la Coalition des médecins pour une justice sociale et par celui qui vous parle, en 2001.

1460 Et plus récemment, il y a quelques semaines lors d'un atelier organisé par votre office, le président de l'Ordre des architectes, monsieur Bourassa, affirmait que la construction de

deux mégahôpitaux en même temps n'a pas de sens – je le cite – et contrevient au développement durable. Dans un contexte où il faudra nécessairement couper pour éviter les dépassements de coûts, monsieur Bourassa assure que ce sont les espaces verts et l'intégration urbaine du CHUM qui écoperont en premier.

1465

Soulignons également que des coupures pour éviter les dépassements de coûts affecteraient bien davantage le CHUM que le centre McGill, puisque celui-ci peut compter sur un volumineux fonds de dotation pour compléter le budget restreint.

1470

À ces préoccupations, il faut ajouter celles que doivent susciter les dépenses que vont entraîner les changements de vocation des bâtiments, et ça c'est rarement invoqué.

1475

Je rappelle, pour les gens qui l'auraient oublié, que le projet de McGill vise à remplacer ou à consolider sept hôpitaux actuels, le Royal Victoria, le Montreal General, le Montreal Children, l'Institut neurologique de Montréal et le Centre hospitalier thoracique, alors que Montréal, le CHUM veut grouper Hôtel-Dieu, Saint-Luc et Notre-Dame.

1480

Ce recyclage des bâtiments, dont on ne connaît pas le sort, moi, ça m'afflige beaucoup, ça afflige la coalition que personne parmi les gens responsables, que ce soit la Ville ou au ministère ou au gouvernement du Québec, ne s'inquiète de ce qui va arriver à ces huit hôpitaux en question. On ne sait pas. On ne sait pas ce qui va arriver et on ne sait pas, s'ils vont être recyclés, comment ils vont être recyclés.

1485

On entend des rumeurs que tout ce qui est l'immense terrain du Royal Victoria ferait un superbe site pour des condos de grand luxe. Ça, on entend ça. Mais je pense qu'il faut, quand on parle des coûts exorbitants de ces deux mégahôpitaux, il faut prendre en compte aussi les coûts des transformations des hôpitaux qu'on veut remplacer.

1490

La dispersion des surspécialités entre McGill et Montréal empêchera le développement sous un même toit de l'ensemble des expertises. En pédiatrie, par exemple, le rapport des docteurs Bernard et Dufresne a déjà démontré que, étant donné la baisse du taux de natalité et de la durée d'hospitalisation, il n'y a plus de masse critique au Québec pour justifier deux hôpitaux pédiatriques universitaires offrant tous les services. Il faudra donc procéder à un partage entre les spécialités entre Sainte-Justine et le Montreal Children, qui, je le rappelle, sera intégré au mégahôpital McGill.

1495

1500

On sait très bien qu'à l'amiable, les consultations, les négociations n'ont pas abouti, autant du côté des enfants que du côté des adultes. Autrement dit, dans le Grand Montréal, on est en présence de deux communautés qui veulent avoir chacune son mégacentre hospitalier avec toutes les surspécialités, alors qu'on sait bien que pour une population comme celle du Grand Montréal, c'est vraiment une politique de grandeur qui dépasse non seulement les moyens du Québec mais aussi les besoins de la population. On n'a pas besoin de deux grands centres hospitaliers qui chacun va offrir des services de pointe extrêmement spécialisés.

1505 Le Collège des médecins, par la voix du docteur Yves Lamontagne, lors d'une intervention en commission spéciale de l'Assemblée nationale, disait récemment, McGill, et je le cite:

1510 *McGill va réussir à avoir son centre ultraspécialisé à part, puis laissez-moi vous dire que d'ici dix ans, les kings...*

– c'est son expression –

... ça va être eux autres. Puis ça, c'est ça que je vais un peu craindre comme francophone.

1515 Construire le CHUM en priorité permettrait de concentrer graduellement les surspécialités dans ce mégahôpital en évitant entre celui-ci et McGill une guerre de tranchée qui nuirait au développement de la médecine spécialisée dans son ensemble. Il est absurde d'exiger d'un hôpital moderne et à la fin pointe de la technologie, qu'on a construit précisément pour concentrer les services sous un même toit, qu'il cède la moitié de ses champs d'expertise les plus prestigieux.
1520 C'est un nouveau CHUM fonctionnant au maximum de son potentiel et en mesure de fournir l'ensemble des services dont les Québécois ont besoin.

Pourquoi suggérons-nous la construction en priorité du CHUM et non celle de McGill? Dans un contexte où la pénurie de médecins spécialistes et omnipraticiens se fait cruellement sentir au Québec, il est impératif d'investir là où ça compte. McGill fournit moins de 10 % des
1525 médecins exerçant au Québec actuellement, moins de 10 %, puisque la majorité d'entre eux, légère majorité mais quand même une majorité, s'exile où vont à l'extérieur du Québec.

À l'opposé, l'Université de Montréal a formé près de 40 % des médecins pratiquant au Québec et ces médecins sont les meilleurs au pays, selon le Conseil médical canadien, de par le résultat de leurs examens. Rappelons que 29 % des Québécois n'ont toujours pas accès à un
1530 médecin de famille.

Alors, que le taux d'exode des médecins des universités de langue française oscille entre
1535 5 % et 15 %, celui de McGill avoisine 50 % et en faveur de l'Ontario et des États-Unis ou d'autres provinces du Canada.

Dans une publicité récente publiée dans *La Presse*, la Ligue des femmes du Québec résumait ainsi la situation, et là vous pourrez voir les chiffres, la grande majorité des membres du
1540 Collège des médecins, des membres de l'Ordre des dentistes, des bacheliers de l'Ordre des infirmières, des pharmaciens, etc., sont des gradués de l'Université de Montréal.

Soulignons également que la population est largement défavorable à la construction de deux CHUM. Année après année, les sondages démontrent que le niveau d'appui aux deux
1545 projets est très faible, environ 30 %, c'est dire à quel point les Québécois ne sont pas désireux d'investir plus de 3.6 G\$ dans cette double aventure, sans compter les dépassements habituels,

qui sont autour de 50 %, ce qui nous mène au-delà de 5 G\$.

1550 Je vous ferais remarquer qu'il y a à peine deux ans, le ministre de la Santé, monsieur Couillard, annonçait que le gouvernement n'allouerait pas plus que 800 M\$ pour chacun des deux projets. Deux ans, deux ans et demi après, on est rendus à 1,8 G\$ et rien n'est commencé encore.

1555 Alors, il ne s'agit pas de prôner le délaissement de la recherche de pointe, mais il s'agit de voir que les vrais besoins sont ailleurs. La grande majorité des Québécois réclament de meilleurs soins de première et deuxième lignes, des investissements dans les services de soins à domicile, dans les centres hospitaliers de soins de longue durée. Pourtant, on s'apprête à engloutir des milliards de dollars dans du béton constituant non pas une mais deux technopoles de la santé. Pouvons-nous payer pour deux technopoles de la santé? L'argent économisé dans le
1560 béton pourrait ainsi mieux être utilisé dans le financement de la recherche et pour la formation des futurs médecins.

En conclusion, nous proposons la construction d'un seul méga-CHU. Celui-ci pourrait desservir à la fois l'Université de Montréal et l'Université de McGill dans le cas des surspécialités, dont la concentration en un seul lieu est nécessaire. Les aménagements pourraient être faits pour que les professeurs de McGill puissent y enseigner en anglais. Voilà un projet réellement emballant et inclusif, qui aurait le mérite à la fois de rapprocher les deux communautés et de nous faire économiser des sommes très importantes.
1565

1570 Les responsables du méga-CHUM doivent comprendre que la construction de celui-ci ne se fera pas en vase clos, qu'elle sera soumise aux contraintes budgétaires.

La construction parallèle du méga-CHUM de McGill est une menace à la prospérité et au développement du méga-CHUM. Plus encore, c'est une menace au développement de la médecine au Québec qui souffrira longtemps d'une embardée financière comme celle qui se profile dans ce dossier, sans parler des privations que subiraient les régions du Québec en matière de reconstruction, de rénovation, de construction de centres hospitaliers, qui seraient pénalisées pendant des générations.
1575

1580 Il n'y a donc pas de place à Montréal pour deux technopoles de la santé. Et surtout, ce ne sont pas là des services les plus prioritaires pour la population. Merci.

LA PRÉSIDENTE :

1585 Merci, docteur Lazure. Alors, écoutez, dans un premier temps, docteur Lazure, je vous dirais, et vous devez le savoir, que la Ville de Montréal, et en particulier l'arrondissement Ville-Marie, a déposé un projet de règlement définissant l'encadrement qui permettrait l'implantation du CHUM au centre-ville. Et on en est à consulter le public sur ce projet de

règlement qui permettrait l'implantation du CHUM au centre-ville.

1590

Dans votre mémoire, à la page 5, vous nous dites que les questions de recyclage des bâtiments, qui sont rarement évoquées, pourraient entraîner des sommes considérables en plus de poser des problèmes d'urbanisme, sur lesquels la réflexion publique est quasiment inexistante, et que ça ferait peser finalement sur le centre-ville ou l'arrondissement en général, ou peut-être encore plus largement, vous ne le précisez pas, le risque d'un véritable désastre d'aménagement urbain.

1595

Est-ce que vous pourriez développer un peu votre pensée sur ce véritable désastre d'aménagement urbain auquel vous pensez.

1600

M. DENIS LAZURE :

Bien, écoutez, quand on envisage que le projet du CHUM - on sait déjà par les mémoires qui vous ont été déposés ces derniers jours, notamment par le président de l'Ordre des architectes, que seul ce projet-là en lui-même va provoquer des problèmes considérables d'aménagement de circulation, sans parler de l'environnement plus écologique.

1605

Mais si on ajoute à ça le destin futur, qui reste toujours un mystère, à la fois de Notre-Dame, de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Luc comme on les connaît, mais aussi des cinq autres hôpitaux, Royal Victoria, Montreal General, le Montreal Children et Thoracique et l'Institut neurologique, toutes ces huit institutions hospitalières sont dans un périmètre très restreint du centre-ville de Montréal. Alors, imaginez non seulement la construction du CHUM dans le vrai centre de Montréal, mais en plus la rénovation ou le réaménagement autrement des autres hôpitaux en question, déjà vous avez un chambardement considérable dans une périphérie, un centre-ville très restreint.

1610

1615

LA PRÉSIDENTE :

Donc, c'est la transformation de ces bâtiments-là que vous appréhendez, jusqu'à un certain point.

1620

M. DENIS LAZURE :

Oui.

1625

LA PRÉSIDENTE :

Que vous qualifiez de véritable...

1630 **M. DENIS LAZURE :**

Oui. Et je pense que c'est justement pour ça que les autorités n'ont même pas le courage de dire ce qu'elles veulent faire de ces hôpitaux-là. On ne le sait pas. Moi, je trouve ça extraordinaire qu'on va investir entre 4 et 5 G\$, c'est l'investissement du siècle pour le Québec, les fonds publics, sans qu'on sache ce qui va arriver des huit institutions qui sont là et qui desservent très bien déjà la population de Montréal.

Moi, je pense que ce sont deux projets qui relèvent de la politique de grandeur de gens qui ne sont pas vraiment ancrés vers les besoins quotidiens de la population de Montréal. Je pense que si on parle... bon, nous, on demande, au moins qu'on ne les fasse pas tous les deux ensemble et qu'on donne priorité au CHUM.

Parce qu'une des raisons, c'est que, à part celles qui ont été évoquées dans le mémoire, du côté anglophone, on a qu'à regarder le Montreal General, qui a à peine 50 ans, cet hôpital-là, c'est un hôpital neuf qui a à peine 50 ans, l'Institut neurologique a des pavillons tout nouveaux. J'ai participé moi-même à l'inauguration, il y a 22, 23 ans, d'un pavillon tout nouveau à l'Institut neurologique. Il y a plein de pavillons nouveaux.

C'est la même chose du côté français, de toute façon. À Notre-Dame, c'est la même chose. Mais arrêtons-nous. Je pense que les installations hospitalières actuelles du côté de McGill sont encore plus récentes, moins vétustes, si on veut, que celles de l'Université de Montréal.

Et un des dangers aussi, c'est que McGill draine de plus en plus des médecins spécialistes qui ont été formés ailleurs qu'à McGill, à Laval, Sherbrooke ou Montréal, et on les amène du côté de McGill avec de très belles conditions de travail, parce qu'il y a plus d'argent du côté de McGill évidemment.

Les fonds de dotation de McGill sont infiniment supérieurs à ceux de l'Université de Montréal. Ça, tout le monde le sait. Et ce n'est pas parce que les Québécois francophones sont moins généreux, c'est parce que les Anglophones ont pendant des générations détenus les pouvoirs économiques et les pouvoirs financiers. Alors, si on construit les deux en même temps, on risque de manquer de médecins francophones du côté de Montréal.

1665 **LA PRÉSIDENTE :**

On a l'impression en lisant le mémoire, docteur Lazure, que vous vous adressez autant, sinon plus, au gouvernement du Québec qu'au maire de Montréal. Si vous aviez à traduire votre message pour le maire de Montréal ou pour les élus de Montréal, qu'est-ce que vous diriez?

1670

M. DENIS LAZURE :

1675 Moi, je dirais au maire de Montréal: «Si vous voulez éviter, l'expression vulgaire, le
bordel, si vous voulez éviter un désordre dans la circulation et dans la vie quotidienne pour les
Montréalais pendant des années et des années, si vous voulez éviter des congestions
épouvantables, le mécontentement de la population, des soubresauts épouvantables aussi dans
les habitudes des gens qui se rendent aux cliniques, que ce soit du côté francophone ou
anglophone, de grâce n'en faites qu'un à la fois. Faites-vous un programme échelonné sur
plusieurs années.»

1680

Et McGill, avec toutes les installations qu'ils ont déjà, peuvent très bien attendre dans un
deuxième temps pour avoir leur propre mégahôpital qui, au fond, ne s'adresse en principe qu'à 12
% de la population.

1685 **LA PRÉSIDENTE :**

C'est très clair, docteur Lazure. Je vous remercie infiniment de votre contribution. Merci.

M. DENIS LAZURE :

1690

Merci.

LA PRÉSIDENTE :

1695

Est-ce que les gens du Regroupement des artistes autogérés du Québec sont arrivés?
Oui. Monsieur Bastien Gilbert, bonsoir. Alors, monsieur Gilbert, vous allez nous présenter la
personne qui vous accompagne.

M. BASTIEN GILBERT :

1700

La présidente du Regroupement des centres d'artistes autogérés, Marie-Josée Lafortune,
qui est aussi directrice d'un centre d'art contemporain à Montréal.

LA PRÉSIDENTE :

1705

Bonsoir, madame Lafortune.

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

1710

Bonsoir.

LA PRÉSIDENTE :

1715 Alors, écoutez, on a vingt, vingt-cinq minutes avec vous. À vous de décider comment vous voulez qu'on travaille, comment vous voulez présenter votre mémoire et puis on utilisera le temps qu'il reste pour les questions. On vous écoute.

M. GILBERT BASTIEN :

1720 On a fait un court mémoire quand même où on voulait soulever un certain nombre de questions. On vous a fait parvenir le document.

LA PRÉSIDENTE :

1725 Oui.

M. GILBERT BASTIEN :

1730 Vous l'avez en main. On aura quelques autres documents à rajouter après la présentation, si vous permettez.

LA PRÉSIDENTE :

1735 D'accord, oui.

M. GILBERT BASTIEN :

1740 En fait, on voulait soulever trois questions dans cette construction de cet immense hôpital et en soulignant que ça soulevait quand même un certain intérêt chez les artistes et ça soulevait aussi certaines pistes de réflexion qu'il pourrait être intéressant de vous communiquer.

1745 Alors, trois questions qu'on veut soulever dans ce mémoire. Premièrement, qu'est-ce qu'il adviendra de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement? La Politique dite du 1 %.

LA PRÉSIDENTE :

1750 Vous voulez parler directement dans le micro? On a de la difficulté à vous entendre.

M. GILBERT BASTIEN :

Ah! c'est la même chose?

LA PRÉSIDENTE :

1755

Oui. Voilà.

M. GILBERT BASTIEN :

1760

Bon, alors on recommence. Donc, on voulait vous faire part d'un certain nombre de pistes de réflexion et de l'intérêt que soulevait quand même cette construction.

Et trois questions étaient soulevées dans notre mémoire. Qu'est-ce qu'il adviendra de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement? La politique du 1 %.

1765

Deuxièmement, est-ce qu'on a envisagé la possibilité que l'expertise des artistes professionnels soit mise à contribution dès la conception du projet d'hôpital et en tant que professionnels en résidence? Un point qui sera traité par ma collègue.

1770

Et enfin, comment la Ville de Montréal entend-elle contribuer à l'expression artistique locale dans l'environnement d'un quartier qui sera fortement touché par un bâtiment aux dimensions que je qualifie là-dedans de dimensions quasi éléphantesques. Probablement plus que ça encore.

1775

Alors, on est là pour soulever des questions et espérer recevoir des réponses constructives.

1780

Concernant la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement, nous n'ignorons pas que c'est une politique et donc ce n'est pas une loi, et à laquelle d'ailleurs, cette loi, seules les constructions qui sont gérées par le ministère de la Culture et des Communications doivent se soumettre, une loi du gouvernement du Québec. Pour tous les autres ministères et organismes gouvernementaux, l'application de cette politique demeure facultative.

1785

Toutefois, depuis que cette politique a été mise en place, il existe un consensus pour que l'ensemble des constructions gouvernementales se soumette à cette politique, en bonne partie d'ailleurs grâce aux efforts et à la vigilance des responsables de cette politique au ministère de la Culture et des Communications. Donc, le secrétariat de la politique du 1 % est chargé de convaincre les ministères, les organismes d'appliquer ladite politique et il y réussit fort généralement.

1790

On comprend donc que rien n'oblige actuellement les promoteurs privés d'une construction qui sera louée à un service gouvernemental d'appliquer cette politique du 1 %. Vous comprendrez donc l'inquiétude des artistes en arts visuels qui se verraient retirer l'accès à une production d'oeuvres importantes si ce PPP devait refuser de se conformer volontairement à la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement.

1795

1800 On a essayé d'évaluer la valeur de ces oeuvres d'art. On parle d'un projet de 1,5 G\$. Dans cette perspective de la politique du 1 %, seuls les coûts de construction sont applicables. Si on dit qu'il y en a pour 1 G\$, même si on parle de politique du 1 %, d'ailleurs, dans des projets qui dépassent 5 M\$, ce n'est pas 1 % qu'on demande au promoteur de prévoir pour les oeuvres d'art, c'est 0,5 %, donc ceci étant dit, on pense qu'il y aurait environ pour 5 M\$ d'oeuvres d'art qui pourraient être achetées, produites, commandées par des artistes professionnels de Montréal ou du Québec.

1805 On pense aussi que ces constructions-là, puis on ne parle même pas ici de la construction de McGill, mais que ces constructions-là sont peut-être parmi les dernières grandes constructions gouvernementales. On pense qu'il y aura moins d'écoles à construire peut-être. Et donc, ce projet-là nous apparaît encore extrêmement important pour les artistes en arts visuels.

1810 Nous comprenons que le gouvernement du Québec utilise des projets en PPP afin de réaliser des économies sans engager les fonds de l'État dans la construction d'édifices dont il sera locataire pour une période déterminée avant d'en devenir le propriétaire.

1815 C'est précisément cette future possession publique des édifices du CHUM qui nous fait souhaiter que la Politique d'intégration des arts à l'architecture s'applique à ce type de projet, puisque l'État sera de toute façon propriétaire à plus ou moins long terme de cet hôpital.

1820 Donc, notre question et notre souhait et nous aimerions obtenir des réponses à ce sujet-là: est-ce que le gouvernement du Québec devra modifier sa Politique d'intégration des arts à l'architecture pour inclure des promoteurs de PPP?

1825 D'autre part, quel sera le rôle de l'Agence des partenariats publics-privés pour inciter les futurs promoteurs à inclure la réalisation d'oeuvres d'art? Et quelle garantie peut-on obtenir que, en fait, des projets en partenariat public-privé ne signifie pas un retour aux années sans art?

Donc, c'est des questions qu'on soulève sur cette question du 1 %, comme on l'appelle, même si c'est 0,5 % probablement qui s'appliquerait dans ce cas-là si on appliquait strictement la Politique d'intégration des arts à l'architecture.

1830 Je passe la parole à ma collègue.

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

1835 Alors, on s'est quand même appuyés sur d'autres exemples de par le monde pour montrer qu'il y a des réalisations qui se font aussi dans des milieux hospitaliers, mais aussi dans d'autres types d'édifices qui font appel à des artistes et que les oeuvres qui sont intégrées dans ces institutions-là ne sont pas uniquement non plus... ne relèvent pas de la décoration uniquement dans un hall d'entrée.

1840 Il y a de plus en plus d'oeuvres de pratique de la part d'artistes qui s'intègrent vraiment dans un processus qui va plus dans un lien social et qui finalement font un pont entre l'institution, qui devient un peu comme un commanditaire, avec un médiateur qui est un spécialiste du milieu des arts visuels, et un artiste qui est choisi par un médiateur pour remplir une commande qui est à ce moment-là donnée par l'institution.

1845 Donc, à ce moment-là, c'est des projets plus à long terme, qui fait que c'est un cahier de charge que vous établissez. Et vous avez à ce moment-là pas une oeuvre qui vous aboutit comme ça, comme étant une décoration dans un hall d'entrée, mais un processus de concertation avec des artistes qui sont spécialisés dans ce domaine et dont on fait part dans le dépôt de ce mémoire.

1850 Il y a quelques exemples qui justement dépassent beaucoup ce qui pourrait être simplement l'utilisation de l'art comme de la technique thérapeutique. Parce que, bon, il y a quand même des comités récréatifs dans chacune des institutions qui s'occupent du bien-être des patients. Mais ces oeuvres-là deviennent différentes, parce que c'est tout un processus d'intégration et d'identité aussi avec l'institution et l'hôpital et les différents intervenants qui y travaillent.

1855
1860 Donc, en sachant très bien que les arts sont très limités, que les préposés sont pris avec beaucoup de charges, avec beaucoup plus de temps à donner à des tâches qu'à des patients, donc il peut y avoir à ce moment-là une forme palliative, d'une certaine façon, d'avoir un artiste qui serait en résidence pour une plus longue durée.

1865 Donc, il y a des exemples aux Pays de Galles où il existe un programme de résidences d'artistes de longue durée dans les hôpitaux, dont les effets sur l'art ou les résidents des hôpitaux peuvent être combinés et utilisés pour faciliter le séjour en hôpital.

1870 Mais moi, je vous parlerais un peu de quelque chose qui déborde un peu du mémoire et dont je connais un peu les retombées, parce que je travaille présentement avec une des médiatrices du programme des commanditaires de la Fondation de France, la Fondation de France, c'est une fondation qui veut réactualiser une pratique qui est peu reconnue, qui est le mécénat, et qui, à partir d'une fondation générale, en fin de compte, se rend compte de l'importance de renforcer le lien social.

1875 On a des ajouts visuels, probablement qui n'ont pas été déposés...

LA PRÉSIDENTE :

1880 Non.

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

1885 ... avec le mémoire, où là vous avez vraiment des réalisations fort intéressantes et qui parlent de choses tout aussi difficiles aussi à mettre en image que la mort des gens qu'ils vivent quotidiennement. Parce que dans des hôpitaux, comme dans des centres de longue durée, je peux vous en parler parce que ma mère est à l'Institut universitaire de gériatrie, je sais très bien qu'on côtoie la mort en tout temps.

1890 Et d'une certaine façon, dans la Fondation de France, dans les exemples que nous déposerons, il y a des oeuvres qui sont justement, en fonction un peu pour ceux qui sont les parents, une forme d'accompagnement aussi pour vivre ces moments.

1895 Et la Fondation, juste pour dire en général, le modus vivendi de la Fondation de France, c'est que vu que dans les sociétés les projets technologiques s'accroissent en modifiant profondément les relations entre l'homme et son environnement, la culture et l'art en particulier deviennent des facteurs déterminants de développement.

1900 Et donc, à ce moment-là, les productions d'oeuvres peuvent devenir des lieux plus de formation qui enrichissent un patrimoine public culturel, et ils accompagnent aussi des changements qui sont en mouvement et qui reflètent aussi la spécialisation et puis l'identité même de l'institution qui reçoit ces oeuvres-là.

1905 Donc, ça déborde beaucoup la murale décorative et ce sont des pratiques qui s'inscrivent à ce moment-là beaucoup plus dans la durée et puis il peut avoir des étapes vraiment... ce n'est pas à la première rencontre, ça se fait sur plusieurs rencontres.

1910 Il y a également, rapidement à titre d'exemples, on a cité au Manitoba aussi un groupe d'artistes qui ont mis sur pied le Manitoba Artists in Healthcare. Puis au Québec, il y a quand même un collectif d'artistes qui s'appelle *Farine orpheline cherche un ailleurs meilleur*. C'est un collectif d'artistes de Montréal qui a vécu, en 2001, une résidence de neuf mois, qui a été appelée *HLHL Symptômes et prélèvements* à l'hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine.

1915 Donc, cette possibilité de résidences et de productions d'oeuvres est limitée toutefois par la situation des patients. Mais comme je vous expliquais, on peut toujours avoir une ouverture, quand vous avez une institution qui veut à ce moment-là qu'une oeuvre, enfin une pratique d'artiste s'intègre d'une autre façon et qu'il y ait d'autres formes de réalisation à l'intérieur même de l'institution. Mais c'est sûr que ce n'est pas des pratiques qui veulent devenir une distraction. C'est plutôt des pratiques qui veulent d'une certaine façon illustrer... sans illustrer, mais accompagner les patients, les gens qui vivent leur derniers jours souvent dans des lieux où vous êtes confiné la plupart du temps à votre lit.

1920 Et évidemment, le personnel soignant ne peut pas être sollicité. Donc, il n'est donc pas

1925 question évidemment d'ajouter une sollicitation supplémentaire à celles et ceux qui reçoivent des soins aigus. Cependant, pour les patients qui reçoivent des soins de longue durée, l'apport artistique est généralement bienvenu tant de leur part que celle du personnel soignant.

1930 Sans connaître précisément la portée des soins offerts par le futur CHUM, si ce type de soins devait être offert, il serait bon de profiter de cette occasion de systématiser la place des artistes dans un tel cadre.

1935 Nous souhaitons aussi que parmi les concepteurs de cet hôpital soient inclus des artistes, qu'ils soient invités à réfléchir à cet hôpital du XXI^e siècle avec les avancées que d'autres lieux ont produites en relation avec l'art.

1940 Les effets positifs sur la santé ou le moral des patients, lorsqu'ils sont en contact avec l'art, sont documentés dans d'autres régions. Ils méritent d'être examinés lorsqu'on cherche des solutions alternatives aux coûts énormes des soins de santé en 2006 et à l'ampleur qu'ils prendront dans le futur avec la population vieillissante. On n'a pas le droit de laisser passer l'hypothèse d'une solution autre et qui pourrait s'avérer extrêmement rentable à tous points de vue.

1940

M. GILBERT BASTIEN :

1945 Donc, notre troisième question, c'était un peu quel est le rôle de la Ville de Montréal et de l'arrondissement, quel rôle entendent jouer la Ville et l'arrondissement autour de cet édifice, autrement dit quelle sera son intégration dans le quartier tant de la part de l'arrondissement Ville-Marie que de la Ville de Montréal.

1950 On sait que tous les deux ont des programmes d'achat ou de réalisation d'arts publics qui pourraient être mis à contribution pour maximiser donc l'impact artistique de ce projet. Non seulement le gouvernement du Québec à l'intérieur de la construction ou à l'extérieur, mais la Ville aussi doit envisager d'intégrer l'art quelque part dans ce projet pour le rendre plus potable pour les habitants du quartier.

1955 Alors, quelles interventions sont envisagées par les différents services pertinents à cette question? Quelles collaborations seront mises de l'avant? Comment les habitants de ce quartier seront-ils intégrés dans d'éventuels projets d'art? Autant de questions que les autorités concernées ne doivent pas manquer d'examiner et de soulever dans le cadre du projet du CHUM.

1960 Je voulais rappeler quelques engagements qui ont été pris par la Ville de Montréal dans sa Politique de développement culturel 2005-2015 et rappeler donc les engagements 21, 28, 29 et 33 qui nous apparaissent particulièrement pertinents. À l'article 21, il est écrit que:

1965

La Ville instituera un mécanisme administratif permanent de coopération entre les milieux culturels et les instances de la Ville afin de s'assurer que les dossiers stratégiques d'intérêt commun fassent l'objet d'échanges réguliers et d'un suivi approprié.

1970

Si ce mécanisme n'existe pas, l'occasion est belle de l'instituer et d'aider les milieux culturels à ce que le projet de construction du CHUM ne perde pas de vue les intérêts de l'art et de la culture.

Toujours dans la Politique de développement culturel, on peut lire que:

1975

La Ville se fixe comme objectif d'intégrer non seulement dans son Plan d'urbanisme et ses politiques, mais également dans l'ensemble de ses interventions quotidiennes, une préoccupation constante d'harmonie, de recherche de qualité ainsi que de valorisation des arts, de la culture et du patrimoine. Cette intégration sera facilitée par l'ajout de designers et d'artistes dès la conception des projets.

1980

On comprend que le projet du CHUM, quant à lui, est un projet du gouvernement québécois, mais l'énoncé précédent nous indique aussi la part que la Ville peut prendre dans tout projet de développement sur son territoire. Intégrer donc des artistes dès le développement d'un projet est en effet une avancée que nous demandons dans le cadre de la construction du CHUM.

1985

Nous sommes d'autant plus incités à demander cet appui de la Ville quand l'article 33 de la Politique de développement affirme que:

1990

Les élus de la Ville s'engagent à assumer le leadership et la promotion de l'action montréalaise en développement culturel, tant dans leur arrondissement qu'à l'échelle de la Ville, ainsi qu'auprès de leurs homologues siégeant aux commissions scolaires, à la Communauté métropolitaine de Montréal, à l'Assemblée nationale et à la Chambre des Communes.

1995

Montréal ne s'interdit donc pas d'intervenir de toutes les façons dans son développement culturel.

Voilà ce qu'on avait à énoncer aujourd'hui sur cette question de - j'allais dire de l'art à l'hôpital.

LA PRÉSIDENTE :

2000

Alors, merci, madame Lafortune, monsieur Gilbert. Je vais céder la parole à ma collègue madame Bourgeois pour les premières questions.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

2005 Voici, je vous entends formuler le souhait que tout le projet soit assujéti à l'application de la formule du 1 %. Votre souhait est très clair. Cependant, je vous entends, et c'est ce que je voudrais vérifier avec vous, que vous souhaitez peut-être une formule d'application moins conventionnelle que la statue en face du bâtiment.

2010 Et si je décode, peut-être je fais un petit peu du pouce sur l'idée et c'est ce que je veux valider avec vous, est-ce que je peux interpréter vos propos comme étant la suggestion de la mise en place d'un certain fonds de dotation dont les revenus permettraient sur une base annuelle de procéder à des activités de nature artistique à l'intérieur de l'hôpital? Est-ce que j'ai correctement compris?

2015

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

2020 C'est-à-dire que dans la politique du 1 %, il y a aussi une ouverture pour ce genre d'intervention par des artistes. Il y a des exemples d'une artiste qui a été faire du tricot pendant très longtemps dans un foyer pour personnes âgées et ça a passé à travers la politique du 1 %. Donc, la politique elle-même commence à avoir une certaine ouverture en fonction des pratiques aussi qui se diversifient.

2025 Mais l'idée d'un fonds de dotation de la part d'une entreprise qui serait PPP, donc gouvernement et privé, n'est pas mauvaise non plus à long terme, je crois.

LA PRÉSIDENTE :

2030 Est-ce que vous l'aviez cette idée-là?

2030

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

2035 C'est le genre de chose que soudainement... probablement aussi quelque chose qui serait très bienvenu, même pour la communauté. Alors, ce serait un levier économique assez... bien, pas levier, enfin, un mécénat, probablement un geste philanthropique très singulier, même qui se distinguerait de la politique du 1 % aussi de la part d'une institution hospitalière.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

2040 Mon intention, ce n'est pas du tout l'idée de vous mettre des mots dans la bouche, mais c'est parce que je veux comprendre. Typiquement, la politique du 1 % vise un geste ponctuel, quelque chose qui est fait une fois. Alors, il y avait une madame qui fait du tricot; mais un coup qu'elle a tricoté, elle a fini de tricoter.

2045 Donc, c'est ça, je veux comprendre si votre objectif, c'est de rejoindre ce qu'on pourrait

appeler la pérennité quand même de l'oeuvre d'art qui va être là pour des générations futures.

M. GILBERT BASTIEN :

2050 Quand on parle du 1 %, je lisais dans ce projet du CHUM, ça peut aller jusqu'à... il pourrait y en avoir pour 5 M\$.

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

2055 Mais c'est pour ça, oui. C'est un gros chiffre là.

M. GILBERT BASTIEN :

2060 On vient d'avoir l'exemple, par exemple, de la Grande bibliothèque. Si ma mémoire est bonne, il y en avait pour 500 000 \$. Et donc, on a commandé quatre ou cinq oeuvres dans des cadres tout à fait différents. Et donc, la même chose pourrait s'appliquer dans cet hôpital. On ne parle pas d'une oeuvre ici de 5 M\$, ça nous étonnerait.

2065 Le seul équivalent qu'on a de ça à Montréal actuellement, c'est l'Homme de Calder. On n'en demande pas tant pour le moment. Mais à tout le moins que cette somme-là puisse, en effet, être utilisée à une diversité de réactions ou de créations artistiques dans le cadre de cet hôpital, soit pour un mode plus décoratif, soit sur ce mode qu'on appelle d'intervention artistique à l'hôpital ou même des résidences de longue durée.

2070 Quant aux résidences elles-mêmes, votre question sur les dotations est intéressante. On n'y avait pas pensé. Enfin, moi, je n'y avais pas pensé et je ne l'avais pas incluse, quant à moi, dans le 1 %. Il me semblait qu'elle devait venir ensuite d'autres projets que l'hôpital pourrait être appelé à développer.

2075 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

2080 Là, vous venez de mentionner les soins de longue durée. Je vais faire attention de ne pas interpréter à votre place, mais est-ce que vous êtes en train également de formuler la recommandation que l'enveloppe destinée aux arts puisse être utilisée dans d'autres institutions pourvu que ce soit des institutions de santé? Parce que je ne pense pas que le CHUM a une vocation de centre de soins de longue durée.

M. GILBERT BASTIEN :

2085 Non.

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

Non, non, non, absolument pas, non.

2090 **Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :**

Maintenant, mon autre question, c'était de vous demander si vous aviez fait la vérification de l'applicabilité d'un programme plus souple au niveau de la loi du 1 %. Si j'ai bien compris, vous avez dit que vous aviez des exemples en main, mais sans avoir quand même fait une étude rigoureuse sur le plan juridique.

2095

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

Pas une étude rigoureuse, mais étant public, ils publient quand même un catalogue des oeuvres qui ont été réalisées du 1 %. Puis ce dont je vous parle, c'est une artiste qui s'appelle Deborah Newmark et ça doit dater au moins de deux, trois ans. Alors, c'est facilement retraçable dans les archives même de la politique du 1 %.

2100

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

2105

D'accord, ça marche.

LA PRÉSIDENTE :

2110

Monsieur Wolfe.

M. JOSHUA WOLFE, commissaire :

Oui. Vous avez mentionné, vous avez parlé dans le texte vouloir que l'expertise des artistes soit mise à contribution dès la conception du projet de l'hôpital. Pourriez-vous nous donner des exemples qu'est-ce que pourrait ajouter un artiste ou des artistes dans la conception d'un hôpital?

2115

M. GILBERT BASTIEN :

2120

On a envie de revenir à nos exemples de la Fondation de France. Par exemple, la commande qu'avait eue un hôpital, je n'ai pas le nom ici, une maternité, c'était donc d'humaniser un peu l'hôpital en question. Ils avaient vraiment demandé... ils voulaient travailler avec des artistes. Ils ne voulaient pas travailler avec des architectes, ils ne voulaient pas travailler avec des designers, ils voulaient travailler avec des artistes en arts visuels.

2125

Donc, la commande venait d'un groupe de l'hôpital. On a donc fait affaire, comme disait Marie-Josée, avec un médiateur culturel qui a suggéré un artiste, et cet artiste a rencontré les gens de l'hôpital. On a discuté, on a trouvé un projet et l'artiste a imaginé quelque chose.

2130

Et ce quelque chose qu'elle a imaginé m'a amusé quand j'ai vu ce qu'elle avait trouvé, elle avait repéré un toit, elle disait: «Les gens passent 80 % de leur temps couchés, soit dans

un lit, soit dans des civières, alors je vais donc m'occuper des plafonds.»

2135 C'est le travail de l'artiste. Donc, elle a fait un travail de peinture. Elle a fait un travail de couleurs principalement au plafond, donc pour améliorer un peu le fait que si on est couchés et on regarde ces grands plafonds plates, bien, ma foi du bon Dieu, au moins une fois dans leur existence l'hôpital est plus humain.

2140 Alors, il y avait ce type de projet donc qui est demandé, comme je disais, à des artistes et non pas à des architectes ou des designers, quoique parfois ils font appel aussi à des architectes ou à des designers. Mais il y avait ce type de projet que j'ai en exemple. Il y en a peut-être d'autres.

2145 **Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :**

Mais souvent, ces artistes-là sont appelés à travailler aussi avec les autres corps de métier qui font partie aussi de la construction. Alors, si vous êtes le moins... pour un jardin, bon, avec un architecte paysager, fait partie de la discussion. Donc, ça ne vient pas se greffer comme quelque chose sur un bâtiment, ça s'intègre vraiment dès les débuts. Alors, il y a
2150 comme une cohérence également à l'intérieur du bâtiment.

Puis souvent, bien, ça évite aussi des frictions qu'on peut avoir dans la politique du 1 %, lorsqu'on doit être l'artiste qui doit débattre de son projet puis vous avez l'architecte devant vous et qui ne veut pas avoir trop de décorations non plus. Puis il y a la fonctionnalité aussi de l'édifice. Il
2155 y a toutes sortes de normes aussi de sécurité et tout. Alors, habituellement, c'est tout pris en compte.

Donc, c'est des gens qui sont habitués aussi de devoir travailler et de faire des
2160 «workshops» avant. Ce n'est pas juste un artiste qui sort de son atelier et qui habituellement, il fait de la sculpture puis, bon, qu'on l'amène dans un autre environnement.

M. GILBERT BASTIEN :

2165 J'ai cet autre exemple de cet artiste chinois. Ceux qui l'avait repéré, enfin demandé, c'est des gens qui travaillaient dans une cafétéria et non pas dans un hôpital, mais dans un... je ne sais plus exactement dans quoi. Alors, ils se plaignaient de leur anonymat à eux. Ils n'étaient pas reconnus, ils n'étaient pas repérés, etc. Alors, ils ont travaillé avec un artiste.

2170 Et cet artiste, finalement, est arrivé à la conclusion qu'il allait faire des portraits de certains des employés de cette cafétéria, lesquels immenses portraits ont été mis à la vue du public. Et plutôt que d'être des portraits de l'administrateur, du président de la bâtisse, du directeur général, etc., donc, pour une fois, c'était des employés ordinaires dont le travail était reconnu. Et ça, c'est du travail d'artiste. C'est ce genre-là.

2175

Mme MARIE-JOSÉE LAFORTUNE :

C'est humaniser finalement l'institution.

2180 **M. GILBERT BASTIEN :**

C'est penser au monde.

2185 **LA PRÉSIDENTE :**

D'autres questions?

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

2190 Peut-être juste une toute dernière.

LA PRÉSIDENTE :

Une petite dernière parce qu'on a expiré le temps.

2195

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

En page 7, vous évoquez l'intégration:

2200 *Comment les habitants du quartier seront-ils intégrés dans d'éventuels projets (...)*

Vous êtes à ce moment-là au niveau de la Ville, de l'intégration des arts. Est-ce qu'il y a encore des exemples, si vous en aviez?

2205 **M. GILBERT BASTIEN :**

Bien, des exemples... dans le cas de la Ville, la Ville a des programmes, sinon d'intégration des arts à l'architecture, du moins des programmes d'arts publics, des commandes d'arts publics. Mais rien n'interdit à la Ville aussi de consulter, de faire quelque chose qui puisse améliorer la vie des habitants du quartier. Qu'est-ce qu'il adviendra d'eux après ou autour, ou avant, ou pendant cette construction-là?

2210

Il me semble que la Ville ne pourra pas, ni l'arrondissement, commander des oeuvres d'art comme ça sans consulter la population autour. C'est un peu de cette façon-là aussi qu'on envisage les choses. Cette collaboration est naturelle quelque part, est plus naturelle aujourd'hui entre l'artiste et les résidants ou les habitants d'un lieu.

2215

Mme MARGUERITE BOURGEOIS, commissaire :

2220 Merci.

LA PRÉSIDENTE :

2225 Merci infiniment de votre contribution. Je vous remercie bien.

M. GILBERT BASTIEN :

Ça nous a fait plaisir. On vous remet quelques...

2230 **LA PRÉSIDENTE :**

D'accord. Remettez ça à la table à l'extérieur.

M. GILBERT BASTIEN :

2235 À l'extérieur?

LA PRÉSIDENTE :

2240 Non, je me trompe, à madame Beaudry. Merci infiniment.

Maintenant, j'invite monsieur Brisset du Groupe en recherche urbaine Hochelaga-Maisonneuve. Si je comprends bien, vous allez nous présenter votre Power Point, monsieur Brisset?

2245 **M. PIERRE BRISSET :**

C'est ça. Je vous présente mon collègue Philippe Côté, quoique vous le connaissez très bien, qui travaille aussi pour le GRUHM, qui va faire une petite présentation au préalable.

2250 **M. PHILIPPE CÔTÉ :**

2255 C'est ça. Je vais faire donc l'introduction. C'est donc de rappeler que le Groupe en recherche urbaine Hochelaga-Maisonneuve existe depuis 1999. C'est un regroupement multidisciplinaire: travailleur social, artiste, architecte et journaliste.

Le GRUHM est intervenu dans la foulée de l'annonce du prolongement de l'autoroute Ville-Marie, mais il est aussi intervenu au point de vue métropolitain aussi bien dans le prolongement de la 30 sur la Rive-Sud qu'à la révision du Plan d'urbanisme de Montréal.

2260

Un des membres, pour le rappeler, de GRUHM, c'était monsieur Alex Kowaluk qui était à la Ville de Montréal et qui est justement un des ingénieurs qui a travaillé à la bretelle de la sortie autoroutière Sanguinet et qui nous rappelait à l'époque que c'était vraiment un échec urbain, même s'il en était l'auteur.

2265

Pour terminer, pour présenter rapidement monsieur Brisset qui est architecte, il est actuellement nommé pour une mention orange par Sauvons Montréal pour l'agrandissement de la mission Old Brewery, qui est justement dans le Quartier de la santé, donc au coin de Craig et Saint-Laurent. Le bâtiment a été rénové tout dernièrement.

2270

LA PRÉSIDENTE :

Merci.

2275

M. PIERRE BRISSET :

2280

Merci, Philippe. Alors, voici, ce que j'ai présenté ici, c'est une mise à jour avec une petite expérience à traverser par ce fameux passage souterrain. Parce que nous, on a toujours cru que, dans le nouvel aménagement du centre-ville avec tous les grands projets qui s'annonçaient, qu'il y aurait une réflexion majeure sur la relocalisation de cette bretelle-là, que maintenant c'est vraiment un malheur que cette sortie existe et enclave la station de métro Champ-de-Mars et l'Hôtel de ville. Et donc, l'accès au Vieux-Montréal à partir de ces stations de métro est vraiment peu fréquenté.

2285

Alors si on fait l'analyse des configurations de bretelles, les images suivent la présentation que vous avez. Ce qu'on voit effectivement en bas de page, c'est les enclaves créées par les bretelles, donc des zones de non-accès qui existent par rapport aux utilisations des riverains. C'est-à-dire que c'est très difficile aménager un bâtiment de l'autre côté des bandes rouges parce qu'il n'y a pas accès facile.

2290

Alors, pour vous faire l'expérience de la sortie du tunnel Champ de Mars, j'ai des images que j'ai ajoutées au mémoire, que j'ai déposées à madame Beaudry, qui effectivement, en partant de la station Champ-de-Mars – malheureusement l'éclairage est un peu fort, alors ce serait difficile à voir – où on voit l'Hôtel de ville qui apparaît au fond, mais tout le monde est dirigé par des clôtures ou des barrières à utiliser un passage.

2295

2300

Alors, comme vous voyez, l'accès, on voit l'Hôtel de ville qui est un bâtiment prestigieux en arrière. On vient juste de quitter la station Champ-de-Mars et puis on va vers l'Hôtel de ville, qui est le bâtiment prestigieux, qui est l'attraction, la porte d'entrée du Vieux-Montréal de ce côté. Et là, soudainement, on est visés à prendre un souterrain.

L'escalier mécanique à votre gauche est désaffecté parce que la Ville de Montréal ne

2305 veut plus le maintenir; ça coûte trop cher. Donc, les gens pour monter, descendre, doivent prendre ces escaliers. Une fois en dessous, c'est très déprimant, comme vous pouvez voir. Ce n'est pas un passage agréable et puis l'odeur d'urine est nauséabonde. C'est une expérience vraiment insupportable.

2310 Alors, là, on remonte l'escalier à l'autre bout pour monter vers l'Hôtel de ville, pas une expérience plaisante pour se rendre à l'Hôtel de ville qui semble être un point d'importance.

Ça, c'est une vue d'un édicule qui sort pour ceux qui veulent aller sur le côté nord de la rue Saint-Antoine. Et on voit l'amas de clôtures qui interdisent les piétons de sortir de l'emprise qui leur est réservée. D'autres clôtures sur la rue Saint-Antoine.

2315 Si cet édifice qu'on voit à l'image, à droite, devient un édifice à 18 étages prestigieux, fait partie du CHUM, il ne serait pas accessible de la rue. Il faut passer derrière des clôtures pour protéger les piétons, pour pas qu'ils soient frappés par des autos qui sortent de l'autoroute Ville-Marie.

2320 Et d'autres clôtures. On voit, au fond, la station de Champ-de-Mars, mais elle n'est pas accessible. Pour accéder à la station Champ-de-Mars, il faut descendre dans les tunnels, passer en dessous et remonter de l'autre côté, pas une expérience agréable pour ceux qui circulent les rues à Montréal. Et ça, c'est l'entrée forcée qu'il faut prendre, passage forcé dans l'édicule parce qu'il n'y a pas d'autres moyens de sortir à ce coin de rue à part de descendre dans l'édicule.

2325 Et encore une fois, quand on approche l'intersection de Saint-Antoine et Sanguinet ou Gosford, on voit l'Hôtel de ville mais on ne peut pas s'y rendre. Il faut retrousser, passer par les tunnels.

2330 De plus, dans les années 70, la Ville a payé une grosse somme pour éliminer l'autre horreur de tunnel qui passait en dessous de la rue Notre-Dame sur la rue Gosford. Je n'ai pas d'image, mais c'était pour améliorer l'approche à l'Hôtel de ville, mais quand même on ne peut pas s'y rendre.

2335 Alors, pour revenir à ce que vous avez devant vous, ce qu'on voit en ligne rouge, c'est la série de clôtures que vous avez vues, d'images ou des interdictions d'accès pour les piétons. Ils ne peuvent pas traverser les rues. Ils ne peuvent pas de la rue accéder le trottoir à cause des clôtures. Donc, il n'y a pas d'arrêt permis pour les autos pour laisser des gens débarquer au bord de la rue parce qu'il y a les clôtures et c'est sur des sorties d'autoroute où on ne permet pas des arrêts.

2340 La boucle qu'on voit plus à gauche de l'image a été traitée dans différents scénarios. Elle va être réduite pour passer entre les rues de Bullion et Saint-Dominique, je crois, tandis que l'autre a été proposée pendant longtemps de tasser la bretelle inférieure, à droite, de la tasser

2345 une baie plus loin et de remettre l'encombrement pour traverser la rue Saint-Antoine avec sa collection de tunnels sur la rue Saint-Denis, pour permettre la sortie autoroutière de façon à se rendre convenablement à la rue Viger et/ou plus loin à la rue Berri.

2350 Il y a eu d'autres propositions. Nous avons proposé, s'il y a besoin d'avoir des bretelles là, ça devrait être plus concentré face à face l'un de l'autre dans la baie entre de Bullion et Saint-Dominique. Alors, donc, s'il y a lieu de mettre des bretelles là, ce serait de les concentrer plus dans une même baie.

2355 Alors, je cite un peu les avantages de mettre de ce côté, dans la même baie. Et j'ai fait une simulation de voir si la concentration était mise à cet endroit-là, les feux de circulation le matin seraient priorisés verts pour permettre la sortie et se rendre sur les voies de véhicule d'urgence vers l'hôpital de la rue Sanguinet. Et le soir, ce serait l'inverse qui serait priorisé.

2360 Par contre, si jamais l'accès devait être seulement réservé pour l'hôpital, pour les ambulances, les bretelles pourraient être modifiées à permettre seulement le passage ambulancier pour se rendre à Sanguinet et vers l'hôpital qui se trouve à votre droite, la rue Sanguinet qui se trouve à votre droite.

2365 Ceci étant dit, j'ai fait quelques simulations d'imagerie, si la bretelle était concentrée dans la même baie et que l'avenue Hôtel de ville était contiguë avec Place Jacques-Cartier, ça ferait un axe nord-sud qui pourrait être continué jusqu'au quartier chinois si la configuration de bretelles se faisait concentrée dans une baie.

2370 Par contre, il y a d'autres considérations pour le réaménagement des bretelles qu'il ne faut jamais oublier, c'est la question que... bon, il y a l'histoire de l'autoroute Bonaventure. Je ne veux pas élaborer là-dessus parce que c'est un peu loin du site, mais surtout la question de ventilation dans les tunnels. Un tunnel de cette envergure-là doit avoir de la ventilation continue de part et d'autre par des tunnels indépendants qui longent le tunnel sur sa quasi longueur.

2375 Il y avait une proposition faite par Projet Montréal et qui est une proposition qui semble être beaucoup en analyse à la Ville de Montréal aujourd'hui, ce qu'on me dit, c'est d'éliminer les bretelles carrément et les renvoyer toutes devant Place Radio-Canada via la rue Panet. Ceci permettrait en outre que les fameuses barrières que vous voyez là disparaissent complètement. La trame urbaine traverserait au-dessus du tunnel et cela permettrait des tunnels de ventilation
2380 dans les voies de rive à droite et à gauche de l'autoroute.

2385 Ce qu'on voit en coupe ici, ça, c'est la situation actuelle. Si l'autoroute est recouverte, il faut retrouver un volume équivalent pour permettre la ventilation des tunnels. Il faut comprendre que la partie tunnel du centre-ville de Montréal avec ses neuf tours de ventilation, toutes les voies de circulation des tunnels auxiliaires à côté pour permettre la ventilation, cette possibilité n'existe pas sur le tronçon entre Place d'Armes et Champ de Mars.

2390 Donc, les tunnels de ventilation qui seraient requis doivent être mis à même la voie rapide. Donc, les voies de rive pourraient devenir les tunnels de ventilation, donc élimineraient la possibilité de conserver les tunnels de sortie Sanguinet. Parce que si on met les tunnels de ventilation de part et d'autre de l'autoroute pour permettre la ventilation qu'il se doit, les voies de rive vont disparaître. Donc, les bretelles en conséquence vont disparaître.

2395 Ceci, c'est au niveau de fonctionnalité du passage souterrain.

2400 D'autres facteurs à considérer, et ça, j'ai lancé une idée, peut-être certains pensent un peu farfelue, mais je parle d'un métro express dans l'emprise de l'autoroute Ville-Marie. Mais comme le docteur a mentionné tout à l'heure, on parle de 5 G\$ pour investissement des hôpitaux. Ce n'est pas le seul 5 G\$ qui existe. Il existe aussi au-delà de 5 G\$ reconstruire les autoroutes à Montréal, telles Métropolitain et l'autoroute Ville-Marie à partir de Ville Saint-Pierre. Toute la section sur pilotis doit être remplacée.

2405 Donc, je dis que si, dans l'axe au sud du Mont-Royal, on parle de reconstruire l'autoroute Ville-Marie parce que la partie sur pilotis est en train de tomber, bien, peut-être qu'il y aura une occasion de revoir un aménagement avec un métro express dans l'emprise de la section qui nous affecte en face de Place d'Armes.

2410 Maintenant, je vous dis tout ceci, ce n'est pas pour vous parler d'un paquet de solutions qu'il y a à venir, mais c'est surtout de dire qu'on ne peut pas se fier sur ce qui a été dit, que l'accès à l'hôpital va se faire par la sortie Sanguinet, parce que les préposés à Transports Québec ont fait un paquet d'analyses et puis maintenant c'est ce qu'il faut pour desservir l'hôpital.

2415 Parce qu'il y a beaucoup d'autres considérations urbaines à prendre, surtout que la bretelle Sanguinet en question était toujours questionnée depuis longtemps et puis il y a eu beaucoup de projets de vouloir la relocaliser. Et je crois que ce n'est pas le moment de dire: «Bon, bien, là, elle ne va plus être relocalisée parce que ça fait l'affaire de certains.»

2420 C'est qu'il faut prendre tout ce nouveau plan de circulation en fonction de ce qui peut arriver éventuellement, non seulement par le fait que le souterrain que je vous ai démontré est déprimant et peu attirant pour les gens pour se rendre à l'Hôtel de ville, mais aussi le fait qu'il y a toujours le facteur de ventilation à considérer dans la partie qui va être recouverte de l'autoroute Ville-Marie. Alors, si l'autoroute se doit d'être recouverte, il se doit d'avoir des tunnels de ventilation de taille assez importante de façon à ventiler pour plus que 3 kilomètres de tunnel continus.

2425 Alors, je vais laisser peut-être le dernier mot à Philippe.

M. PHILIPPE CÔTÉ :

2430 Autrement dit, notre proposition, c'est que le CHUM ne doit pas tenir compte d'une sortie
autoroutière pour établir son plan de transport dans le Quartier latin, enfin l'ancien Quartier latin,
que ce serait un défaut de conception de vouloir éterniser la bretelle Sanguinet pour donner accès
au CHUM, donc toutes les fonctions internes, les débarcadères, l'arrivée du matériel, telles que
présentées actuellement, et que, par conséquent, que la conservation aussi de la bretelle ne
2435 permet pas un véritable lien de qualité de ville intérieure entre le métro Champ-de-Mars et le
CHUM.

2440 Ce qui est proposé actuellement, c'est le même tunnel qu'on voit qui est un échec, qui va
servir de point d'entrée pour accéder au CHUM, parce que la station de métro Champ-de-Mars
n'est pas assez en grande profondeur pour faire des tunnels vraiment souterrains. Donc, à ce
moment-là, la bretelle fait vraiment un conflit.

2445 Donc, ultimement, la déportation de la bretelle vers Saint-Denis, c'est de mettre en échec
l'intégration de l'agora de Deaudelin. Donc, le parc Viger sera, lui, devenu accessible si c'était
l'option de déplacer la bretelle simplement vers Saint-Denis, qui a été une proposition à l'étude.

2450 Donc, je pense qu'actuellement, même si on disait qu'on ne voulait pas offrir de solution,
c'est qu'il faut déjà penser que la bretelle ne sera pas là, qu'il faut donc que le CHUM revoie son
plan d'accès à son immeuble et que par conséquent, ce que nous souhaitons, c'est que le CHUM
s'intègre à un quartier et non pas simplement à une bretelle autoroutière.

LA PRÉSIDENTE :

2455 Merci beaucoup, messieurs. C'est monsieur Joshua Wolfe qui va commencer à échanger
avec vous.

M. JOSHUA WOLFE, commissaire :

2460 Oui. J'ai deux questions. La première, vous avez parlé de la rue Sanguinet. Vous avez
mentionné rapidement l'idée que la rue, c'est pour recréer le lien avec le Vieux-Montréal, mais
vous avez mentionné que ça pourrait être utilisé seulement par les ambulances. Est-ce que ça,
c'est votre recommandation ou est-ce que c'est une alternative aussi bien valable que les autres,
selon vous?

M. PIERRE BRISSET :

2465 Ceci, disons que si en prenant en considération tous les autres éléments de tunnel de
ventilation, si l'espace le permet et que l'hôpital veut avoir son accès pour les ambulanciers, ça
pourrait être maintenu. Cette configuration permettrait un accès d'urgence à l'hôpital. Ce serait

une bretelle exclusivement... ce serait une option qui pourrait être analysée parmi tant d'autres.

2470

Je ne veux pas dire que, non, ceci n'est pas possible. Ce que je dis, c'est que c'est une option qui peut être analysée en fonction des besoins particuliers de l'hôpital d'avoir un accès d'urgence pour les polices, les ambulances et les pompiers.

2475

M. JOSHUA WOLFE, commissaire :

Merci. Ma deuxième question. Les deux dernières diapos juste avant la section 2, le titre, c'est «Configuration du CHUM selon la Ville de Montréal», c'est très difficile pour moi de voir la différence entre les deux.

2480

M. PIERRE BRISSET :

Je vais vous montrer. Si vous fixez votre vue sur le prolongement de l'axe, c'est à gauche où ça change.

2485

M. PHILIPPE CÔTÉ :

C'est entre Saint-Dominique et Hôtel de Ville.

2490

M. PIERRE BRISSET :

Vous voyez, entre Saint-Dominique et Hôtel de Ville, c'est là où ça change de but.

2495

M. PHILIPPE CÔTÉ :

Autrement dit, entre Saint-Laurent et la nouvelle place publique dans l'axe de la Place Jacques-Cartier, la Place Vauquelin du Champ-de-Mars, il y a un axe de prestige qui est planifié depuis les années 90. Donc, la continuité se poursuit sur dalle au-dessus de la Ville-Marie. Mais le bloc, lui, est un bloc qui est sur pilotis par-dessus des bretelles autoroutières.

2500

Actuellement, tous les autres projets, c'est des bâtiments sur pilotis au-dessus de la bretelle Sanguinet. C'est ça les projets actuellement qu'on a. Nous, on a déplacé s'il faut garder une entrée-sortie dans le centre-ville parce que se pose la question, s'il y a une autoroute au centre-ville, c'est pour y accéder, sauf que comme on évoque, à long terme, il est très possible que la Ville-Marie soit déclassée dû l'ampleur des travaux à entreprendre dans la partie ouest, qui a été construite dans les années 60. Et donc, à ce moment-là, nous, on ne peut pas juger que la Ville-Marie va rester encore pour un siècle ou deux vu l'ampleur des fonds publics qui sera demandée pour la reconstruction de la partie ouest.

2505

2510

Donc, à ce moment-là, d'où qu'on développe des propositions alternatives qui pourraient être strictement l'abandon du corridor autoroutier tel que pensé dans les années 60 et

qui impliquaient à ce moment-là des méga... enfin, qui donnait au niveau de la forme urbaine des mégastructures qui dépassaient la forme de l'îlot pour pouvoir permettre à la circulation automobile de circuler rapidement dans un nouveau centre-ville.

2515

Donc, à ce moment-là, on juge que le projet de CHUM pourrait, en s'articulant sur la sortie autoroutière, reste dans une conception moderniste, reste très proche du projet des années 60 et que nous, nous évaluons qu'après 50 ans, parce que c'est vers 2010, le CHUM, que les paramètres vont probablement changer. Et donc, là, on offre une option comme quoi il y a une sortie quand même encore dans l'est du centre-ville.

2520

Mais l'option ultimement qui serait à recommander serait qu'il n'y ait plus de sortie là pour vraiment développer un quartier piétons de la santé et, à ce moment-là, la sortie autoroutière serait plus à Panet, qui est à ce moment-là dans un secteur qui est encore industriel, si on regarde la Molson, mais que probablement que la reconfiguration de la sortie Panet, des entrées et sorties à Panet permettrait peut-être de désenclaver le secteur de Radio-Canada qui est promis à un développement.

2525

Donc, nous, on juge que la proposition qui est présentement discutée ne comporte pas une vision d'avenir et que la vision de l'avenir, c'est déjà de commencer à discuter de qu'est-ce qu'on fait de la Ville-Marie dans le secteur dépassé Amherst.

2530

M. JOSHUA WOLFE, commissaire :

2535

Merci.

LA PRÉSIDENTE :

Juste en enchaînement là-dessus. Quand vous dites: «Qu'est-ce qu'on fait de la Ville-Marie», vous voulez dire des infrastructures d'entrées et de sorties. C'est ça que vous voulez dire.

2540

M. PHILIPPE CÔTÉ :

La Ville-Marie, c'est le corridor autoroutier qui a été mis dans les années 60. Autrement dit, la Ville-Marie...

2545

LA PRÉSIDENTE :

Oui, mais est-ce que vous parlez de ce qui est en tunnel, en dessous?

2550

M. PHILIPPE CÔTÉ :

Oui. C'est un recyclage.

2555 **LA PRÉSIDENTE :**

Vous parlez d'un recyclage du tunnel.

2560 **M. PIERRE BRISSET :**

2560

Oui, recyclage du tunnel en termes de si jamais l'échangeur Turcot, qui est plus à l'ouest, toutes les structures sur pilotis qui mènent jusqu'à la rue Guy, si c'est à être remplacé à cause du fait qu'il y a des problèmes majeurs de structure là-bas, qu'il se peut que le corridor Ville-Marie, ce qu'on appelle le corridor Ville-Marie au sud du Mont-Royal, soit appelé à être révisé complètement.

2565

C'est-à-dire, je ne crois pas qu'on a les moyens de reconstruire l'autoroute Ville-Marie sur pilotis dans la partie ouest. Mais ça, disons que c'est une vision ultérieure quand je parle de la solution métro express.

2570

Mais si on revient pour les dix, quinze prochaines années, la configuration de bretelles que j'avais avancée ici, pour permettre un accès exclusivement d'urgence et tout le reste du trafic passe par la sortie Panet, peut être une solution intérimaire à voir qu'est-ce qui va arriver avec la Ville-Marie à long terme.

2575

Mais ce que je dis, c'est qu'il ne faut pas se fier que la sortie Sanguinet qui existe présentement serait en performance aeternam, que cette sortie ici va rester un autre cent ans. Parce qu'il y a beaucoup d'enjeux qui feraient en sorte d'abord que, aujourd'hui, ce n'est pas une configuration souhaitable au niveau urbain, donc elle doit être remplacée, et si elle est à être remplacée ou refaite, il faut la voir qu'elle soit refaite en fonction de tous les autres éléments que j'ai mentionnés au sujet de la ventilation, de perte de largeur de voie de circulation dans le tunnel Ville-Marie, qui va nécessiter peut-être la conservation de seulement une sortie d'urgence pour les véhicules...

2580

2585 **LA PRÉSIDENTE :**

Les ambulances.

2590 **M. PIERRE BRISSET :**

2590

... pour les véhicules d'urgence pour l'hôpital, c'est-à-dire les ambulances et les polices. Et que le reste de la circulation passerait plus par la configuration de la rue... par la rue Panet à l'autre bout du tunnel.

2595 **LA PRÉSIDENTE :**

Attendez. Est-ce qu'il faut comprendre donc que la proposition que vous faites, c'est la combinaison de cette proposition-là et de l'axe qui s'en va par Panet et revenir de l'autre côté pour la circulation automobile?

2600

M. PIERRE BRISSET :

Oui, c'est ça. Mais il faut prendre en considération, ce que j'ai essayé de souligner ici, c'est que toute cette configuration ou plan de circulation sera à être modifié d'ici quelques années et, donc, il ne faut pas tenir en compte que la sortie Sanguinet, telle qu'elle existe, ça va rester là une éternité. C'est une bretelle qui est apte et qui est appelée à disparaître pour nombreuses raisons et surtout la question de la qualité de vie urbaine ou l'accès vers l'Hôtel de ville.

2605

LA PRÉSIDENTE :

2610

Je pose la question à tout hasard, est-ce que vous avez une idée des coûts de ce que ça pourrait représenter que de mettre en pratique votre proposition?

M. PIERRE BRISSET :

2615

La proposition que j'applique pour la bretelle, tous les éléments que j'indique sont inclus dans les coûts de base. Pour recouvrir l'autoroute Ville-Marie, il faut fournir des tunnels de ventilation. Donc, ça fait partie du 140 M\$ qui a été cité dans le journal, qui a été fait par Daniel Arbour.

2620

La situation des sorties de bretelle, peut-être qu'il y a une légère hausse parce que je conserve toujours la bretelle d'entrée ici, la bretelle existante. Ce que je fais, c'est celle de l'autre côté suit le même profil que l'entrée.

2625

Alors, le seul coût qui serait engendré de plus serait, on pourrait faire un chiffre rond, d'environ 10 M\$ pour construire cette bretelle-là. Mais il faut toujours voir dans le contexte de l'ensemble du projet combien ça coûte recouvrir l'autoroute Ville-Marie et ainsi de suite. Parce qu'évidemment, s'il n'y avait pas de bretelle, ça coûterait beaucoup moins cher recouvrir l'autoroute Ville-Marie. Parce que ce qui coûte cher, c'est recouvrir les bretelles de sortie qui sont déjà indiquées.

2630

Par exemple, le bâtiment qui va se trouver au-dessus de la bretelle ici, si la bretelle n'est pas relocalisée, il n'y aura pas de rez-de-chaussée. Alors, comment vous allez accéder à un bâtiment qui n'a pas de rez-de-chaussée dans un bloc semblable? Alors, c'est pour ça que je dis que si vous voulez avoir des bâtiments qui ont des rez-de-chaussée, des accès aux rues, il faut que...

2635

2640

Les bretelles, c'est incompatible avec une planification urbaine. Alors, en parlant de coûts, les coûts vont se contrebalancer. Si les bretelles sont toutes renvoyées à Panet, bien, il y aura beaucoup d'économies faites, que le bâtiment qui sera construit ici ne sera plus sur pilotis à 14 pieds au-dessus du niveau de la rue parce que la bretelle n'existera plus.

2645

Alors, il y a des compensations de coûts, évidemment. Il n'y a pas de coûts directs, il faut toujours voir dans l'ensemble de l'impact.

LA PRÉSIDENTE :

Alors, merci infiniment.

2650

M. PIERRE BRISSET :

C'est toute une bouchée, je le sais.

2655

LA PRÉSIDENTE :

C'est toute une bouchée.

2660

Ce que je voulais dire, c'est que je ne voulais pas entamer les discussions techniques, mais c'était plutôt de dire qu'il y a quelque chose qui vient et il ne faut pas s'attarder que la bretelle Sanguinet, telle qu'elle existe, devrait rester, parce que c'est trop une embûche contre la qualité de vie.

2665

Vous avez vu, avec toutes les barrières et les clôtures, comment est-ce qu'on va accéder à un édifice prestigieux qui est derrière un paquet de barrières barbelées et ainsi de suite? Alors, voilà.

2670

LA PRÉSIDENTE :

Mais si je vous comprends bien, quand même, votre proposition n'est pas de régler le cas de la bretelle Sanguinet immédiatement pour faire en sorte que l'accès soit meilleur au CHUM. C'est dans une perspective plus large que vous faites la proposition.

2675

M. PIERRE BRISSET :

Plus large, oui, c'est ça.

M. PHILIPPE CÔTÉ :

2680

Ultimement, c'est de rechercher un quartier piéton.

LA PRÉSIDENTE :

2685

D'accord.

M. PHILIPPE CÔTÉ :

2690

C'est littéralement ça. Et c'est ça quand on parle que le CHUM vient dans un quartier et non pas que le CHUM s'installe sur une sortie autoroutière en sa faveur.

2695

Alors à ce moment-là, les options, par exemple, de la rue Saint-Denis, qui est désignée comme une rue d'atmosphère par le PPU, devrait à ce moment-là conserver toute son entrée vers le Vieux-Montréal et non pas recevoir un peu plus de véhicules. Et en sortant la sortie, si je peux dire, du secteur, c'est qu'on peut rechercher à ce moment-là une baisse de la circulation automobile, donc une augmentation des piétons.

2700

Et c'est ça qui est recherché. C'est de faire, justement dans l'objectif ultime de relier le Quartier latin avec le Vieux-Montréal, c'est de rendre tous les passages fluides. Et la proposition, qui est à l'étude actuellement à travers la consultation, ne permet pas de rendre bien compte que c'est l'ensemble des rues.

2705

Parce que c'est un ancien faubourg résidentiel. Donc, c'est un milieu habité et on a toutes fermé les rues. Il n'y a aucune rue qui est facilement accessible en piéton ou en vélo entre le nord et le sud. Et c'est pour ça qu'on pense qu'il faut que la situation soit débloquée parce que c'est une conception moderniste, c'est un projet des années 60 qu'on poursuit, malheureusement.

LA PRÉSIDENTE :

2710

Alors, merci beaucoup.

M. PIERRE BRISSET :

2715

J'ai déposé huit copies complet conforme, plus le CD qui va avec ce que je vous ai montré.

LA PRÉSIDENTE :

Alors, merci infiniment messieurs.

2720

Ça complète notre première séance d'audition des mémoires. Alors, pour ceux que ça intéresse, nous siégeons encore demain à compter de 2 h, demain après-midi et demain soir. Merci. Bonne fin de soirée.

2725

Je, soussignée, **LISE MAISONNEUVE**, sténographe officielle, certifie sous mon serment d'office que les pages ci-dessus sont et contiennent la transcription exacte et fidèle des notes sténographiques prises au moyen du sténomasque, le tout conformément à la loi.

2730

Et, j'ai signé :

LISE MAISONNEUVE, s.o.

2735

.....