

ASSEMBLEE GENERALE

dela

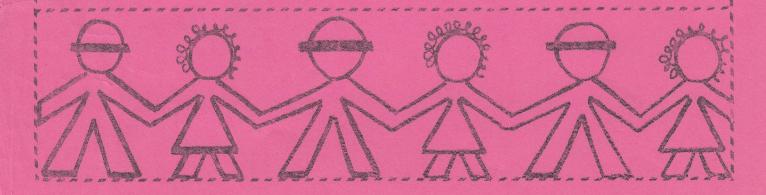
CLINIQUE COMMUNAUTAIRE

Pointe - St - Charles

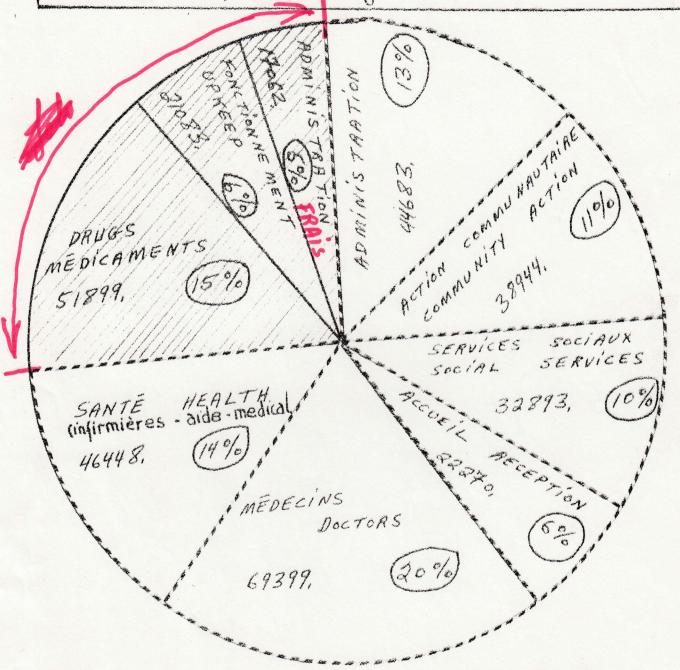
Lundi 16 avril 1973

POINTE ST. CHARLES
COMMUNITY CLINIC
CLINIQUE COMMUNAUTAIRE
DE POINTE ST. CHARLES
565 DUBLIN
MONTREAL 104

My Paul Shapedeland

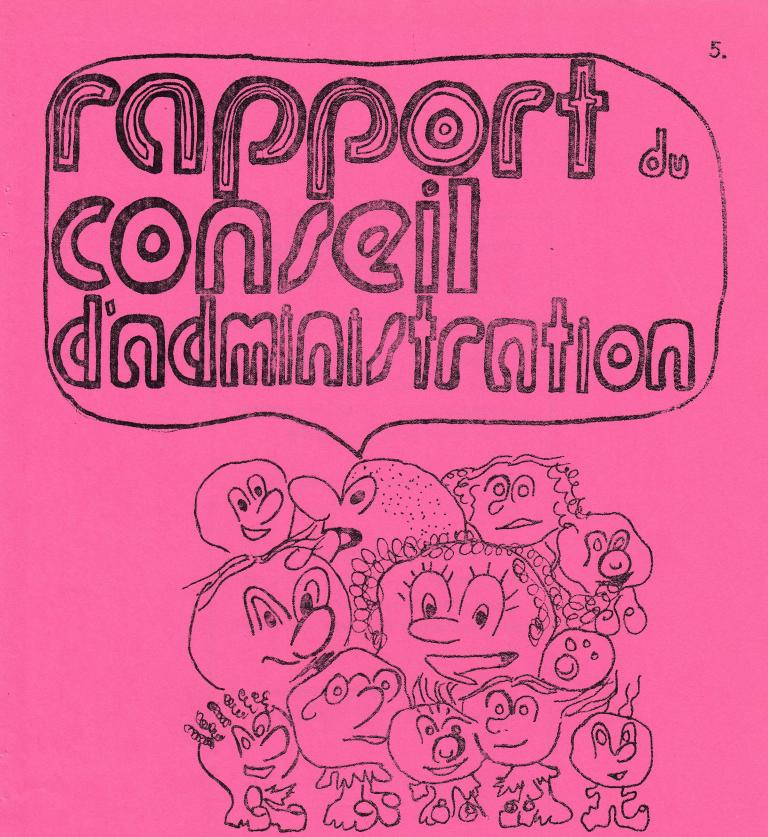


Total expenses of the clinic for the year ending Dec. 31,72



Total des dépenses \$344,681.
Total expenses

Dons: \$14,589.



M. Dutil (président), Mme. Poulin; Mme Dubois, Mme Larocque, Mme Dubé (trèce), Mle Lemay (secrétaire; représentante du personnel), M.Calabretta, M. Robson (remplaçant), M.Breton (directeur).
Ont laissé pendant l'année: Mme Vaudry, M.Tibbo, M.Dupont, M. Showers, Mme Ryan (remplaçante)

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION A L'ASSEMBLEE GENERALE DES CITOYENS DE LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE-ST-CHARLES

Nous avions reçu le mandat de diriger la Clinique dans le sens des orientations que l'Assemblée générale des citoyens avait définies.

Ce soir, nous venons vous rendre compte de notre mandat.

Nous vous dirons comment nous avons dirigé la Clinique, quels problèmes nous avons rencontrés, comment nous avons fait face aux situations.

Et nous vous ferons quelques propositions sur l'orientation de la Clinique

LA PAROLE EST A VOUS......

POUVOIR AUX CITOYENS

... PAS NIMPORTE QUELS CITOYENS

Pour nous, il ne s'agit pas de n'importe quels citoyens. Car, bien sûr, tout le monde est citoyen (le premier ministre, les grands financiers, les hommes d'affaires, les professionnels, etc). Mais pour nous, quand nous disons CITOYENS, nous voulons dire:

- les travailleurs
- les petits salariés
- les ménagères
- les assistés sociaux
- les chômeurs

ceux qui partagent les mêmes conditions de vie, d'exploitation...ceux qui sont la GRANDE MAJORITE à Pointe-St-Charles.

"...PAS N'IMPORTE QUEL POUVOIR"

Pour nous, il ne s'agit pas de n'importe quel pouvoir. Depuis longtemps, la Clinique appartient aux citoyens de Pointe-St-Charles. Ce sont eux les premiers qui se sont préoccupés de la santé dans le quartier. Nous avons toujours essayé de diriger la Clinique dans l'intérêt des travailleurs du quartier et de leurs famille. Aujourd'hui le Gouvernement, avec la loi 65 veut nous enlever le POUVOIR.

Bien sûr, les professionnels de la santé, les hommes d'affaires qui siègent sur les conseils d'administration des hôpitaux, etc. et tous ceux qui ont toujours contrôlé la santé au Québec ne sont pas d'accord avec la loi 65...mais ce n'est pas pour les mêmes raisons que nous. Hux, c'est parce qu'ils perdent des privilèges. Nous, c'est parce que nous perdons une des rares possibilités de prendre en mains notre santé, de vivre une vraie démocratie à la base, de défendre les intérêts de ceux qui n'ont jamais eu les moyens de s'organiser contre les injustices dont ils sont victimes.

Pour une fois qu'on avait construit une Clinique bien à nous, dirigée par nous, le Gouvernement cherche à reprendre ce que nous avions gagné: NOUS AVONS BIEN COMPRIS QUE LE GOUVERNEMENT NE TRAVAILLE PAS DANS NOTRE INTERET..... Depuis l'été dernier, nous avons essayé d'expliquer cette situation aux citoyens: nous avons fait un montage, nous avons rencontré presque chaque groupe et, avec le Centre Communautaire, nous avons préparé l'Assemblée générale du 16 oct. 72 où les citoyens ont dit OUI AU CLSC MAIS A CONDITION DE GARDER LE POUVOIR AUX CITOYENS ET DE CONSERVER L'ACQUIS. + wassen de production -

Cette position, nous l'avons défendue devant les représentants du gouvernement (Pour ceux qui veulent plus d'information, voir le Dossier d'information à la page B). Nous avons bien vite compris que le gouvernement ne pouvait pas accepter le contrôle total de la Clinique par les citoyens du quartier. Ils ont essayé de nous amadouer, de nous promettre une participation majoritaire pour nous consoler de la perte du contrôle total qu'entraînerait une acceptation inconditionnelle du CLSC. Mais nous n'avons pas accepté cela: nous avons dit et redit que la seule position acceptable était celle que nous vivons actuellement. Nous avons compris que pour les quartiers de travailleurs, la loi 65 est un retour en arrière, qu'elle sert à récupérer les énergies des citoyens qui ont bâti leur Clinique. Elle montre que le gouvernement et nous, c'est deux mondes bien différents, qui ont des intérêts différents.

2- "NOUS AVONS TRAVAILLE AVEC D'AUTRES QUARTIERS"

La position des citoyens lors de l'Assemblée du 16 oct. a été notre force. Mous avons exposé publiquement notre choix (Voir le texte "Quand des citoyens se tiennent debout" dans le Dossier d'information à la page A). Mous l'avons fait connaître aux autres quartiers ouvriers (Hochelaga-Maisonneuve, Petite-Bourgogne, St-Henri, St-Jacques, Centre-Ville, Centre-Sud). Nous avons formé avec ces quartiers un Front Commun parce que nous savons bien que c'est seulement en s'unissant avec d'autres travailleurs que nous serons une force devant la loi 65. (Voir la position du Front Commun dans le Dossierd'information, à la page E).

3- "NOUS NE DEVONS PAS LACHER..."

Bien sûr, notre position nous met en contradiction avec le gouvernement. Mais nous devons avoir le courage d'affronter les conséquences de cette situation: est-ce que le gouvernement nous forcera la main, nous coupera les fonds pour nous obliger à dire comme lui? Nous ne savons pas.

Pour l'instant, la Clinique continue d'être financée par le gouvernement. Nous pensons qu'on ne coupera pas les fonds à la seule Clinique qui existe dans le quartier, qui sert près de 10,000 personnes SURTOUT SI LA GRANDE MAJORITE DE CES PERSONNES CONTINUENT A SE TENIR DEBOUT. Mais nous devons être prêts à affronter toutes les situations....C'est pourquoi nous vous proposons:

- A) de maintenir le POUVOIR AUX CITOYENS dans la Clinique parce que c'est la seule solution digne des citoyens de Pointe-St-Charles, de leur tradition de participation, de prise en mains de leurs affaires.
- B) de prendre tous les moyens pour que le plus grand nomnombre de citoyens et de comités dans la Pointe soient tenus au courant des événements et invités à appuyer lors de moments importants.
- C) que **l'on** continue de s'unir aux autres quartiers, groupes de citoyens, travailleurs syndiqués et non syndiqués qui partagent nos orientations.
- D) que l'on étudie les différents moyens qui pourraient exister pour que la Clinique continue d'être totalement contrôlée par les citoyens.

ENGAGEMENT DE LA CLINIQUE DANS LE QUARTIER

LA CLINIQUE VEUT ETRE UN SERVICE . . .

Bien sûr, quand les gens sont malades, il faut les souler. C'est un travail très important. Nous avons mis sur pied notre propre dinique parce que les citoyens de Pointe-St-Charles n'avaient presque pas accès à la santé... sans ça on attendrait encore que le couvernement veuille bien s'occuper de nous et nous implanter un CLSC... mais à ses conditions!!

Nous avons essate de développer des services qui réportant aux besoins du quartier médecins de la communautaire psychiatres, psychologues dentiste dédicaments gratuits (Voir le document dur les Activités de la Clinique dans le bésier d'information page G). Un service, ca peut toujours s'améliorer, se développer, grandir: malgré des faiblesses évidentes nous avons essayé de rendre la santé plus accessible aux travailleurs du quartier...

* MAIS ... PAS SEULEMENT UN SERVICE: ELLE VEUT CHANGER LES CONDITIONS DE VIE INHUMAINES

Il ne s'agit pas juste de donner une piqure, de fournir des pilules, de guérir un mal de ventre, etc. IL FAUT CHANGER LES CONDITIONS DE VIE INJUSTES DANS LESQUELLES LES GENS VIVENT: c'est ça le plus important.

Si nous disons que la maladie provient des mauvalses conditions de logement, de salaire, d'éducation, de travail, d'alimentation, de loisirs, etc. Alors la Clinique doit s'engager aux côtés de tous ceux qui, dans notre quartier et ailleurs au Québec, travaillent à changer ces injustices.

Nous avons essayé de nous engager dans ce sens et c'est pourquoi la Clinique:

- a soutenu financièrement et politiquement les groupes qui travaillent au changement social: ADDS, PIEC, BIS, Carrefour d'Education Populaire, GMAPCC, Clinique Mobile du Peuple, Conseil de Développement social, Clinique du Peuple de St-Henri, le POPIR, le centre pré-natal, le Comité des Médicaments, la garderie

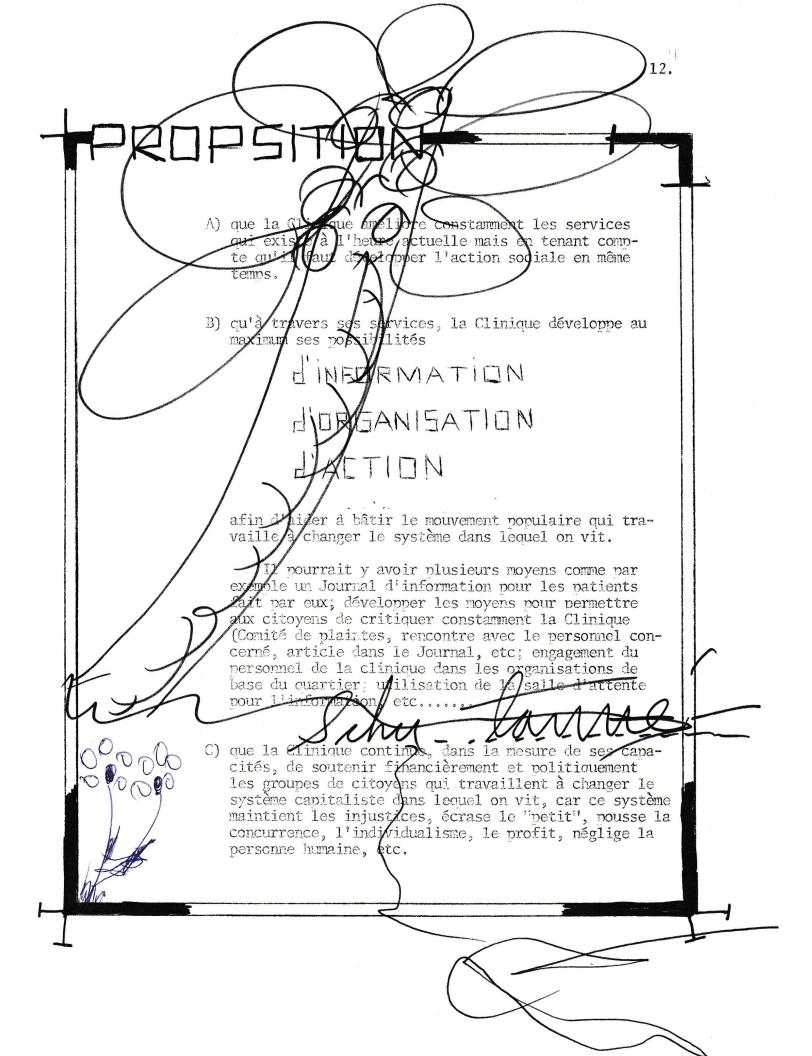
- a appuyé la lutte sociale engagée par le Front Commun des Syndicats, l'action-boulevard
- a contribué à la mise sur pied de la Maison de Quartier qui veut provoquer le regroupement des forces populaires et mener plus loin l'action politique.
- a essayé de rendre les choses meilleures, tout de suite, pour les employés: \$100. minimum pour tous, réduction le plus possible des écarts de salaires entre les employés, reconnaissance des charges familiales, pas de discrimination concernant les diplômes, le statut professionnel (c'est ici que nous avons des mésententes avec les nutritionnistes: pour plus d'information voir le document page F), un mois de vacances payés pour tous, trois mois de congé de maternité payé, encouragement à la formation ermanente, pas de chef, de sous-chefs, mais le travail d'équipe

NOS GRANDES FAIBLESSES:

Nous sommes bien conscients que nous avons beaucoup de faiblesses et que nous avons commis des erreurs:

- a) par exemple, plusieurs personnes et plusieurs groupes ont des plaintes à faire sur les services (on attend trop longtemps, on ne prend plus de patients, c'est pas très propre, les marches sont glissantes, etc).
- b) mais le plus important c'est que nous n'avons pas encore utilisé toutes les ressources de la Clinique pour qu'elle devienne un instrument, parmi d'autres, d'organisation des travailleurs, de changement social et politique.

NOUS SERIONS CAPABLES DE FAIRE INFINIMENT PLUS...ET C'EST POURQUOI NOUS VOUS PROPOSONS....



DOSSIER D'INFORMATION

DOSSIER D'INFORMATION

INFORMATION-DUSTINE L'INDE MATION-DOSSIER D'INFOLMENT

-DOSSIER

DOSSIER D'INFORMATION-UDSSIEF L

- "Quand les citoyens se tiennent debout"
- Rapport du Comité de Négociations B)
- c) Rencontre avec Québec
- "Nous disons NON au CRSSS" D)
- Front Commun des Cliniques Populaires E)
- F) Nutritionn Istes'
- Activités du personnel de la Clinique G)
- Syndicat des Employés de la Clinique H)

Pour des raisons qui nous Echappent, la position des citoyens de Pointe St. Charles (face au C.L.S.C. proposé par le gouvernement Québécois) est passée quasi inaperçue aux yeux. de l'opinion publique. Serait-ce que la presse veut boycotter les initiatives populaires venant des quartiers soit disant "défavorisés"? Nous sommes portés à le croire, d'autant plus que notre "NON au C.R.S.S.3." est passé lui aussi quasi inaperçu. Pourtant, ces prises de position revêtent une importance majeure pour ce qui est de la réorganisation des services de santé et des services sociaux au Québec.

"UN CHANGEMENT DE LA GARDE..."

Dès la naissance du Bill 65, la Clinique Communautaire de Pointe St-Charles avec d'autres groupes populaires avaient manifesté de sévères réserves car en gros, cette réorganisation s'effectuait au sein des couches dominantes (minoritaires) de la société, les milieux de travailleurs étant laissés pour compte. Comme l'exprinait un éditorial du Devoir, le 14 octobre 1971:

"(...) Le Bill 65 propose un déplacement notable des responsabilités à partir des professionnels jusqu'à l'État. Les institutions en étaient arrivées en maints endroits à satisfaire davantage aux exigences et caprices des professionnels qu'aux besoins du public. Le Bill 65 met la hache dans ces abus et disons bravo. Le Bill 65, après avoir récupéré une large part des pouvoirs autrefois dévolus aux professionnels, ne sait plus qu'en faire et les remet candidement aux technocrates. Les citoyens, un instant séduits, par l'entrée en scène du pouvoir politique, restent médusés en voyant qu'on les a simplement invités à un changement de la garde".

Ce "changement de la garde" a suscité de grands débats au sein des détenteurs traditionnels du pouvoir (administrateurs liés par les grandes corporations, professionnels de toutes sortes, directeurs d'hôpitaux, médecins spécialistes, fédération des omnipraticiens, Collège des Médecins, etc...) chacun essayant de tirer la couverture de son bord. A preuve, cette critique faite encore une fois par le Devoir face au mémoire des omnipraticiens:

"(...) Les omnipraticiens parlent de participation mais ils pensent surtout à leur propre contribution.
(...) Les omnipraticiens sont prompts à réduire la participation du milieu pour gonfler la leur. Quand un groupe se montre aussi épris de ses privilèges et défend aussi âprement le moindre des droits acquis, il doit renoncer à emboucher les trompettes de la démocratie."

(le Pevoir 17/09/71)

FAUSSE CONCEPTION DE LA SANTE:

De plus, cette réorganisation, n'était qu'une réorganisation. Elle ne remettait pas fondamentalement en cause la conception même de la santé dans notre société, trahissant ainsi certains espoirs qu'avait fait naître le rapport Castonguay-Nepveu:

"(...) Alors que le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu tentait de centrer la planification de la santé sur la prévention et la promotion, le Bill 65 retombe dans le piège de la planification de la santé à partir de la maladie...
i.e. à partir des hôpitaux qui sont des institutions de distribution de soins.
(...) vouloir imbriquer la prévention dans l'organigramme d'une institution de distribution de soins, c'est la vouer à demeurer sous la tutelle du traitement.

(Roger Roy, Bill 65 "A quand la promotion de la santé" le Devoir 29/10/71)

Cette réorganisation ne remet pas fondamentalement en cause la médecine traditionnelle qui est essentiellement clinique c'est-à-dire qui considère que la maladie n'a que des causes organiques, physiologiques, sans liens avec les conditions socio-économiques de notre société: cette médecine-là soigne des maladies et se préoccupe peu de la personne qui reste aux prises avec la société.

Tout le rapport de Jack Siemiatycki (préparé pour la Clinique de Pointe St-Charles en janvier 1972) démontre la fausseté de cette médecine. Il explique noir sur blanc la relation très étroite entre le statut socio-économique et la maladie. Ainsi plusieurs facteurs conditionnent" l'état de santé" d'une personne et d'une collectivité: les conditions de logement, l'accès à l'éducation, les conditions de travail dues à l'insdustrialisation (travail à la chaîne par exemple qui est foncièrement inhumain), la sécurité d'emploi, les possibilités d'une meilleure alimentation (d'ou la nécessité d'un long travail d'éducation mais aussi de la remise en cause de l'industrie de l'alimentation (muvaise qualité, prix exhorbitants,) l'environnement du quartier, les traditions, etc...

Cette réorganisation ne remet pas fondamentalement en cause le pouvoir économique et idéologique des médecins: l'aplaventrisme face à cette catégorie de professionnels de la santé reste encore, malgré les progrès notables enregistrés, la caractéristique majeure du Bill 65.

NOTRE EXPERIENCE:

Pans ce contexte, la position des citoyens de Pointe St-Charles revêt une importance majeure. Ceux-ci n'ont pas attendu le Bill 65 pour mettre sur pied leur clinique communautaire: ils n'ont pas cru tellement aux grandes déclarations des professionnels de la santé s r leur dévourment au bien de la société... En effet, Pointe St-Charles (comme tout le sud-ouest, d'ailleurs) a toujours été quasi totalement dépourvu de soins médicaux... les cabinets privés de médecin n'y pullulaient pas, les hôpitaux non plus; ils ne se sont pas fiés non plus aux notables de la place, aux élites traditionnelles. Au contraire, dès 1967, avec l'aide d'étudiants en médecine, ce sont les travailleurs, petits salariés, chômeurs, mères de famille, assistés sociaux, qui ont bâti progressivement leur clinique et en ont assumé intégralement l'orientation et la gestion.

Même si l'expérience est encore courte, on peut déjà percevoir les mesures progressistes mises de l'avant par un conseil d'administrations de travailleurs élus par les gens du quartier:

- * Tout d'abord la perception très vive que la maladie est liée aux conditions socio-économiques et donc l'effort sans cesse renouvelé pour lutter contre ces conditions (investissements de temps, d'argent, de personnel).
- * La conscience qu'il faut miser sur la promotion colleclive de la santé i.e. la mobilisation directe du milieu dans le processus de transformation des conditions de vie sinon la santé sera uniquement une affaire de consommation de soins.
- La redéfinition du rôle des "professionnels de la santé" dans ce processus - plus particulièrement des médecins et infirmières: alors que la santé d'une société a toujours été liée quasi exclusivement à l'intervention du médecin et de l'infirmière (celle-ci étant dominée par le médecin et dominant à son tour l'auxiliaire, etc...) nous considérons qu'ils interviennent plutôt à un moment précis de la maladie (habituellement le moment de crise) et qu'ils sont un des éléments - pas nécessairement le plus important - du processus collectif de santé. Ainsi, il n'y a aucune raison pour privilégier économiquement le médecin dans notre société: les hauts revenus des médecins ne sont pas basés sur le rôle réel, limité qu'ils jouent dans le processus de santé mais uniquement sur leur appartenance à la classe dominante, qui par un rapport de force maintient des écarts de revenus disproportionnés entre les citoyens.
- * Dans cette perspective, l'instauration du salariat pour les médecins (sans la baisse de productivité dont nous menace constamment le corps médical) selon des critères qui visent à réduire les écarts entre les citoyens.
- * La recennaissance du rôle réel que jouent les infirmières dans le diagnostique et le traitement des maladies courantes au sein de la communauté.
- * La déprofessionalisation i.e. l'accès, pour les citoyens du quartier, à la compétence, à la technique, etc... par des voies autres que les filières traditionnelles et uniques de l'Université et de la Corporation.
- * Politique salariale et conditions de travail décentes pour le personnel: (ex: un mois de vacance pour tous, recornaissance des charges familiales, trois mois de maternité payé.

- * Services particuliers à la communauté: soins dentaires et médicaments gratuits.
- * Encouragement financier aux groupes de citoyens actifs dans la communauté.
- * Refus de la burcaucratie, de la ségrégation entre professionnels et non professionnels.
- * Etc...

Bref, une clinique qui ne se veut pas uniquement "machine distributrice de soins", même plus humains, plus personnalisés, mais facteur de changement social pour la communauté, de promotion collective de la santé...

HOTRE POSITION:

On comprendra facilement pourquoi nous ne sommes pas prêts à la "passasion des pouvoirs" comme nous y convie la loi 65. Nous aurions bataillé d'arrache-pied pendant quatre (4) années à bâtir une clinique communautaire qui travaille avant tout pour les intérêts de la classe ouvrière et nous devrions "rendre les armes"... à des gens nommés par le gouvernement, à des gens parachutés des Centres Hospitaliers et des Centres de Services Sociaux, à un représentant du personnel professionnel et un autre du personnel non-professionnel (distinction que nous nions), nous retrouvant minoritaires au sein du Conseil d'Administration du C.L.S.C.! Ce serait-là une défaite pour le monde ouvrier, défaite d'autant plus catastrophique qu'à tous les autres échelons des structures de la santé et des services sociaux la participation des travailleurs est nulle.

Nous avons déjà dit NON au C.R.S.S.G. pour des raisons bien évidentes (entre autre la sur-sur-représentation des maires). Cette fois-ci, lors d'une assemblée générale qui a réuni plus de 300 citoyens, le 16 octobre, dernier, nous avons dit:

OUT AU C.L.S.C. MAIS A TROIS CONDITIONS qui sont vitales pour nous:

- 1. GARDER LE POUVOIR AUX CITOYENS: C'est à cette condition fondamentale que le C.L.S.C. servira les intérêts des travailleurs et sera un facteur de changement social et politique pour la communauté.
- 2. <u>CONSERVER L'ACQUIS</u>: tel que nous l'avons brièvement décrit plus haut, et qui représente ce qui a été gagné par les citoyens ces dernières années.
- 3. METTRE SUR PIED UNE MAISON DE QUARTIER: indépendente du C.L.S.C., financée par des sources non-gouvernementales, qui soit le lieu de formation et de mobilisation du quartier qui soit comme la "conscience du C.L.S.C." car celui-ci risque constamment de se "faire manger par les services"...

Ces conditions représentent un minimum vital pour tout quartier de travailleurs. Nous nous sentons soli aires avec tous les citoyens qui veulent pendre en charge leur communauté, et gérer directement leurs institutions. Plusieurs l'ont déjà fait: ces initiatives "méritent autre chose que l'immolation sur l'hotel de la démocratie verbeuse et bureaucratique" (le Devoir, 11/08/71) la santé de notre société est trop précieuse pour la confier aux seuls professionnels de la santé et aux seuls technocrates.

Le Comité de Négociation de la Clinique Communautaire et du Centre Communautaire de Pointe St. Charles.



RAPPORT DU COMITE DE NEGOCIATIONS

Depuis la dernière assemblée générale des deux Conseils d'Administration (16 octobre 1972), nous n'avons eu que quelques réunions du comité de négociations.

- La première rencontre a eu lieu le 18 octobre 1972. Nous avons défini le rôle du comité de négociations. Son rôle fut défini comme suit:

"Le Comité de Négociations, c'est le lieu où la Clinique et le Centre s'aident et s'appuient mutuellement tout au cours de la négociation dans l'esprit de la troisième option".

- A la deuxième rencontre, le 26 octobre 1972, le comité conjoint a discuté de problèmes suivants: le Service Social Richelieu, les diététiciennes (voir annexe F) et le poste information-référence. Dans le cas du Service Social Richelieu, le comité cherche une solution au problème des 25 patients abandonnés par le S.S.R. Il n'était pas question de les laisser entre les mains du Centre Communautaire qui devenait la Maison de Quartier, ni de les envoyer à la Clinique car ça pouvait nuire à la négociation avec le gouvernement. La Clinique s'occupa des cas urgents et en même temps, d'entreprendre des démarches pour dénoncer le manque de responsabilité du S.S.R. Le Comité conjoint trouva que le poste information-référence pouvait rester dans la Maison de Quartier, mais avec une autre orientation
- Toute la rencontre du 14 novembre 1972, porta sur comment définir le pouvoir aux citoyens et l'acquis. Nous avons défini le pouvoir aux citoyens comme suit:
 - 1. Représentation de 10 personnes sur 11 sur 1e comité d'administration. Ces personnes sont patients usagers de la Clinique, représentatif du quartier. Ils auront déjà participé à nos assemblées générales et aux groupes populaires. Habitant le quartier, ils seront élus d'après nos règlements.
- 2. Possibilité de faire ce que l'on veut.
- 3. Prise de décision.
- 4. Garder le droit d'engager ceux que nous voulons, à notre façon. et selon nos critères, ceci, même pour le directeur.
- 5. Choix des services, l'orientation, les priorités.
- 6. Politiques salariales.
- 7. Organiser et contrôler nos assemblées générales.
- 8. Contrôle total de nos argents.

- L'acquis, pour nous, ça voulait dire:
 - 1. Travailleurs familiaux communautaires.
 - 2. Sorte de médecins: action sociale prévention actes médicaux.
 - 3. Conditions de travail et politique salariale.
 - 4. Services actuels: médicaments dentiste transport
 - 5. Déprofessionnaliser (pas de ségrégation entre les professionnels et les autres employés).
 - 6. Refus de la hiérarchisation au sein de l'équipe.
- A la rencontre du 23 novembre 1972, il a été convenu par les deux Conseils d'Administration que chacun négocierait de son côté, mais en acceptant des représentants de chacun des Conseils.
- La réunion du 6 février 1973 porta sur les rencontres que la Clinique a eues avec les fonctionnaires du gouvernement. Il s'agissait de s'entendre sur le financement du C.L.S.C. et sur la présentation des programmes (activités du personnel). Il a été question du statut du futur C.L.S.C. qui doit être réglé avec le C.R.S.S.S. (annexe D), selon les dires des fonctionnaires, et la politique salariale qui doit être réglée avec le Ministère des Affaires Sociales.
- A la réunion du 5 mars 1973, le Comité de Négociations décida des dates des deux assemblées générales (2 avril 1973 et 16 avril 1973). Il sera proposé à l'assemblée générale la dissolution du Comité de Négociation.

En somme, il y a eu un certain nombre de rencontres du comité conjoint. Il faut dire que les rencontres étaient surtout des réunions d'information, d'échanges de points de vue sur les négociations.

REHCONTRE ENTRE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE, DES MEMBRES DU COMITE DE NEGOCIATION DES SERVICES COMMUNAUTAIRES, ET LES REPRESENTANTS DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Mercredi le 29 novembre 1972, à la Clinique Communautaire de Pointe St. Charles.

I. PRESENCES:

- 1) Conseil d'Administration de la Clinique: Jean-Guy Dutil, Rob Showers, Francis Calabretta, Ghislaine Dubé, Mme L. Dubois, Mme J. Poulin, Mme P. Larocque, Suzanne LeMay, Guy Breton.
- 2) Services Communautaires: Suzanne Plamondon, M. Magas, Denis Tougas.
- 3) Ministère des Affaires Sociales: M. Forget, M. Plamondon, M. Lavertu, M. André Paul.

II. RAPPEL DU TRAVAIL DU COMITE DE NEGOCIATION CHARGE DE PREPARER L'ASSEMBLEE GENERALE DES CITOVENS.

On rappelle aux représentants du Ministère les différentes étapes et les divers moyens mis en oeuvre depuis l'été pour préparer l'Assemblée Générale:

a) étude du Bill 65.

b) premier contact avec la plupart des groupes et organismes du quartier pour en connaître précisément les objectifs, l'orientation, les effectifs, etc...

c) préparation d'un montage audio-visuel sur le Bill 65 (objectifs, structures) et la Clinique, en comparaison.

d) présentation du montage à tous les groupes du quartier.

e) organisation de l'assemblée générale qui a eu lieu le 16 octobre dernier et à laquelle près de 300 citoyens ont participé.

III. PRECISIONS CONCERNANT LA MAISON DU QUARTIER

- On précise aux représentants du Ministère ce qu'on entend par la mise sur pied d'une Maison de Quartier. Il ne s'agit absolument pas d'une activité, ou d'un projet du CLSC qui en assurerait la tutelle. La Maison de Quartier sera entièrement indépendante du CLSC, financée par des sources non-gouvernementales, et contrôlée par un groupe de citoyens différent de celui qui contrôle le CLSC.
- Cette option vient du fait que les citoyens ont conscience des limites d'un CLSC surtout en ce qui concerne la mobilisation du quartier, l'action militante, la contestation politique, etc... Il s'agit aussi de susciter le maximum de participation de la part des citoyens afin qu'ils prennent en main eux-mêmes leur quartier.
- Il est entendu que la Maison de Quartier n'assurera aucun service comme tel. Le problème ne se pose pas pour les travailleuses sociales car il n'y en a plus (le Service Social Richelieu n'ayant pas renouvelé les postes). Quant aux diététiciennes, elles seront intégrées à la Clinique à partir de janvier 1973.

"C'est louable qu'on veuille s'organiser sans nous" de dire M. Forget. Nous comprenons qu'à partir de janvier 1973 la Maison de Quartier sera financée de l'extérieur. La contribution financière du Ministère des Affaires Sociales reste toujours possible par le biais de programmes our vous pourriez présenter. Nous pouvons aussi signaler à la Fédération que le Ministère n'a plus rien à voir avec la Maison de Quartier".

IV. CONDITIONS POSEES PAR L'ASSEMBLEE GENERALE DES CITOYENS DE POINTE ST. CHARLES.

Selon M. Forget, parmi les conditions posées par les citoyens de Pointe St. Charles, "il y en a qui sont facilement acceptables pour le Ministère, d'autres un peu moins et d'autres enfin plus difficilement acceptables".

On s'engage alors dans l'explicitation de ces conditions. Pour le Comité d'Administration, la principale demeure le POUVOIR AUX CITOVENS, i.e. un Conseil d'Administration tel qu'il existe à l'heure actuelle: 10 citoyens représentatifs du quartier (travailleurs, petits salariés, chômeurs, assistés sociaux), un représentant du personnel professionnel et non-professionnel, un directeur sans droit de vote.

La seconde condition, c'est de CONSERVER L'ACTUIS i.e. liberté d'engagement du personnel, politique salariale, choix des priorités, liberté d'action sociale.

(A) POUVOIR AUX CITOYEHS:

La discussion s'engage d'abord sur certains aspects de la politique salariale mais on revient vite au coeur du problème, à savoir le pouvoir aux citoyens tel qu'explicité par le Conseil d'Administration.

Pour les représentants du Ministère, cette condition est évidemment illégale. Mais il y a moyen de faire en sorte que, tout en respectant la loi, les citoyens gardent le pouvoir. Il faut d'abord bien lire la loi: celle-ci dit que les Centres Hospitaliers (CH) et les Centres de Services Sociaux (CSS) ont chacun un représentant sur le C.A. du CLSC. Rien ne dit que les CH et les CSS ne peuvent pas déléguer ce pouvoir de représentation à des citoyens préalablement élus à une assemblée générale du quartier, et qui sont suggérés au CH et au CSS.

De même, la loi dit que deux citoyens seront "nommés" par le lieutenant-gouverneur en conseil: qu'est-ce qui empêche que ces deux citoyens soient nommés à partir d'une liste de citoyens étus par L'assemblée générale du quartier?

Je plus, les deux représentants du personnel peuvent fort bien être des gens du quartier.

A cette argumentation, le Conseil d'Administration répond qu'il s'agit là de dispositions contraires à l'esprit qui a animé les citoyens responsables de la Clinique depuis plusieurs années. Les personnes qui sont sur le Conseil d'Administration doivent répondre à des critères précis: être responsable, être ou avoir été actif dans un comité de citoyens, un groupe populaire, etc, être représentatif du quartier là très grosse majorité composé de travailleurs petits salaries, chômeurs, mères de famille, assistés sociaux, etc), être patient de la Clinique. Ce qui a été vécu à Pointe St. Charles c'est la participation directe et totale de ce genre de citoyens au contrôle de la Clinique. C'est ce type de participation qui permet vraiment de connaître les besoins d'une communauté et d'y répondre lex: dentiste, médicaments. Clinique Mobile, action sociale, etc). A cause de la loi 65, on veut arrêter ce développement et nous faire revenir en arrière. Par exemple, on ne voit vraiment pas pourquoi il doit y avoir un représentant du CH et un autre du CSS sur le Conseil d'Administration du CLSC: il y a bien moyen d'entretenir avec ces institutions des relations systématiques (style contrat de travail) sans les avoir sur notre Conseil d'Administration. Nous n'avons pas eu de difficultés à entretenir des relations avec certains hôpitaux... On ne voit pas non plus, pourquoi il faut faire une distinction entre professionnels et non-professionnels car ce que nous essayons de faire, c'est que les professionnels ne contrôlent pas tout comme ça s'est fait par le passé.

M. André Paul dit alors: "Je n'essaie pas de vous faire accroire que la loi 65 ne change rien mais que c'est seulement une modalité de nomination de cinq personnes sur onze qui est un retour en arrière pour vous".

Pour M. Forget, le fait qu'un représentant du CH soit sur le C.A. du CLSC vient de la nécessité que l'hôpital joue son rôle fice à la communauté. Si, à venir jusqu'ici, Pointe St. Charles n'a eu aucune difficulté dans ses relations avec les hôpitaux, il se peut bien que dans deux ou trois ans, quand l'expérience sera moins populaire, moins unique, qu'il y aura plusieurs CLSC, alors peut-être les choses changeront, et deviendront plus difficiles. Il faudrait penser à ça.

Quant aux professionnels de la santé, spécialement les médecins, il est vrai qu'ils ont souvent monopolisé le pouvoir dans le passé. Avec la loi 65, les choses changent: ils en ont un peu moins. Le contraste est déjà grand entre ce qui existait avant et ce qui est proposé par la loi 65: vouloir trop éloigner les professionnels du pouvoir, c'est risquer qu'ils ne soient pas tellement intéressés à venir dans les CLSC avec les conséquences qu'on connaît.

Hais, de l'avis du Conseil d'Administration, si condans le jeu de ces structures, on perd tout de ce qui a été gagné par les citoyens. Peut-être est-il possible de "faire jouer la loi en notre faveur"... mais peut-être que ce n'est pas possible non plus... Qui peut nous garantir que le CH, le CSS et le lieutenant-gouverneur accepteront la liste de citoyens élus par l'assemblée générale du quartier? Et en admettant que pour cette année, ils acceptent, cette modalité est tellement fragile, elle risque tellement d'échapper au contrôle des citoyens qu'on peut raisonnablement prévoir que dans deux ans ou trois ans, il n'y aura plus de citoyens élus que les cinq prévus dans la loi.

M. Forget relance à nouveau l'hypothèse d'un contrôle majoritaire possible par les citoyens. On peut sans doute être sceptique face aux deux personnes nommées par le lieutenant-gouverneur: de "quel bord" serai ntelles? Il appartient alors auc citoyens qui sont à l'extérieur du CLSC de faire les pressions nécessaires pour que le lieutenant-gouverneur nomme des citoyens acceptables pour le quartier.

Il y aura donc cinq citoyens élus, plus les deux représentants du personnel qui peuvent être des gens du quartier, plus possiblement les deux nommés par le lieutenant-gouverneur: dans ce contexte le représentant du CH et celui du CSS seront "noyés"... On peut aussi penser que si le CH ou le CSS prennent cette question au sérieux et tiennent à ce que leurs représentants soient bien acceptés par le CLSC (afin d'entretenir de bonnes relations entre les deux ou trois institutions), ils se soucieront de nommer là des gens acceptables par le CLSC et répondant le plus possible aux critères exigés.

Il faut aussi se rendre compte que si le Ministère acceptait la situation de fait qui existe à Pointe St. Charles, qu'est-ce qui empêcherait les Conseils d'Administration d'hôpitaux par exemple d'exiger la même chose? Ce serait lier les mains du gouvernement et bloquer tout changement possible. Il faut aussi savoir que dans certains coins, ce sont les élites traditionnelles l'médecins, maires, curés, avocats, etc.) qui continuent de monopoliser le pouvoir et que, dans ces cas, la loi 65 est le seul moyen qui permette un peu plus de participation de la population.

À ceci, le Conseil d'Administration réplique qu'on ne sera pas plus avancé si on bloque une participation plus poussée dans un quartier sous prétexte qu'il n'y a rien ailleurs... Ce n'est tout de même pas la faute de Pointe St. Charles si les citoyens ont décidé depuis longtemps de prendre leurs affaires en main. Malgré tout ce qui a été suggéré par les représentants du Ministère pour faire "jouer la loi en faveur des citoyens", on ne peut s'empêcher de constater que la loi 65 passe comme un rouleau compresseur sur l'expérience de Pointe St. Charles: "ce que nous voulons, c'est aller de l'avant et la loi nous arrête".

(B) POLITIQUE SALARIALE

Au niveau de la politique salariale, une idée importante émise par les représentants du Ministère des Affaires Sociales, c'est qu'ils sont extrêmement soucieux de ne pas créer de précédents.

De plus, le Ministère doit tenir compte de ce qui a été décidé entre le Gouvernement et les Syndicats (Front Commun de la fonction publique) pour tout ce qui concerne les clauses salariales (qui sont les mêmes partout: les clauses de privilèges acquis soit au niveau sectoriel, soit au niveau local ne valent pas pour la politique salariale). Aussi on doit tenir compte du fait que les employés de la Clinique sont syndiqués, et en train d'élaborer une convention collective qui reste à négocier. Le Conseil d'Administration fait remarquer que pour discuter cette question, il manque un interlocuteur très important: le syndicat des employés de la clinique.

Pans la politique salariale de la Clinique, certains aspects sont très intéressants, mais d'autres sont plus difficilement acceptables, tant pour le Ministère que pour le syndicat d'ailleurs: entre autre, le concept de revenu familial, et le concept de rémunération des travailleuses communautaires qui ne tient pas compte du diplôme. Mais pour certain représentant du Ministère, cette politique implique des excédents monétaires pour deux ou trois personnes seulement: il n'est pas impossible d'entrevoir un règlement de ces cas d'exception compte-tenu, d'une part, des nouveaux réajustement concernant les allocations familiales et d'autre part de ce qui a été négocié entre le Fouvernement et le Front Commun concernant les aides sociales non-diplômées (catégorie dans laquelle entreraient les travailleuses communautaires): la marge excédentaire serait comblée en 1973

- . Pour M. Paul, il existe une différence entre l'établissement d'un poste selon les besoins (ce qui peut être tout à fait acceptable) et la rémunération de ce poste (qui doit tenir compte de certains facteurs dont les ententes gouvernement-syndicat).
- Encore une fois, le Conseil d'Administration fuit remarquer que la politique salariale de la Clinique s'est développée selon un esprit bien différent qui veut rendre justice aux employés de la Clinique, diplômés ou non. Si on ne veut pas faire de distinction au niveau des tâches, des postes et qu'on en fait au niveau du salaire, alors tout cet effort pour établir de nouveaux critères de rémunération est peine perdue.
- · Un représentant du Ministère suggère alors que le Gouvernement accepte en principe la politique salariale, sauf les cas d'exception qui seront à reviser conjointement.

(C) SALARIAT POUR LES MESECINS

Selon M. Forget, l'expérience du salariat pour les médecins, qui a été tentée dans quelques endroits, n'a pas donné de très bons résultats et n'a impressionné personne. Quand les médecins sont à salaire, ils ont tendance à ne pas travailler beaucoup...

Ceci dit, le Ministère n'est alvolument pas contre le principe du salariai pour les médecins, sauf qu'il faut trouver des moyens pour contrôler l'efficacité du travail: or on sait qu'il n'est pas facile de contrôler ce type de professionnels. Un de ces moyens, c'est sûrement le travail en équipe où le médecin (comme chaque membre de l'équipe) est à la fois stimulé et contrôlé. C'est ce qui existe à Pointe St-Charles, et tant mieux si ça marche!

Il est entendu que les négociations entre le Ministère des Affaires Sociales et les Syndicats de Médecins ne lient vas les CLSC ni les hôpitaux Sauf qq'il faut trouver des médecins qui acceptent de venir travailler dans un CLSC. Le Conseil d'Administration reste maître des exigences et du salaire qu'il entend poser à ses médecins.

(D) ETABLISSEMENT DES PRIORITES:

"Est-ce que le Conseil d'Administration est "roi et maître" d'établir ses priorités?"

Oui, selon les représentants du Ministère, mais à la condition de respecter le programme de base, i.e. les services de première lignes au niveau médical et social. Des coupures de 50% à ce niveau seraient vraiment inacceptables, tant pour le Ministère que pour la population.

De plus, comme le CLSC fonctionne par programme, il est fort possible qu'on "mette le paquet" sur un problème du quartier à un moment donné: il s'agit alors de respecter les objectifs du programme.

C'est une question de pourcentage raisonnable à assurer dans les services et dans l'action communautaire: M. Paul fait remarquer qu'il ne serait pas très intelligent et très productif que les médecins par exemple se lancent en action communautaire et délaissent les services de consultation, de traitement... si jamais cela arrivait, le Ministère serait justifié d'intervenir.

Le Conseil d'Administration fait remarquer que les gens qui ont été élus sont suffisamment intelligents pour assurer que les services soient donnés à la population: mais ils sont aussi conscients que la grande proportion de ce type de travail n'est que du "patchage" et qu'il faut s'attaquer aux causes a le de ces maladies et de ces problèmes. Cette orientation implique une façon différence de concevoir la médecine, et un accent sur l'action communautaire, qui dans ce contexte ne peut pas être l'affaire de quelques personnes seulement mais de fout le personnel d'une clinique qui se veut réellement communautaire.

(E) CONTROLE PROFESSIONNEL DE LA QUALITE DES SERVICES:

"Est-ce que le Gouvernement va nous inposer des travail-Leurs sociaux professionnels?" C'est cette question qui a amené le débat sur le contrôle de la qualité des services.

Le Conseil d'Administration explique l'esprit avec lequel La clinique essaie de répondre à des besoins d'ordre social et pourquoi on engage des gens du quartier pour le faire.

Selon les représentants du ministère, cette politique est acceptable mais le Gouvernement (comme n'importe quel Gouvernement) doit s'assurer de la qualité de ces services. Il faut trouver des modalités de contrôle acceptable par le Gouvernement et la clinique (ex: examen des dossiers, etc...)

Pour M. Paul une modalité de contrôle serait la présence d'un TSP qui contrôlerait la qualité "professionnelle" des services fournis par les travailleuses communautaires. Cette intervention a provoqué une réaction plutôt négative des membres du Conseil d'Administration pour qui le fait de posséder un diprôme en service social est loin d'assurer automatiquement une "qualité garantie" de services. De plus, on fait remarquer que les critères qui déterminent l'efficacité ou non d'une

intervention face à un problème social (ex: l'alcoolisme, etc...) ne sont pas très bien définis. Il se peut qu'un conseil d'administration d'un CLSC détermine lui-même un certain nombre d'exigences, de responsabilités, compte-tenu des besoins du quartier, et qui, tout en étant différentes, assurent une qualité certaine de soins...

M. Paul souligne encore qu'il ne faut pas tomber dans l'excès contraire i.e. tout remettre entre les mains des citoyens. Il y a des tâches qui ne peuvent être accomplies que par des professionnels: "je ne me ferais pas opérer par n'importe quel citoyen...!"

On fait remarquer à M. Paul qu'il sous-estime l'intelligence et la responsabilité: du Conseil d'Administration: "on est assez intelligent pour ne pas se permettre de faire des choses ridicules". Mais ou tient à pousser le plus possible sur la "déprofessionalisation" des services: ainsi, on assure une bonne qualité de soins mais sans le prestige, le mythe qui entoure habituellement le professionnel...

(F) TRANSFERT DE TSP DANS LE CLSC

par la loi 65?

Est-ce que le CLSC sera obligé d'accepter les TSP déplacés

Selon M. Forget, il n'est pas question d'imposer du personnel à un CLSC: le Conseil d'Administration reste autonome et c'est lui qui choisit le personnel. Mais, par ailleurs, plusieurs TSP sont syndiqués et il faut respecter la sécurité d'emploi de ces personnes. Ca signifie qu'ils peuvent faire application en priorité dès qu'un poste est ouvert: mais le Conseil d'Administration reste entièrement libre de son choix.

(G) ENGAGEMENT DU PERSONNEL:

Pans l'acquis que la clinique veut conserver, il y a l'entière liberté d'engagement du personnel, <u>y compris le directeur</u>. Cette condition semble acceptable au Ministère: la loi mentionne le recours à un jury au niveau de la sélection mais c'est le Conseil d'Administration qui décide.

(H) CRSSS

Le Conseil d'Administration explique La position de Pointe St-Charles prise en juin dernier alors que nous étions dans le groupe des "socio-économiques": nous avions dit non à cette force de démocratie. Même si nous avons dit oui au CLSC nos raisons demeurent toujours valables.

Plusieurs fois au cours de la réunion, M. Forget nous recommande d'entrer en relation avec le CRSSS, de tenter un effort de persuasion car c'est avec eux que nous devrons voir toute la question des élections du Conseil d'Administration du CLSC. Le CRSSS est en effet chargé de voir à ce qu'il y ait au moins une assemblée générale par année; c'est lui qui décide comment se fait l'élection et les mises en nomination... Donc il serait important de sonder le terrain de ce côté-là...

(I) SUITES DE LA RENCONTRE:

Les personnes représentants le Ministère sont mandatées pour poursuivre les négociations. Ce soir nous avons fait un premier travail de déblayage qu'il faudra continuer.

Au plan juridique, il nous faut une nouvelle chartre et une incorporation en vertu de la loi 65. Pour ce, il faut faire une demande (nom, adresse, qualification de l'institution) au département de la programmation.

Au plan des services de base, M. Paul suggère que le Conseil d'Administration Lui présente un programme à partir du document du Ministère sur les CLSC. On fait remarquer à M. Paul que la clinique existe déjà depuis quatre (4) ans et qu'on se voit mal en train de faire un programme. Le Conseil d'Administration décidera bientôt de la façon dont il entend procéder compte-tenu des suggestions apportées.

C.R.S.S.S. de la région de Montréal.

Les raisons qui suivent expliquent pourquoi la Clinique Communautaire de Pointe St. Charles et les Services Communautaires refusent de participer à la mise sur pied du

1. depuis quatre ans, en ce qui concerne la Clinique, les citoyens ont expérimenté la participation directe à l'orientation et à la gestion de leur service. En fait, ce sont eux qui ont réellement exercé le pouvoir dans cette institution. Mous l'avons exercé aussi dans le contexte où d'autres groupes de citoyens prenaient en main leurs propres problèmes et cherchaient à y remédier par leurs propres moyens: avocats pomulaires, comité de logement, bureau d'éducation, clinique juridique, coopératives de consommation, etc... Pe plus cette participation s'est réalisée progressivement selon une conception nouvelle des rapports humains: travail d'équipe, prise de décision collective, partage des tâches, refus de la hiérarchisation, du "cheé", du "boss", de l'expert ou du professionnel comme seul détenteur de la connaissance, de la technique. Hous considérons cette évolution historique des groupes de citoyens comme une contribution importante à la société québecoise.

Compte tenu de cette expérience de participation directe à l'orientation et à la gestion de leur service, vous comprendrez facilement que nous rejusions de participer à cette "farce" que constitue la nomination par le lieuxenant-gouverneur (institution périmée d'ailleurs) des deux personnes représentants des groupes socio-économiques au CRSSS:

• Les groupes socio-économiques dans une région comme Montréal sont nombreux et diversifiés; on n'a absolument pas tenu compte de cet aspect important: tous les groupes socio-économiques sont mis dans le même sac de sorte que les Chevaliers de Colomb, les Chambres de Commerce et les avocats populaires par ex. se retrouvent sur la même chaise.

Chaque groupe suggérera deux personnes et le lieutenant-gouverneur choisira allègrement selon son plaisir, son humeur... son intérêt et les pressions qui s'exerceraient sur lui. Comme le rapporte Solange Chalvin du Devoir:

"Motons que le lieutenant-gouverneur détient également le privilège de nommer ces deux membres après examen de la composition du conseil d'administration. Les citoyens présents ont contesté ce privilège qui permet au lieutenant-gouverneur de se servir des groupes socio-économiques pour équilibrer la composition du conseil d'administration.

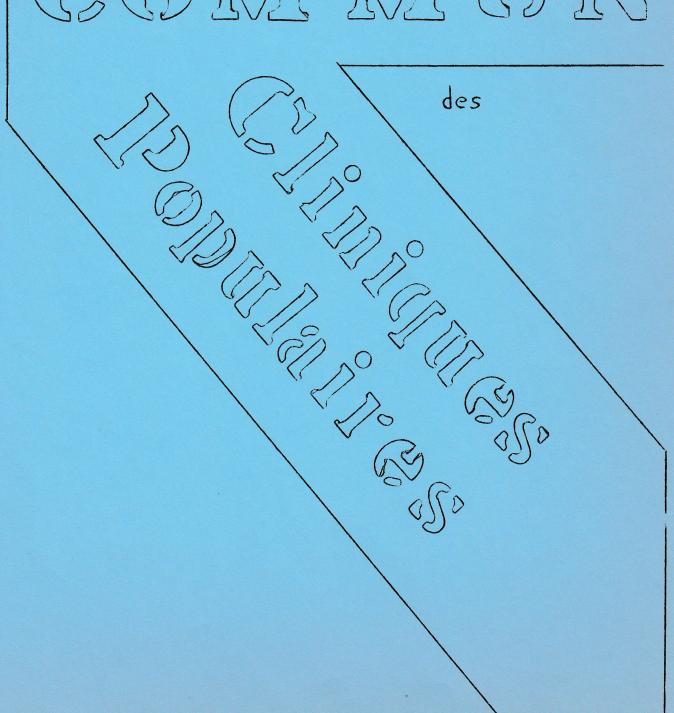
A titre d'exemple hypothétique, disons que la composition du CRSSS comprend 19 hommes... on peut croire que le lieutenant-gouverneur sera enclin à choisir deux femmes chez les groupes socio-économiques, pour faire échec à la critique: il en serait de même si le CRSSS comprenait 19 francophones ou une absence complète de représentants de Laval, etc."

In est loin de la participation directe!

- . De tous les groupes représentés au CRSSS (maires, C.L.S.C. etc.) <u>seuls</u> les groupes socio-économiques se voient réfuser arbitrairement le droit d'élire leurs représentants!
- La sous-sous-représentation des groupes socio-économiques (compte-tenu de leur nombre, de leur diversité) tranche de façon flagrante et révoltante avec la sur-sur-représentation des maires. Hul ne niera que les maires, de par leur position de pouvoir et de prestige dans la société, ont largement l'occasion et la possibilité de faire entendre leur voix... ce qui n'est absolument pas le cas pour la majorité des groupes socio-économiques. La monopolisation par les maires de 4 sièges sur 21 au CRSSS est un abus de pouvoir que nous contestons. Que peuvent faire deux travailleurs (en admettant que le l-g. les choisissent) contre quatre maires?!!!

Ces raisons nous incitent à refuser catégoriquement notre participation à cette caricature de démocratie: nous invitons tous les groupes populaires, qui ont des intérêts communs, à faire de même. Et nous exigeons que la représentation des groupes socio-économiques soit au moins proportionnelle à leur nombre, à leur diversité, et que l'on procède par élection et non par nomination arbitraire "par en haut"...

IFIROMITE COMMINITY



POUVOIR

AUX

CITOYENS

NON AU CRSSS

COMITE

DE

COORDINATION

. IL EST PROPOSE:

Que les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) des quartiers ouvriers soient contrôléss à tous les niveaux par les travailleurs, petits salariés, ménagères, chômeurs, assistés sociaux qui forment la très grande majorité de ces quartiers et qui partagent les mêmes intérêts, les mêmes conditions de vie, de travail, de logement.

ACCEPTEE A L'UNAMINITE

. IL EST PROPOSE:

Que ceux qui auront le contrôle du CLSC soient élus par une assemblée générale souversine de leur quartier. Les élections devront être organisées par les travailleurs du quartier.

ACCEPTEE A L'UNANIMITE

. IL EST PROPOSE:

Que le Front Commun marque son opposition au CRSSS et n'y envoie pas de représentants.

ACCEPTEE A L'UNANIMITE

· IL EST PROPOSL:

De mettre sur pied un Comité de Coordination formé d'un délégué par groupe et chargé:

- d'élaborer un domument de travail qui serait notre définition commune d'un CLSC
- de trouver des mécanismes qui permettront aux informations de circuler entre les groupes (ex: un bulletin de liaison)
- de convoquer les prochaines réunions et de préparer les ordres du jour

ACCEPTEE A L'UNANIMITE

NUTRITIONNISTES

1. Depuis environ 5 ans, le quartier profitait d'un service de nutritionnistes par le Diet Dispensary et plus tard par le Centre Communautaire.

A l'assemblée générale de la Clinique et du Centre Communautaire du 16 octobre, 1972, il a été décidé que le Centre devenait 'Maison de Quartier' et ainsi n'offrait plus aucun service.

- 2. Le Comité d'Administration de la Clinique trouve qu'il y a un réel besoin de nutritionnistes dans la Pointe St. Charles et en a même fait une résolution lors d'une assemblée régulière du 12 décembre 1972.
- 3. Le Ministère des Affaires Sociales de Québec, accepte de donner les argents nécessaires au Centre Communautaire jusqu'au 31 mars, pour donner une chance à 1a Clinique de voir comment ce service pourrait s'intégrer aux autres programmes de 1a Clinique.
- 4. Le 6 mars, 1972, le Comité d'Administration de la Clinique a fait des propositions concrètes aux nutritionnistes engagées par le Centre Communautaire.

Le Comité d'Administration accepte d'avoir des employés qui oeuvrent dans ce domaine, à la condition que ces employés soient engagés aux mêmes conditions que tous les autres employés de la Clinique.

CONDITIONS:

- a) Avoir une entrevue avec le Comité de Sélection qui doit s'assurer si tout nouvel employé a le même esprit de travail que la Clinique.
- b) La Clinique (les membres du Comité d'Administration et les membres du personnel) veulent agir sur les conditions de travail des travailleurs du Québec: donner à ceux qui n'ont pas de diplômes un salaire minimum un peu respectable, d'enlever les grandes différences de salaire entre les professionnels et les citoyens ordinaires et ainsi les professionnels de la Clinique acceptent d'avoir un peu moins de Haut salaire qu'ils auraient ailleurs selon leur convention collective.
- c) Le Comité d'administration a accepté que tous les employés soient représentés selon la loi par un seul syndicat.
- 5. Les nutritionnistes du Centre Communautaire nous disent vouloir travailler dans le quartier et accepteraient de passer au Comité de Sélection, mais refusent:
 - A) Le salaire que la Clinique leur offre: soit à peu près leur salaire actuel. Elles tiennent au salaire négocié par leur syndicat professionnel.

a)	La Clinique offre pour la:	A 2000 AND	6,600 8,450
b)	Le centre leur donnait :	1ère 2ème	6,700 8,500

c) Le salaire exigé par elles: 1ère 7,740 2ème 10,507

- B) Ces personnes refusent de faire partie du syndicat des employés de la Clinique, elles veulent entrer leur syndicat à la Clinique.
- 6. Par différentes personnes, il y a eu quelques rencontres entre ces personnes et la Clinique.
- 7. Avant même d'avoir rompu nos négociations et sans nous en parler, nous avons reçu un avis de la cour du Ministère du Travail, nous disant que le syndicat des nutritionnistes voulaient forcer la Clinique à accepter ces employées à leurs conditions de salaire et avec leur syndicat.
- 8. Le Ministère des Affaires Sociales du Québec, nous dit que nous aurons un budget total d'environ \$300,000 et que la responsabilité de déterminer comment seront répartis ces argents, revient au Comité d'Administration de la Clinique.
- 9. Devant ces positions, les membres du Comité d'administration pensent qu'accepter les conditions que veut imposer le syndicat des nutritionnistes, serait rejeter tous les efforts qui ont été faits dans notre lutte pour des meilleurs salaires pour les citoyens non professionnels.
- 10. Devant ces faits, le Comité d'Administration pense attendre l'occasion de défendre ces positions devant la cour du Ministère du Travail.

Voici la façon dent nous avons compris ce problème.

RAPPORT DES ACTIVITES DU PERSONNEL

ACCUEIL

Nous nous occupons de 3,571 familles. La Clinique accueille, en moyenne, 100 patients par jour. Le service d'accueil est assuré par:

2 téléphonistes (une sur la rue Centre, et l'autre sur la rue Dublin)

l secrétaire médicale l auxiliaire en archives

Les objectifs de ce service est de bien accueillir les citoyens qui ont besoin de l'aide de la Clinique et d'intéresser les personnes à participer davantage à la vie de la Clinique et du quartier.

SERVICES DE SANTE

Il y a 20,000 citoyens dans la Pointe. Nous rejoignons un peu plus de la moitié de la population. Notre préoccupation est de fournir tous les soins de médecine générale à la population de la Pointe et, également, leur assurer l'accès aux soins spécialisés. Pour répondre à ces besoins, nous avons une équipe médicale qui se compose de:

2 omnipraticiens à plein temps (médecine générale) 2 omnipraticiens à temps partiel (médecine générale) 8 infirmières à plein temps

on ajoute les spécialistes:

l gynécologue (1 après-midi par semaine)

l pédiatre (1 soir par semaine)

l psychologue (2 soirs par semaine) l psychiatre (à temps partiel)

Le médecin travaille en équipe avec les autres membres de la Clinique. Il voit beaucoup moins de patients qu'un médecin dans son bureau privé mais il prend le temps de s'occuper d'eux. L'infirmière voit les patients qui se présentent à la Clinique et se déplace pour les voir à la maison. Elle agit comme assistante du médecin; elle soigne les patients et traite les maladies simples.

a) soins dentaires

Nous avons 1,543 patients. Avec le service d'un dentiste et d'un assistant-dentiste, il est difficile de répondre à tous les besoins de la communauté. C'est donc actuellement impossible avec l'équipement que nous avons d'entreprendre une action à long terme qui améliorerait la dentition des citoyens du quartier. Nous espérons trouver une solution à ce problème.

b) prévention

La plupart des maladies ont des causes socio-économiques profondes. L'abrutissement de l'ouvrier, le déséquilibre social qui favorise le riche, la société de consommation et de capital impose à nos patients des conditions de vies où la santé physique et psychologique est souvent impossible.

Aussi, tout plan de prévention doit s'attaquer aux causes de la maladie. Par contre, même si la prévention médicale traditionnelle (immunisation, dépistage, hygiène, etc.) ne s'attaque pas aux causes profondes, nous la croyons essentielle à l'heure actuelle dans notre communauté. Ce service est assuré par une infirmière.

TRAVAILLEUSES (EUR) FAMILIALES COMMUNAUTAIRES

Des 3,571 familles que nous avons, plusieurs familles nécessitent une présence continue jusqu'à 2 à 3 fois par semaine. Ces familles ont besoin d'un support pour les aider à solutionner elles-mêmes leurs problèmes. C'est alors que nous faisons appel à l'équipe des travailleuses (eur) communautaires qui sont au nombre de 8.

Les travailleuses (eur) communautaires font diverses tâches paramédicales demandées par l'équipe médicale avec laquelle elles (il) travaillent en collaboration. Elles (il) font de la thérapie individuelle ou familiale en collaboration avec le psychiatre. En somme, elles (il) font le lien entre les familles et les ressources du quartier et aident les gens à participer à la vie du quartier.

EQUIPE SOCIALE

Nous sayons que la plupart des maladies viennent des mauvaises conditions de travail et des mauvaises conditions de vie. Dans ce sens, les citoyens de la Pointe ont déjà entrepris des actions pour tenter de régler leurs problèmes. Ils ont mené des luttes sur plusieurs fronts comme le logement, l'éducation, la santé.

Maintenant, nous croyons que pour obtenir plus de justice et de meilleures conditions de vie, nous devons arriver à mettre sur pied une organisation autonome des travailleurs, petits salariés, chômeurs, assistés sociaux pour changer nos conditions de vie.

Le travail de l'organisateur communautaire est d'aider les citoyens à prendre en mains leurs problèmes, à s'organiser pour en arriver à contrôler la vie de la communauté. L'organisateur communautaire est une aide technique pour les groupes. Il prépare les réunions, rédige des textes, ramasse l'information et la distribue, etc. Il fera également des recherches pour les groupes.

Actuellement, l'équipe sociale est au nombre de 5 dont 4 organisateurs et l recherchiste. L'équipe travaille présentement avec les groupes tels que: Clinique Mobile du Peuple, le Mouvement Amélioration Santé (Comité de Médicaments, Centre Pré-Natal), Bureau d'Information Scolaire, le Point Improvement Education Committee. En somme, nous collaborons avec tous les groupes du quartier.

ADMINISTRATION

Tout le travail d'administration est assuré par un directeur, un comptable et deux secrétaires. Ces personnes voient au bon fonctionnement administratif de la Clinique.

CLINIQUE MOBILE DU PEUPLE

La Clinique Mobile du Peuple a été établie en août 1971 par un groupe de citoyens engagés dans Pointe St. Charles. Nous avions une grosse camionnette bien équipée qui allait de rue en rue pour trouver les personnes qui avaient besoin de soins médicaux mais qui ne les recevaient pas. Nous avons découvert beaucoup de citoyens qui avaient besoin de soins et nous nous sommes assurés qu'ils recevaient le traitement adéquat.

Après que notre camionnette a été en marche pendant un mois, nous nous sommes arrêtés pour penser comment nos services pouvaient être plus efficaces. L'été dernier, nous avons employé une infirmière, et plus tard une secrétaire, une coordinatrice et un médecin (à demitemps). La camionnette était trop grosse et la plupart de l'équipement n'était pas vraiment nécessaire et nous pensions que les meilleurs soins que l'on pouvait donner étaient d'aller aux portes de ceux qui en avaient besoin.

Nous essayons de trouver des patients. Des patients nous sont réferrés par des groupes et services de citoyens, les travailleurs communautaires de la Clinique Médicale et par des individus. Nous cherchons du monde qui ne savent pas où aller pour obtenir de l'aide, et les gens qui hésitent à sortir. Nous les aidons à trouver les services qu'ils ont besoin et nous nous assurons que ces besoins sont comblés. Les autres patients sont ceux qui ne peuvent pas sortir: qu'ils soient trop vieux, handicapés ou des malades chroniques. Ces personnes demeurent nos patients.

Nous croyons qu'un service de santé ne doit pas seulement s'occuper des gens malades qui ont besoin de soins mais il se doit de combattre les causes de l'état médiocre de la santé dans notre quartier. Nous encourageons les groupes de citoyens en leur réferrant les patients qui pourraient profiter de ce contact. Nous expliquons à nos patients que leurs problèmes sont partagés par d'autres et que l'action collective est souvent le meilleur moyen pour les résoudre. Nous participons à des réunions de cuisine où nous discutons de problèmes de santé; les gens apprennent les causes de la maladie et sont encouragés à se joindre aux autres citoyens pour lutter pour de meilleures conditions de santé. De cette façon, les citoyens pourrant travailler ensemble à résoudre les problèmes de santé - entreprendre des actions sur des questions comme le logement, et à organiser les soins médicaux sur une base locale.

Nous avons aussi commencé à établir des contacts avec des ouvriers travaillant dans les usines de la Pointe, afin de voir comment notre service pourrait leur être utile lors d'actions entreprises par eux sur des questions telles les mauvaises conditions de travail et de santé en usine.

Les membres de la Clinique Mobile du Peuple ont travaillé énormément afin d'arriver à leurs objectifs et, pour trouver de nouveaux moyens en vue d'améliorer la santé et les conditions de vie. Si vous avez des idées, ou si vous voulez vous joindre à nous, téléphonez à Joanne, à 937-9251.



RAISONS POUR LESQUELLES LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE S'EST SYNDIQUE.

1. Pour constituer une force d'appui pour le conseil d'administration face aux négociations actuelles avec le gouvernement re:

- conserver pouvoir et participation réelle des citoyens.

- conserver ce qui a été acquis avec les citoyens pour les employés.

- 2. Le syndicat est un instrument que les employés se donnent (comme les citoyens se servent de comités):
 - a) pour appuyer les mouvements de citoyens.

b) pour faire de l'action politique.

c) pour que les travailleurs de la Clinique soient respectés (conditions de travail, salaire).

Nous aurions pu, bien sûr, former un syndicat indépendant, mais nous avons pensé que c'était préférable de nous affilier à une grande centrale: (La CSN).

- pour être en contact avec d'autres syndiqués.

- pour être au courant des luttes que les syndiqués mènent.

- pour améliorer notre formation politique et sociale.

- pour s'associer aux travailleurs dans ces luttes et pour apporter notre contribution à ces luttes.

- pour pouvoir aussi être appuyé par des travailleurs dans nos luttes.

Nous pensons aussi que nous pouvons prendre, à certains moments, des distances face aux grandes centrales: c'est-à-dire que nous ne sommes pas obligés d'adopter toutes leurs décisions ou de toujours partager leurs points de vue. Notre affiliation nous laisse quand même une autonomie: nous voulons garder un coprist critique face à l'organisation syndicale.

Le Syndicat des Travailleuses de la Clinique Communautaire de Pointe St. Charles.