

QUITTANCE

Considérant que le gouvernement du Québec, par le décret 1153-2001 du 26 septembre 2001, a établi le Programme national de réconciliation avec les orphelins et les orphelines de Duplessis;

Considérant que les personnes admissibles à ce programme sont celles, encore vivantes au 30 juin 2001, qui répondent aux conditions suivantes :

1. entre le 1^{er} janvier 1935 et le 31 décembre 1964, elles ont été admises dans un hôpital psychiatrique alors qu'elles étaient âgées de 18 ans ou moins;
2. elles étaient orphelines ou considérées comme telles notamment en raison de leur abandon ou de leur illégitimité;
3. leur internement dans un hôpital psychiatrique n'était vraisemblablement pas justifié;

Considérant que ce programme a pour objet de verser à ces personnes une aide financière individuelle sans égard à la faute et à la responsabilité de qui que ce soit;

Considérant que cette aide financière est versée en considération des situations difficiles et injustes vécues par ces personnes lors de leur internement;

Considérant que plusieurs facteurs dont l'épuisement du temps rendent difficile de départager les rôles respectifs qu'ont pu jouer, à l'égard de ces situations difficiles et injustes vécues par ces personnes, les divers intervenants qu'ils soient gouvernementaux, religieux, médicaux ou autres;

Considérant que le gouvernement estime que la société québécoise dans son ensemble a un devoir moral à l'égard de ces personnes et que c'est dans ce contexte que s'inscrit le Programme national de réconciliation;

Considérant que le gouvernement, par ce programme, veut définitivement tourner la page sur ces situations difficiles et injustes;

vivantes au 30 juin 2001, qui répondent aux conditions suivantes :

1. entre le 1^{er} janvier 1935 et le 31 décembre 1964, elles ont été admises dans un hôpital psychiatrique alors qu'elles étaient âgées de 18 ans ou moins;
2. elles étaient orphelines ou considérées comme telles notamment en raison de leur abandon ou de leur illégitimité;
3. leur internement dans un hôpital psychiatrique n'était vraisemblablement pas justifié;

Considérant que ce programme a pour objet de verser à ces personnes une aide financière individuelle sans égard à la faute et à la responsabilité de qui que ce soit;

Considérant que cette aide financière est versée en considération des situations difficiles et injustes vécues par ces personnes lors de leur internement;

Considérant que plusieurs facteurs dont l'écoulement du temps rendent difficile de départager les rôles respectifs qu'ont pu jouer, à l'égard de ces situations difficiles et injustes vécues par ces personnes, les divers intervenants qu'ils soient gouvernementaux, religieux, médicaux ou autres;

Considérant que le gouvernement estime que la société québécoise dans son ensemble a un devoir moral à l'égard de ces personnes et que c'est dans ce contexte que s'inscrit le Programme national de réconciliation;

Considérant que le gouvernement, par ce programme, veut définitivement tourner la page sur ces situations difficiles et injustes;

Considérant que cet objectif exige, tel que le prévoit d'ailleurs le programme, que chaque personne déclarée admissible doit, pour obtenir l'aide financière prévue, renoncer à tout droit et recours civil contre quiconque, personne morale ou personne physique, qu'il soit un intervenant gouvernemental, religieux, médical ou autre, pour tout dommage ou préjudice que ce soit relatif aux événements visés par ce programme, y compris pour des dommages ou préjudices résultant de sévices de quelque nature que ce soit qu'elle a pu subir à l'occasion de son séjour en établissement.

Je, soussigné, **Hervé Bertrand**, domicilié au **135, rue Therrien, C.P. 4723, Route rurale 3, Sainte-Anne-des-Plaines (Québec) J0N 1H0**, déclare avoir été informé de la décision rendue à mon égard le **18 juin 2002** par le Comité multipartite. Je comprends donc que je suis admissible au Programme national de réconciliation avec les orphelins et orphelines de Duplessis et recevrai, si je signe le présent document, une aide financière de **dix-huit mille dollars (18 000\$)**.

En contrepartie de ce versement provenant uniquement du gouvernement du Québec et fait sans préjudice, ni admission, je renonce, par la présente, à toute réclamation et tout recours d'ordre civil, individuel ou collectif, déjà entrepris ou que je pourrais entreprendre concernant quelque dommage, sévices ou préjudice que ce soit, que j'ai pu subir à l'occasion de mon séjour en établissement pendant la période de mon internement ou qui découlent, directement ou indirectement, de ce séjour en établissement et ce, contre le gouvernement du Québec, ses employés, préposés et mandataires passés, présents et futurs, contre **La Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence**, ses administrateurs, officiers, employés, membres, mandataires et ayants droit, passés, présents et futurs, notamment toute personne ayant œuvré à **l'Hôpital Mont-Providence de Rivière-des-Prairies** de même que contre quelque autre personne que ce soit, qu'elle soit une personne physique ou une personne morale, y compris le gouvernement du Canada, ses employés, préposés et mandataires passés, présents et futurs.

de sévices de quelque nature que ce soit qu'elle a pu subir à l'occasion de son séjour en établissement.

Je, soussigné, **Hervé Bertrand**, domicilié au **135, rue Therrien, C.P. 4723, Route rurale 3, Sainte-Anne-des-Plaines (Québec) J0N 1H0**, déclare avoir été informé de la décision rendue à mon égard le **18 juin 2002** par le Comité multipartite. Je comprends donc que je suis admissible au Programme national de réconciliation avec les orphelins et orphelines de Duplessis et recevrai, si je signe le présent document, une aide financière de **dix-huit mille dollars (18 000\$)**.

En contrepartie de ce versement provenant uniquement du gouvernement du Québec et fait sans préjudice, ni admission, je renonce, par la présente, à toute réclamation et tout recours d'ordre civil, individuel ou collectif, déjà entrepris ou que je pourrais entreprendre concernant quelque dommage, sévices ou préjudice que ce soit, que j'ai pu subir à l'occasion de mon séjour en établissement pendant la période de mon internement ou qui découlent, directement ou indirectement, de ce séjour en établissement et ce, contre le gouvernement du Québec, ses employés, préposés et mandataires passés, présents et futurs, contre **La Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence**, ses administrateurs, officiers, employés, membres, mandataires et ayants droit, passés, présents et futurs, notamment toute personne ayant œuvré à **l'Hôpital Mont-Providence de Rivière-des-Prairies** de même que contre quelque autre personne que ce soit, qu'elle soit une personne physique ou une personne morale, y compris le gouvernement du Canada, ses employés, préposés et mandataires passés, présents et futurs.

J'abandonne également tout droit, passé, présent ou futur, à faire partie de tout recours collectif, déjà entrepris ou qui pourrait l'être, concernant quelque dommage, sévices ou préjudice que ce soit, que j'ai pu subir à l'occasion de mon séjour en établissement pendant la période de mon internement ou qui découlent,

directement ou indirectement, de ce séjour en établissement et 'ce, contre le gouvernement du Québec, ses employés, préposés et mandataires passés, présents et futurs, contre **La Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence**, ses administrateurs, officiers, employés, membres, mandataires et ayants droit, passés, présents et futurs, notamment toute personne ayant œuvré à **l'Hôpital Mont-Providence de Rivière-des-Prairies** de même que contre quelque autre personne que ce soit, qu'elle soit une personne physique ou une personne morale, y compris le gouvernement du Canada, ses employés, préposés, mandataires, passés, présents et futurs.

Je reconnais avoir pris connaissance du présent document, y compris de ses considérants et avoir eu l'occasion d'obtenir des explications sur sa portée et sa nature. Je déclare en comprendre la portée et la nature et je signe de façon libre et volontaire.

Signé, à _____, le _____

Signature du bénéficiaire

Signé, à _____, le _____

Signature du curateur, tuteur ou conseiller (si requise)

Je, témoin, _____, reconnais que Monsieur Hervé Bertrand a