

Mme MANON MASSÉ :

1355

Merci à vous.

1360

PAUSE

LA PRÉSIDENTE :

1365

Nous reprenons la séance d'audition des opinions avec la présentation de la direction régionale de la santé publique de Montréal, avec la présence de madame Imane Cheriet. Je vais vous laisser vous présenter, madame Cheriet, et dire que vous avez un collègue en ligne qui vous accompagne.

1370

Mme IMANE CHERIET, médecin spécialiste, direction régionale de santé publique de Montréal :

1375

Parfait, donc bonsoir, Imane Cheriet, je suis médecin spécialiste en santé publique à la direction régionale de santé publique de Montréal, la DRSP. Je travaille depuis un an et quelques, à peu près, dans les dossiers de la prévention de l'itinérance et aussi de l'équité en santé autochtone. Je suis accompagnée de monsieur Simon Tessier qui est en visioconférence. Je vais laisser se présenter.

1380

M. SIMON TESSIER, conseiller cadre, direction régionale de santé publique :

Oui, bonjour, je suis Simon Tessier. Je suis conseiller cadre sur les politiques et partenaires stratégiques à la direction de santé publique. Alors j'accompagne docteur Cheriet dans ce dossier.

LA PRÉSIDENTE :

1385

On vous écoute, vous avez 10 minutes.

Mme IMANE CHERIET :

1390

Parfait, merci. J'ai parti mon chronomètre. Ça marche. D'entrée de jeu, j'aimerais commencer par positionner le mandat de la direction régionale de santé publique qui est notre posture. Nous, notre lunette, c'est vraiment une lunette de santé, puis on est encadrés par une loi, la loi de santé publique, et nos fonctions qui vont vraiment être mises à profit dans cet exercice, c'est les fonctions de surveiller la santé de la population, informer la population de son état de santé et de ses déterminants, protéger la santé de la population, puis aussi réduire les inégalités sociales de santé, notamment par l'influence de politiques publiques. Il y a d'autres fonctions de santé publique, mais c'est vraiment d'elles dont on va traiter aujourd'hui.

1395

1400

Puis notre posture, c'est vraiment, pour ce mémoire-ci, c'est vraiment une posture de valorisation de l'expertise terrain. On a eu la chance de collaborer avec des organisatrices et organisateurs communautaires, des directions locales de santé publique qui sont vraiment au niveau local et qui ont pu nous amener vraiment beaucoup de connaissances riches, donc beaucoup des recommandations qu'on va émettre sont inspirées de nos rencontres.

1405

Puis, on est aussi dans une optique de collaboration et de responsabilité partagée. Puis ça aussi, les recommandations vont beaucoup le refléter.

1410

Premièrement, les termes de la consultation et le cadrage de santé publique que ça implique pour nous. Évidemment, il y a la question de l'itinérance et de la santé publique. Effectivement, l'itinérance, c'est une question, c'est un enjeu de santé publique, un phénomène qui est en augmentation et en évolution à Montréal, c'est-à-dire que les profils sont de plus en plus diversifiés et spécifiques.

1415 On a publié à l'été et à l'automne des feuillets sur le dénombrement de 2022, donc je ne
vais pas prendre le temps d'exposer les données aujourd'hui, ce n'est pas l'objet, mais pour les
personnes qui écoutent, ce sont des données qui sont disponibles, accessibles.

1420 L'itinérance, aussi, ça s'explique par une combinaison de facteurs. C'est un enjeu complexe
qui est déterminé à la fois par des facteurs structurels, sociaux, individuels. Il y a plusieurs façons
de les catégoriser, en fait. Mais quand on parle, par exemple, de facteurs structurels, on pense à
l'offre de logements, notamment de logements sociaux et communautaires. On pense aux mesures
de lutte à la pauvreté.

1425 Au niveau social, on est dans des enjeux plus au niveau de discrimination, racisme, violence
familiale, communautaire. Puis au niveau individuel, ça peut être une série de facteurs, ça peut être
des enjeux de santé, enjeux de santé mentale, enjeux de santé physique. Ça peut être des
expériences adverses à l'enfance, puis aussi des événements ponctuels, par exemple un incendie,
une perte d'emploi, des choses comme ça.

1430 On peut aussi parler, des fois, de facteurs systémiques, puis les fameux points de bascule,
donc les transitions dans la vie qui font en sorte qu'on devient plus vulnérable à la perte de logement.

1435 Ensuite, pour ce qui est de l'itinérance et la santé, on est vraiment dans une relation
bidirectionnelle. Donc des enjeux de santé peuvent mener à la précarité résidentielle et
inversement, la précarité résidentielle et la situation d'itinérance ont des effets sur la santé,
notamment en termes d'augmentation de la mortalité, réduction de l'espérance de vie de 10 à
20 ans, et j'en passe.

1440 Je vais aller un peu plus vite vu que je vois le temps, mais la liste est longue, que ce soit en
termes de maladies infectieuses, aggravation des maladies chroniques, etc.

1445 **LA PRÉSIDENTE :**

Ne vous mettez pas à parler plus rapidement, parce que vous parlez déjà très rapidement.

1450 **Mme IMANE CHERIET :**

O.K. Est-ce que vous aimeriez que je ralentisse?

1455 **LA PRÉSIDENTE :**

Oui.

1460 **Mme IMANE CHERIET :**

D'accord. Ça marche.

1465 **LA PRÉSIDENTE :**

Pour le bénéfice de tout le monde.

1470 **Mme IMANE CHERIET :**

Oui, j'ai tendance à parler vite dans la vie. Je vais ralentir.

1475 Ensuite, l'autre terme de la consultation, c'est la cohabitation sociale. Ce qu'on réalise quand on regarde la définition qui est utilisée par la Ville et qu'on regarde la littérature scientifique, c'est qu'il n'y a pas de définition unanime de ce terme. Et aussi que ça peut être régi par différentes visions quant à la place que devraient, peuvent prendre les personnes en situation de marginalité dans l'espace public, que ça aille de l'invisibilisation à la représentation plus à un niveau démocratique. Et là, on s'inspire des travaux de Michel Parazelli, qui a publié un livre récemment.

Et donc nous, pour le restant de la présentation et dans notre mémoire, on préfère utiliser le terme partage équitable de l'espace public, sachant que le terme cohabitation sociale est quand même teinté déjà, et il ne fait pas consensus, et il a un certain potentiel de stigmatisation.

1480 Ensuite, l'autre élément à considérer, c'est que, en ce moment même, le partage de l'espace public ne s'opère pas dans un terrain neutre. Il y a des encadrements réglementaires, des normes, des pratiques qui font en sorte que la possibilité des personnes en situation d'itinérance d'être dans l'espace public est largement restreinte.

1485 Qu'on pense à des pratiques d'aménagement, par exemple des pratiques d'aménagement qu'on dit hostiles. Qu'on pense au phénomène de judiciarisation, puis ça, c'est bien reconnu, notamment dans le Plan concerté montréalais en itinérance, que c'est un enjeu, et qu'on pense aussi finalement à la question des campements.

1490 En ce moment, le nombre de compléments augmente de plus en plus, même si on n'a pas de données solides, puis la politique actuelle de la Ville, c'est une politique d'interdiction avec approche graduelle, puis ça mène à des situations où il y a des démantèlements dans des contextes où les gens ont nulle part où aller. Ça, c'est une autre façon aussi de gérer l'espace public.

1495 Donc essentiellement, notre message, c'est que la façon d'appréhender le partage de l'espace public devrait se faire de manière inclusive, en évitant la stigmatisation, puis en prenant en compte les besoins de tout un chacun. Tout le monde vit des sentiments d'insécurité. On ne nie pas ça. Ça inclut aussi les personnes en situation d'itinérance.

1500 Ensuite, les considérations préalables. Donc, avant de passer aux recommandations, on veut émettre quatre constats. Le premier, c'est que les ressources en itinérance sont nécessaires dans un contexte où les besoins sont en évolution, se diversifient, et dans un contexte où les ressources sont insuffisantes. On ne va pas émettre de recommandations spécifiques sur les ressources à mettre en place, mais par contre, c'est quand même certains constats de base qui
1505 sont partagés quand on parle à nos partenaires terrain, notamment, c'est que les ressources doivent

être variées et répondre aux besoins locaux. Ce qui veut dire reconnaître l'expertise du milieu communautaire et aussi des personnes concernées elles-mêmes.

1510 Aussi, il semble être quand même assez consensuel que ça prend des ressources à échelle humaine un peu partout, mais pas dans une optique de décentralisation ou de déplacer les gens, vraiment dans une optique de maintenir les gens dans leur quartier, pour être capable d'avoir un sentiment d'attache.

1515 Puis, finalement, ça, c'est vraiment de la base, mais, des ressources qui peuvent être implantées de façon optimale, ce sont des ressources qui sont financées de manière prévisible, pérenne, suffisante. Puis ça, c'est un enjeu qu'on nous nomme souvent.

1520 Ensuite, c'est sûr, on est la santé publique, donc c'est une évidence pour nous, mais je pense que c'est aussi une évidence pour tout le monde, ça nous est souvent apporté, que l'important c'est aussi d'agir à la source, en prévention. Ça passe notamment par l'accès au logement et le maintien en logement. Pas que, mais notamment.

1525 Ensuite, la participation des personnes en situation d'itinérance est essentielle, puis c'est nommé aussi dans le document de positionnement de la Ville.

1530 Puis, finalement, on juge qu'un regard spécifique doit être porté sur les réalités et besoins des personnes autochtones. Il y a une multiplicité de parcours, comme je disais, il y a énormément de besoins spécifiques, mais on trouve très important de quand même nommer spécifiquement les personnes autochtones, notamment étant donné la forte surreprésentation. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Les causes qui sont spécifiques, les solutions qui se doivent d'être spécifiques.

Puis aussi ne pas oublier une approche basée sur les distinctions. Donc ce n'est pas un bloc de personnes monolithique. Il faut avoir des approches différentes pour les différents groupes.

1535 Ensuite, je vais passer aux recommandations. On a cinq recommandations phares. La première, la première à la gouvernance du partage de l'espace public? Ce qu'on constate, c'est

qu'il demeure encore un besoin de clarifier une vision commune du partage de l'espace public, des rôles et responsabilités et des indicateurs de suivi.

1540 Donc, notre première recommandation, c'est de profiter de la mise à jour du prochain Plan concerté montréalais en itinérance pour convenir d'une vision commune. C'est quoi, le partage de l'espace public, et asseoir la gouvernance, autant en termes de leadership que de rôles et responsabilités et que de zones d'imputabilité, surtout.

1545 Notre deuxième recommandation, c'est de définir des indicateurs de suivi du partage de l'espace public de manière participative et intersectorielle. Et je pourrais ajouter aussi inclusive. Donc, c'est-à-dire considérer les indicateurs de la perspective de toutes et tous, incluant les personnes en situation de marginalité. Concevoir aussi des indicateurs positifs, notamment en ce qui a trait au partage de l'espace public autour des ressources. Qu'est-ce qui se passe bien? Et
1550 aussi l'environnement bâti autour d'une ressource. Est-ce que c'était une minute?

LA PRÉSIDENTE :

C'était une minute.

1555

Mme IMANE CHERIET :

C'était une minute. O.K., je vais aller plus vite. Ensuite, autour de l'imputabilité autour de l'implantation d'une ressource. On considère que l'imputabilité autour de l'implantation d'une
1560 ressource doit être partagée. Puis ça, ça passe notamment par une stratégie de communication commune en amont de l'implantation d'une ressource, mais aussi pendant et après. Commune entre le communautaire, le municipal et le réseau de la santé. On pense que ce n'est pas à un organisme communautaire de porter tout le fardeau de l'implantation d'une ressource.

1565 Puis, finalement, le partage équitable de l'espace public doit aussi nécessairement passer par la prise en compte des personnes en situation d'itinérance qui n'accèdent pas aux ressources d'hébergement actuellement. Ça, ça se passe en deux volets. Le premier, c'est tiré des actes du

1570 Forum Montréal, solidaire et inclusive de 2019. C'est repris textuellement. Rendre disponibles et accessibles les installations pour répondre aux besoins primaires des personnes en situation d'itinérance. Ça inclut par exemple les bacs pour stocker les objets personnels, les toilettes sécuritaires, propres, la disponibilité de produits hygiéniques pour les femmes, potentiellement des bacs de seringue. Vraiment des besoins de base qui pourraient engendrer des bénéfices pour toute la population au complet.

1575 Puis finalement, adopter un mode de gestion collaborative face aux campements, qui les conçoit comme des lieux d'intervention pouvant permettre le lien vers le continuum hébergement-logement afin d'éviter autant que possible les démantèlements.

1580 En ce moment, d'une part, les campements, on ne dire que c'est une solution en soi, ce n'est pas une alternative acceptable, souhaitable au continuum hébergement-logement. Les campements, aussi, comportent des risques. Ils peuvent comporter des bénéfices, mais ils comportent aussi des risques qui se doivent d'être mitigés.

1585 En même temps, dans la situation actuelle où les ressources sont à pleine capacité ou pas nécessairement adaptées à des besoins très spécifiques, les démantèlements ne sont pas une option non plus, ne sont pas une solution non plus, et peuvent augmenter la morbidité, voir la mortalité chez les personnes en situation d'itinérance qui sont déplacées de force.

1590 En ce moment, il y a un momentum super intéressant avec les plans de réponses communautaires aux campements, puis les financements qui viennent avec. Puis il y a aussi la Ville de Montréal qui a mis de l'avant un projet d'élaborer un protocole de manière collaborative autour des campements. Donc on pense que l'opportunité est excellente en ce moment pour agir maintenant en vue de commencer à jeter les bases de ce protocole, puis voir comment on pourrait travailler ensemble pour éviter les démantèlements.

1595 Puis la conclusion, vous l'avez ici, je pense que je vais m'arrêter, mais c'est essentiellement une reprise des messages, puis je vais être respectueuse du temps.

LA PRÉSIDENTE :

1600

Parfait. Merci beaucoup. Je ne vous cacherai pas que nous aurions aimé vous lire avant de vous écouter.

Mme IMANE CHERIET :

1605

Oui.

LA PRÉSIDENTE :

1610

Il y a plein de choses intéressantes là-dedans. On vient de recevoir un duo qui nous a dit avec force conviction que l'implantation d'un réel réseau de ressources sur l'ensemble du territoire montréalais était une urgence et que cette implantation devrait se faire sous le leadership de la santé publique. Je voudrais vous demander comment vous réagissez à cette recommandation-là?

1615

Mme IMANE CHERIET :

Je peux commencer, puis je laisserai ensuite mon collègue Simon compléter.

LA PRÉSIDENTE :

1620

Bien sûr.

Mme IMANE CHERIET :

1625

Je ne peux pas apporter une réponse entière à cette question. Je suis arrivée pendant, j'ai entendu, puis c'est beaucoup la santé publique provinciale qui était interpellée. Puis je ne peux pas me prononcer à ce niveau, mais je peux donner certains éclairages.

1630 Comme je le présentais au début, notre mandat de santé publique, c'en est vraiment un d'expertise, de données, puis aussi de réduction des inégalités sociales de santé. C'est sûr que l'éclairage santé qu'on peut amener, c'en est un qui est fort, puis qui peut aider à mobiliser les partenaires.

1635 On ne détient pas, par contre, les leviers directs. Donc, par exemple, quand on pense à la crise du logement, puis de l'effet de la précarité résidentielle sur la santé, on peut émettre des recommandations, mais on n'a pas les leviers qui nous permettent de bâtir plus de logements. Ce qu'on peut faire, c'est vraiment informer la population, puis tenter d'influencer.

LA PRÉSIDENTE :

1640 Ce n'était pas la proposition, la proposition était vraiment... Voyons, je cherche le mot.

Mme IMANE CHERIET :

1645 De gérer les ressources.

LA PRÉSIDENTE :

1650 Oui, non, d'implanter les ressources partout sur le territoire. Ce n'était pas Santé Québec, c'était la santé publique. Et donc, en principe, il n'y avait pas l'enjeu du logement comme tel, mais des ressources.

1655 Puisque vous êtes d'accord pour dire que c'est une crise de santé publique que nous vivons avec l'itinérance. Donc, vous dites que c'est limité. Nous on fait une consultation pour la Ville de Montréal. Il y a une direction de la santé publique à Montréal qui a eu son efficacité pendant la pandémie. C'est ce qu'on nous a raconté il y a quelques minutes. Et comme citoyens et citoyennes, on l'a vu. Alors on peut comprendre ce cri du cœur.

1660 **Mme IMANE CHERIET :**

Oui, je le comprends tout à fait. L'éclairage que j'essaie d'apporter, c'est vraiment ce qu'on peut faire dans un enjeu qui est vraiment sur les conditions de vie des personnes...

1665 **LA PRÉSIDENTE :**

En prévention.

1670 **Mme IMANE CHERIET :**

1670

Après, ce que je pourrais ajouter, aussi, c'est qu'effectivement, dans des mesures exceptionnelles, la santé publique est dotée de pouvoirs exceptionnels. Ils sont régis par la loi, cependant. Puis on est beaucoup dans des contextes de risque biologique, maladies infectieuses, chimiques. Dans une question de crise sociale. C'est une crise humanitaire, la question de l'itinérance.

1675

LA PRÉSIDENTE :

Oui.

1680

Mme IMANE CHERIET :

Nos leviers sont plus d'interpeller nos partenaires intersectoriels pour voir ce qu'on peut faire ensemble. Donc, après, sur la finalité qui est proposée, de leadership des ressources, je ne peux pas me prononcer personnellement, mais ce sont les clés que je peux apporter. Je ne sais pas, Simon, si tu voulais rajouter...

1685

M. SIMON TESSIER :

1690

Oui, Imane, est-ce que je peux compléter, m'entendez-vous?

LA PRÉSIDENTE :

Oui, on vous entend très bien.

1695 **M. SIMON TESSIER :**

Oui, c'est pour dire que la direction de santé publique...

LA PRÉSIDENTE :

1700

Pas trop vite.

M. SIMON TESSIER :

1705

Excusez-moi, moi aussi j'ai un bon débit. La direction de santé publique a contribué au leadership qui est partagé, mais il y a une grande partie de ce leadership-là qui est portée par le réseau de la santé en général, et il faut bien faire la distinction. Il y a quand même les équipes du réseau de la santé et le service régional en itinérance ou les équipes de santé mentale et dépendance qui portent un très grand leadership.

1710

Effectivement, on est présents dans ce leadership-là, mais on n'est pas la première instance qui porte le projet. Mais merci de la confiance que les deux députés de Québec solidaire portent en la santé publique pour contribuer à la gestion de la crise.

1715 **LA PRÉSIDENTE :**

Merci, monsieur Tessier. Judy, as-tu une question.

Mme JUDY GOLD :

1720

C'est relié à la question d'Ariane : qui, alors, devrait assumer le leadership du dossier?

Mme IMANE CHERIET :

1725 Ça non plus, honnêtement, c'est... Je ne me sens pas la posture ou la légitimité de répondre. C'est clairement quelque chose qui revient tout le temps quand on parle aux partenaires. Ça prend un leadership clair, ça prend un chef d'orchestre, que ce soit dans les enjeux de partage de l'espace public ou en général, dans la crise de l'itinérance? Mais je ne peux pas m'avancer au-delà de rapporter que ce qui nous est exprimé, puis voir...

1730 **M. SIMON TESSIER :**

Imane, est-ce que je pourrais...

Mme IMANE CHERIET :

1735 Oui, vas-y, Simon.

M. SIMON TESSIER :

1740 Juste pour compléter, il y a justement une révision du modèle de gouvernance régionale en itinérance qui a été aussi déployé au niveau provincial par le MES, donc c'est en train d'être en branle et d'être mis. Donc, ça mobilise tout le monde. Puis on ne veut pas se prononcer sur qui devrait porter ce leadership-là à Montréal. Nous, on en fait partie, puis il y a déjà un cadre qui pourra vous être présenté, il y a d'autres intervenants qui vont vous présenter leur rôle, donc on va se limiter à ça, mais effectivement, ça mobilise à la fois la santé publique, le réseau de la santé, la Ville de Montréal, puis les élus, puis les différents... le communautaire ou tous les différents partenaires. Disons, c'est une myriade qui porte ce leadership-là.

1745

LA PRÉSIDENTE :

1750 D'accord.

Mme IMANE CHERIET :

1755 Ce que je peux ajouter aussi, peut-être, c'est qu'il y a aussi la gouvernance au niveau
régional, mais aussi au niveau local. Puis, on est dans un contexte montréalais que vous connaissez
qui est ultra complexe, dans le fait qu'il y a une ville-centre, des arrondissements, cinq CIUSSS, un
service régional en itinérance, une direction régionale de santé publique, des quartiers, ça se passe
dans les quartiers, ultimement, puis il devrait y avoir un leadership à ce niveau-là, des réseaux
1760 d'organismes communautaires. Donc je pense qu'il n'y a pas de réponse unique non plus.
Intuitivement, là, probablement, s'il faut le penser, en paliers, puis l'arrimage entre ces différents
paliers.

LA PRÉSIDENTE :

1765 C'est complexe. Denis, as-tu une question?

M. DENIS LECLERC :

1770 J'en avais une il y a un instant, puis un moment donné, j'écoutais les réponses... Ça me
reviendra ou j'aurai passé tout droit, je m'en excuse.

LA PRÉSIDENTE :

1775 Judy, veux-tu ajouter autre chose? En tout cas, la question de la gouvernance, des rôles et
des responsabilités nous obsède, dans cette commission. Ah, voici. Il avait besoin que je fasse une
introduction.

M. DENIS LECLERC :

1780 Excusez-moi. Mais comme on disait, on prépare nos questions lorsqu'on peut lire le
mémoire, puis là...

Mme IMANE CHERIET :

1785

On s'excuse.

M. DENIS LECLERC :

1790

Vous avez vous-même utilisé jusqu'à un certain point le terme d'une crise. On parle d'une crise humanitaire, la crise de l'itinérance et tout ça, mais... Beaucoup de gens l'utilisent, on l'entend beaucoup. À partir de quand le thème n'est plus qu'un qualificatif, mais qu'il devient quelque chose qui nous oblige à bouger, qui, qui... Parce que vous avez parlé de la crise sanitaire puis qui était plus avec certains critères, mais est-ce qu'on reste seulement sur des mots ou tout le monde trouve que c'est une crise, mais on ne va pas plus loin. À partir de quand ça devrait mobiliser les décideurs sur la santé publique, la santé et les services sociaux ou autres instances?

1795

Mme IMANE CHERIET :

1800

Réponse un peu simpliste, mais dès maintenant. Honnêtement. Je pense qu'il faut aussi le concevoir comme une crise, un peu pour faire un parallèle avec la médecine, mais un enjeu aigu sur chronique. Donc il y a de l'urgence d'agir maintenant, mais il y a aussi des enjeux de fond qui vont prendre du temps à régler. Puis il faut avancer en parallèle dans ces deux niveaux-là. Je pense que ça, c'est un des défis.

1805

L'autre défi aussi, si je prends un peu un cadre plus théorique, mais l'intersectionnalité, c'est super difficile de base. Ce sont des organismes avec des logiques différentes, des langages différents, il y a des enjeux de rapports de pouvoir, il y a des enjeux de financement. Et juste dans un dossier beaucoup moins politique, c'est déjà difficile de faire avancer ça, donc c'est beaucoup une logique de petits pas. Puis mettons par exemple l'idée d'un plan de communication commun, ça pourrait être un premier petit pas intéressant.

1810

1815

Mais sinon il n'y en aura pas de facile, il n'y a pas de solution magique. On est dans la complexité, c'est une crise maintenant, il faudrait qu'on agisse maintenant. C'est aussi malheureusement... C'est aussi simple et complexe que ça.

LA PRÉSIDENTE :

1820

Monsieur Tessier, voulez-vous rajouter quelque chose? Parce que c'est le moment où nous allons clore votre intervention. Est-ce que vous m'avez entendu? Ah, je pense qu'il ne répond plus.

Mme IMANE CHERIET :

1825

Je pense qu'il est là maintenant.

LA PRÉSIDENTE :

1830

Je ne l'entends pas. Bon, il y a un bogue, il y a un bogue. Alors malheureusement, on va devoir clore notre échange maintenant. Merci. On a hâte de vous lire. Vous allez nous déposer quelque chose?

Mme IMANE CHERIET :

1835

Oui.

LA PRÉSIDENTE :

On a déjà ceci, et ça sera avant le 28 février.

1840

Mme IMANE CHERIET :

Oui.

LA PRÉSIDENTE :

1845

Merci beaucoup, madame Cheriet.

Mme IMANE CHERIET :

1850

Merci à vous

LA PRÉSIDENTE :

1855

Merci, monsieur Tessier.

M. DENIS LECLERC :

Merci, madame Cheriet.

1860

LA PRÉSIDENTE :

Alors nous allons prendre quelques secondes et recevoir notre prochain invité.

1865

Alors nous reprenons nos travaux avec l'audition de l'opinion de monsieur Nicolas Leclerc, qui est à titre de citoyen. Monsieur Leclerc, bonsoir.

M. NICOLAS LECLERC, citoyen :

Bonsoir.

1870

LA PRÉSIDENTE :

On a lu votre opinion, votre mémoire, et on a hâte de vous entendre.