

Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal



**CONSULTATION DE L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT
DES RÉSEAUX LOCAUX
DE SERVICES DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL**

**VERS DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX**

19 mars 2004

Présentation

Action Autonomie, le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal est un organisme à but non lucratif offrant aide et accompagnement pour le respect des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Il a été mis sur pied par et pour des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale et convaincues de la nécessité de se regrouper pour faire valoir leurs droits.

Action Autonomie a obtenu le mandat d'aide et d'accompagnement de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre pour toute l'Île de Montréal.

Notre organisme est accessible à toute personne ou groupe de personnes qui, ayant utilisé des services de santé mentale, requiert une aide pour obtenir accès à des services, formuler une plainte ou mener à terme toute autre revendication de ses droits.

S'appuyant sur le principe de primauté de la personne, la démarche s'effectue dans un rapport d'aide et non d'autorité. Ainsi, nous favorisons la prise en charge de la personne par elle-même, nous manifestons un préjugé favorable envers elle et nous véhiculons sa volonté. L'aide et l'accompagnement se fait dans une perspective de self-advocacy. Partant du principe que la personne est mieux placée que quiconque pour exprimer ses besoins et ses objectifs, nos conseillères et conseillers ont d'abord et avant tout comme rôle de soutenir la personne dans ses démarches.

En plus de fournir aide et accompagnement, nous agissons également comme porte-parole de personnes vivant des problèmes de santé mentale, nous visons à sensibiliser la population au vécu des personnes usagères des services en santé mentale et à faire des représentations auprès des autorités concernées pour promouvoir et défendre leurs droits.

UN HOMME DE TROP

*Ils vous ont enlevé vos couteaux, vos lacets,
Vos maisons, vos jardins. Ce n'était pas assez,
Ils vous ont poursuivis, ils vous ont pourchassés,
Sur vos mains, sur vos pieds, leurs yeux se sont posés
Pour guetter le non-sens. Ce n'était pas assez,
Ils ont fermé sur vous les portes successives,
Ce n'était pas assez, vous preniez trop d'espace,
Ils entendaient vos voix, ils entendaient vos pas.
Ils sont venus derrière, ils vous ont assommés,
Ils ont couvert vos draps d'un faux sommeil
Ce n'était pas assez, ils ont poussé
Sur vous l'ombre et les murs qu'ils vous avaient laissés,
Ils auraient bien voulu murer vos cris, vos yeux,
Ils auraient bien voulu que vous disparaissiez.ⁱ*

D'entrée de jeu, nous tenons, comme le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), dont nous sommes membres, et comme l'immense majorité des intervenants communautaires et publics, à manifester notre profond désaccord à la mise en place de centres locaux de santé et de services sociaux. Cette réorganisation territoriale qui touche l'ensemble des institutions offrant des services de première ligne s'inscrit au sein d'un vaste programme de réingénierie de l'État dont le but premier est de privatiser les services publics.

Sur quelles bases, sur quelles données, sur quelles consultations publiques a-t-on décidé qu'il fallait revoir de fond en comble l'organisation des services de santé et des services sociaux en mettant en place des agences locales qui,

dans les faits, serviront à mettre sur pied des réseaux intégrés de services aux clientèles dites vulnérables ou prioritaires. Sous prétexte de continuité des services, où est la place des personnes ? Les a-t-on seulement entendues ? Quel groupe a réclamé un tel changement, à part peut-être certains spécialistes et gestionnaires ? A-t-on vérifié, comme nous le demande le philosophe Hans Jonas, en quoi ce nouveau projet d'intervention contribuera à affranchir le potentiel humain ? Nous avons l'impression qu'il servira davantage à le mettre en tutelle.

En quoi cette réforme de structures, sans argents neufs, va-t-elle répondre au fait que 80 % des Montréalais nécessitant des soins en santé mentale ne reçoivent pas de réponse adéquate à leurs besoinsⁱⁱ ?

En fait, l'objectif visé par cette réforme est clairement inscrit dans le plan d'action gouvernemental, *Briller parmi les meilleurs*, qui vient d'être soumis à la consultation publique. En effet, bien que le gouvernement libéral soutienne qu'il conserve encore comme priorité la question de la santé, les cibles ont été drôlement revues à la baisse. On ne parle plus de services disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. La priorité est recentrée uniquement sur la réduction des listes d'attente pour les chirurgies et le désengorgement des urgences. Pour ce qui est de la santé mentale, la seule priorité reconnue est la question des suicides. Bref, pour le gouvernement, il s'agit d'opérer un virage radical face à tout ce qui a été bâti, de peine et de misère, depuis trente ans pour réaligner le réseau de la santé sur une vision purement hospitalo-médicale.

Ce recentrage représente un recul considérable pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. En quoi la Loi 25 qui a été votée en toute vapeur en décembre dernier, après que l'on eut pris bien soin de bâillonner les députés, nous permettra-t-elle de reprendre du pouvoir sur notre vie puisque la seule porte d'entrée risque à court terme d'être le réseau intégré de services dans lequel l'hôpital et le médical tiendront une place prépondérante. C'est d'autant plus regrettable lorsque l'on sait que le modèle institutionnel a tendance à vouloir prendre en charge les personnes plutôt que de favoriser la prise en charge de la personne par elle-même. Par là même, on nie le fait que c'est nous qui sommes les mieux placés pour nous prononcer sur le type de services dont nous avons besoin.

Pourtant...

Depuis longtemps, le Ministère parle d'un rééquilibrage des budgets en santé mentale : 60 % de ces derniers iraient dans la communauté et 40 % dans les hôpitaux. Non seulement la transformation proposée ne permet pas de rééquilibrer l'offre en fonction des demandes des personnes mais elle cautionne et cristallise un pouvoir entre les mains des professionnels. Dans le cadre d'un réseau intégré de services, le risque est grand que l'hôpital conserve ses budgets et développe lui-même des ressources dans la communauté en y transférant ses pratiques et sa philosophie.

Bref, le modèle institutionnel reste le même, il nous colle à la peau car il devient de plus en plus difficile de s'en soustraire même dans notre milieu de vie.

**ET NOS DROITS,
DANS TOUT CE CHAMBARDEMENT,
QU'EN FAIT-ON ?**

« En pratique, un droit est réellement un droit s'il est protégé par le gouvernement. C'est-à-dire, les droits ne sont pas protégés parce qu'ils sont des droits ; ils sont plutôt des droits parce qu'ils sont protégés.ⁱⁱⁱ »

Comme le mentionne le mémoire de l'AGIDD-SMQ sur le projet de loi 25, aucun lien n'est fait pour démontrer concrètement en quoi les nouveaux réseaux locaux mettront en place les conditions nous permettant l'appropriation du pouvoir, axe prioritaire pourtant reconnu par le Ministère. Et en quoi la réforme des structures proposées et la consolidation d'une approche hospitalo-centriste vont-elles permettre que soient enfin respectés les droits fondamentaux garantis pourtant par les lois ?

De plus, comme le demande la Coalition Solidarité Santé, le projet ministériel est-il conforme à l'article 1 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux qui stipule que « Le régime de services de santé et des services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » ?

La réponse se trouve peut-être dans la démarche du Ministre qui veut apporter bientôt des amendements majeurs à la loi...

L'internement involontaire

Malgré certains gains obtenus par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, les pratiques institutionnelles, au lieu de s'ajuster, ont développé de nouvelles stratégies pour continuer d'interner les personnes contre leur gré.

En effet :

- nous avons été tenus dans l'ignorance de nos droits et recours à l'hôpital;
- nous nous sommes fait placer en garde préventive lorsque, voulant quitter l'hôpital, nous voulions signer un refus de traitement ;
- nous avons subi des examens psychiatriques sans être informés préalablement de leurs incidences et de notre droit à les refuser ;
- nous avons été déclarés inaptes à consentir à des soins à partir du moment où nous refusions un traitement et voulions quitter l'hôpital.

Le consentement libre et éclairé

Le consentement libre et éclairé est malheureusement encore une abstraction en psychiatrie. Nous nous sentons trop souvent comme des cobayes qu'on « bourre » de médicaments : nous ne sommes pas écoutés, encore moins entendus, dans notre souffrance, ni accompagnés ni éclairés dans nos choix et notre cheminement. Pire encore, certains d'entre nous qui avons refusé un traitement médicamenteux se sont vus rejetés

complètement du système de santé mentale et il arrive qu'on nous refuse même des soins physiques.

Le libre choix

Actuellement, un usager des services en santé mentale doit se battre plusieurs mois pour pouvoir changer d'établissement ou de médecin.

En effet, le libre choix du professionnel et de l'établissement représente un droit qui nous est systématiquement refusé par les professionnels, les établissements, l'organisation des services et l'orientation des pratiques. Pourtant, l'article 6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux énonce clairement le libre choix du professionnel et de l'établissement. Suite aux dénonciations et pressions des groupes de défense de droits face à ce déni de droit, la Régie régionale de Montréal a mis en place un protocole d'accueil qui, loin de corriger la situation, instaure de nouvelles pratiques illégales et discriminatoires et ne corrige en rien les nombreuses embûches limitant l'exercice de notre droit au libre choix.

Hier comme aujourd'hui, des personnes sont forcées d'être traitées par des professionnels ou dans des établissements qu'elles ne désirent pas. Des situations qui ne peuvent que détourner les personnes de services auxquels elles ont droit.

De plus, le libre choix du professionnel et de l'établissement n'a aucun sens véritable s'il n'y a pas non plus, en corollaire, de libre choix sur le plan des pratiques en santé mentale. En effet, changer d'établissement ou de

psychiatre nous conduit à une offre de services et à une pratique qui sont toujours les mêmes. Pour qu'un libre choix réel existe, le système doit pouvoir ajuster son offre en fonction de la demande que nous formulons pour répondre à nos besoins.

À notre avis, la centralisation des ressources dans les réseaux locaux ne nous permettra pas de pouvoir enfin exercer un véritable libre choix.

Le refus de la violence faite aux femmes

La question de la violence faite aux femmes interpelle de façon urgente le réseau de la santé mentale. Il est intolérable que les départements de psychiatrie et les hôpitaux psychiatriques soient des milieux non sécuritaires, pour ne pas dire des milieux à risque, principalement pour les femmes. Plusieurs d'entre elles nous ont témoigné qu'il y a deux poids deux mesures par rapport à la santé physique. Nous dénonçons ces situations d'humiliation, d'abus, de dévalorisation, de harcèlement, de violence et d'agression sexuelle contre les femmes en psychiatrie. Un laxisme de la part du personnel est toléré par les autorités responsables. Qu'on ne parle pas d'appropriation du pouvoir lorsque l'identité même des femmes est niée dans un milieu de vie où les règles de base de la société ne sont pas respectées, où les lois ne sont pas appliquées et où les victimes sont culpabilisées ou réprimées, c'est impardonnable. Une culture de préjugés, dans le milieu même de la psychiatrie, n'a pas sa place dans un réseau de la santé qui doit garantir le droit à la sécurité et à la dignité des personnes.

Chez nous, les femmes, on nous sur-diagnostique davantage et nos problèmes, de quel que nature qu'ils soient, sont trop souvent vus uniquement comme étant des problèmes de santé mentale.

L'isolement et la contention

L'utilisation de l'isolement et de la contention représente le pire modèle de désappropriation du pouvoir. Son utilisation à des fins punitives est pratique courante même si cela va à l'encontre de la loi.

Là encore, ce sont des pratiques institutionnelles et désuètes qui conduisent à une approche contrôlante ne visant que notre soumission.

Une telle situation démontre comment un droit fondamental peut être reconnu et affirmé par une loi et continuer d'être bafoué par la suite, faute d'un mécanisme efficace d'imputabilité.

Le dossier médical en psychiatrie

Le dossier médical en psychiatrie pose de nombreux et sérieux problèmes : les personnes nous témoignent qu'avoir un dossier en psychiatrie, c'est autrement pire que d'avoir un casier judiciaire. Bien plus, même avec une offense grave au criminel, on peut obtenir un pardon et faire effacer son casier judiciaire.

En psychiatrie, même si nous avons « gardé la paix » pendant 20 ans, il n'y a pas de pardon possible. En effet, il est impossible, une fois inscrite dans un dossier, de demander à ce que soit modifié, rectifié ou effacé l'élément le

plus préjudiciable qui soit, à savoir l'opinion du psychiatre. Pour plusieurs d'entre nous, notre vie a été brisée, non par la maladie mentale, mais bien par la psychiatrie, qui, par ses drogues et sa stigmatisation, nous exclut de toutes les sphères de la société.

En effet, le dossier psychiatrique vous suit comme un boulet alors qu'on avait consulté naïvement, dans une période dépressive, suite à un décès ou à une autre épreuve de la vie. Les conséquences ultérieures sont énormes sur nos capacités de pouvoir s'assurer, travailler et voyager comme tout un chacun.

Par ailleurs, le psychiatre peut nous refuser l'accès à notre dossier. Selon la loi, cette interdiction doit être temporaire mais, comme pour les prescriptions de médicaments, il semble qu'elle soit renouvelable au besoin. Le législateur est-il conscient que dans toute situation d'abus ou de mauvais traitement le médecin se place en situation de conflit d'intérêt lorsqu'il nous refuse l'accès à notre dossier?

UNE RÉFORME QUI ÉQUIVAUT À UN REcul IMPORTANT

Les réseaux intégrés de services ne changeront en rien les problèmes soulevés précédemment. En effet, les réseaux intégrés contribueront à un plus grand contrôle sur nos vies en faisant de la philosophie d'intervention médicale le cœur des pratiques en santé mentale.

Bien plus, la réorganisation des services proposée, avec son approche hospitalo-médicale, remet en question les quelques acquis des trente dernières années en matière de santé mentale. Comme le souligne le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, elle va totalement à l'encontre de la *Politique de santé mentale* qui, en 1989, reconnaissait l'importance « d'accueillir les solutions » proposées par les personnes et les organismes communautaires. Ces solutions sont toujours d'actualité. Rappelons-en quelques-unes :

- privilégier la participation active de la personne concernée dans la définition et la satisfaction de ses besoins ;
- créer les conditions nécessaires permettant à la personne de se réapproprier le pouvoir sur elle-même, sur sa situation, sur son environnement ;
- tenter de rejoindre l'individu dans son environnement immédiat ;
- s'adresser à des besoins spécifiques (hébergement, services de crise, suivi communautaire, aide au logement, formation et information sur les droits et recours, sur la médication, etc.) ;
- privilégier l'entraide, le support mutuel et l'accompagnement comme moyens d'action ;
- s'orienter vers le maintien et la réinsertion de la personne dans son milieu de vie ;
- favoriser la participation et la contribution des personnes vivant ou ayant vécu une difficulté en santé mentale dans **tous** les domaines de la vie ;
- démontrer une capacité d'adaptation rapide selon l'évolution des besoins ;

- accorder une attention particulière à la promotion et à la défense des droits ;
- permettre la contestation par les personnes, individuellement et collectivement, du pouvoir psychiatrique ;
- accueillir la souffrance des personnes ;
- s'impliquer dans les luttes sociales, telles que la pauvreté et les abus de pouvoir.

Après l'échec des PSI, mettre en place des RIS

Dans un document récent^{iv}, le RRASMQ explique sa prise de position ferme, que nous partageons entièrement, contre l'implantation de réseaux intégrés de services (RIS). Il s'y oppose parce que :

- ils ne favorisent pas l'appropriation du pouvoir ;
- ils ne permettent pas une humanisation des services et des structures ;
- ils ne favorisent pas une pluralité des approches ;
- ils reconduisent la dominance du modèle biomédical et du traitement pharmacologique.

À cela, on peut ajouter que l'informatisation proposée du réseau et la circulation des dossiers qu'elle va entraîner nous inquiètent vivement : comment seront gérés les différents dossiers ? Qui y aura accès ? Est-ce que nous devons donner un « consentement général » concernant le partage des informations nous concernant, ce qui irait à l'encontre de la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels ?

Une approche gestionnaire

Rappelons que cette théorie (approche) des réseaux intégrés est relativement récente et concerne essentiellement l'organisation des services pour les personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles. C'est une nouvelle recette pour maîtriser la croissance des dépenses de la santé, sinon en réduire les coûts. Mais comprenons-nous bien : nous ne sommes pas contre la continuité des services, bien au contraire, mais contre l'embrigadement des personnes dans des structures balisées d'avance au moyen d'outils diagnostiques qui prescriront des modules d'intervention « *ready made* ».

Le modèle semble répondre davantage à une préoccupation gestionnaire où ce sera à nous à nous adapter à la gamme de services offerts et non l'inverse.

Une approche ciblante

Les réseaux intégrés s'adressent avant tout aux personnes étiquetées comme ayant des problèmes de santé mentale dits « sévères et persistants ». Ces dernières représenteraient 2 à 3 % de la population globale (mais consomment à elles seules 80 % des journées d'hospitalisations en psychiatrie) alors que c'est environ 20 % de la population qui, souffrant de détresse ou de problème psychologique, pourrait nécessiter une intervention d'aide. Que propose-t-on pour ces personnes ?

N'aurons-nous droit aux services que lorsque nous serons étiquetés comme des « cas sévères et persistants ». Ce nouveau modèle remet en question toute la notion de prévention et dénie le droit aux services pour les personnes non-étiquetées.

« Autrement dit, le modèle RSI calqué sur celui des personnes âgées et appliqué à la santé mentale menace en quelque sorte d'une prescription de chronicisation. Ce modèle, en effet, s'efforce de prévoir l'itinéraire des patients et, précisément, de leur éviter ces va-et-vient entre différents services. Or, en santé mentale, cette apparente errance est souvent l'expression du contrôle que peut encore exercer la personne sur son environnement et sa destinée. La priver de cette marge de manœuvre, c'est renforcer son sentiment d'être sous l'emprise de forces extérieures qui l'empêchent de mener sa vie de façon satisfaisante. »

Enfin, on ne nous dit pas comment on peut sortir du réseau intégré une fois que nous y avons mis les pieds. Y a-t-il une porte de sortie ?

Une approche qui crée un système à deux vitesses

Les réseaux de services intégrés vont donc créer deux classes de services. « L'analyse de l'adéquation des services [en santé mentale] révèle que 60 % des personnes qui consultent pour un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services requis. [...] L'accessibilité, dans ce cas, pourrait bien être d'ordre économique - rappelons le lien entre pauvreté et souffrance physique -, surtout que la psychothérapie est très souvent l'approche privilégiée et que ce traitement nécessite plus souvent qu'autrement des déboursés.^y »

« Ce qui me frappe, c'est combien on est dans un système à deux vitesses en santé mentale. Les gens qui ont de l'argent ont accès à de très nombreux services. Ceux qui n'en ont pas, à beaucoup moins. On ne peut que déplorer

cette situation, surtout qu'on sait qu'il existe un lien clair entre la santé mentale et les conditions socio-économiques. Il faut être en forme et informé pour trouver les soins appropriés.^{vi} » Et Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, ajoute : « Il y a 25 ans, on réfèrait les gens aux CLSC. Maintenant, les CLSC réfèrent des gens au privé ! Qu'est-ce qui arrive aux deux tiers qui ne peuvent pas payer ? »

LA PLACE DE L'AILLEURS ET AUTREMENT

Comme son nom l'indique, les nouvelles agences voudront intégrer les organismes communautaires dans leurs nouveaux réseaux de services « intégrés ».

Aucun organisme communautaire ne doit être obligé de s'intégrer à ces réseaux locaux, sans aucune pénalité au niveau des subventions. Rappelons que les groupes communautaires, d'intérêt public, ne sont pas un service public. Les collaborations avec le réseau de la santé sont tout à fait possibles et souvent pratiquées même. Cependant, ces liens ne doivent pas prendre la forme d'une fusion ou d'une sous-traitance et détruire l'identité propre de l'ailleurs et autrement.

De la difficulté de penser de manière transversale et plurielle^{vii}

« Il y a bien une trentaine d'années, j'ai participé à des recherches qui portaient sur l'évaluation des thérapies traditionnelles africaines. À cette époque, bon nombre de chercheurs étaient convaincus que les herboristes

africains pouvaient aisément être intégrés, sur la base de leur spécialité (obstétrique, maladies de la peau, etc.), dans le système public de distribution des soins de la santé. Les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) défendaient, par exemple, l'idée que les guérisseurs spécialisés dans le traitement de la « folie » se devaient de travailler en concertation avec les services de santé, d'autant plus d'ailleurs qu'on manquait chroniquement de psychiatres dans les pays africains. On nageait pour ainsi dire dans une sorte d'intersectorialité primaire dans laquelle il était question d'intégration de la tradition thérapeutique africaine dans un système de soins organisés autour de la médecine occidentale ; les planificateurs imaginèrent des scénarios dans lesquels les « bons guérisseurs » travaillaient main dans la main avec les médecins et les infirmiers dans des hôpitaux et des dispensaires. On nous demandait à nous chercheurs d'évaluer l'efficacité des thérapeutes traditionnels et de discriminer les guérisseurs compétents de ceux qui ne l'étaient pas ; il ne resterait plus aux gestionnaires qu'à accorder des permis officiels de pratique à ceux et à celles qui le méritaient.

C'est dans ce contexte idéologique que j'ai travaillé pendant cinq ans au sein du Centre de médecine des guérisseurs que je dirigeais. (...) Au terme de plusieurs années de travail, notre équipe de chercheurs en est venue à la conclusion qu'il était préférable de laisser les deux systèmes de soin coexister séparément plutôt que de les intégrer dans une sorte de mégasystème ; il était pour nous essentiel que chacun se maintienne dans son espace propre de pratique. Nous avons défendu cette position auprès des administrateurs du ministère zairois de la Santé en nous appuyant sur les

deux raisons suivantes : d'abord, les « médecines » occidentale et traditionnelle africaine reposent sur des représentations différentes du corps et de la maladie (sémiologie, étiologie), sur des logiques diversifiées de pensée et sur des modalités d'intervention à ce point différenciées qu'on peut difficilement établir les bases d'une coopération égalitaire ; ensuite les personnes malades ont avantage à circuler entre des systèmes distincts plutôt que de recourir aux deux médecines « sous un même toit ». Nous craignons que l'intégration des guérisseurs dans les structures gouvernementales limite dans la réalité le choix des personnes malades, qu'elle bureaucratise et professionnalise la médecine des guérisseurs africains. Le temps a montré que la politique d'intégration des médecines a de fait produit ces effets pervers dans pas mal de pays africains. »

CONCLUSION

Vous aurez constaté, à la lecture de notre *Avis*, que nous avons décidé d'aborder la question par un aspect fondamental qui nous tient à cœur : la création des réseaux intégrés de services.

Cette réorientation majeure aura un impact considérable sur nous puisqu'elle consolide le contrôle qu'exercent déjà sur nos vies ceux et celles qui croient que la voie bio-médicale est la seule possible lorsqu'on traite des problèmes de santé mentale. Les quelques gains faits au cours des dernières années risquent même d'être balayés du revers de la main. Et la disparition des CLSC élimine la seule approche différente au sein du réseau public, à savoir

l'approche psychosociale, et qui pouvait faire contrepoids à l'approche psychiatrique dominante.

Enfin, l'« arnachement » des organismes communautaires au sein de réseaux de services intégrés, en coupant leurs subventions s'ils ne s'y soumettent pas, remet en cause *l'ailleurs et autrement* qui nous avait permis d'être enfin reconnus comme des personnes citoyennes à part entière. Rappelons que ces alternatives sont aussi des lieux essentiels de renouvellement des pratiques.

Devant cette situation, nous demandons un véritable débat public non seulement sur l'aménagement des structures comme telles, bien qu'elles s'inscrivent dans une démarche de réingénierie visant la privatisation de services publics, mais aussi sur les conséquences qu'elles auront sur nos vies. Il est temps que les décideurs entendent et écoutent ce que les personnes ont à dire sur les solutions qui pourront permettre de réenligner enfin le réseau de la santé et des services sociaux sur l'article 1 de la Loi, qui lui donne ses finalités, à savoir permettre la meilleure santé physique, psychique et sociale à l'ensemble des Québécoises et Québécois. C'est la seule voie qui permettra une guérison publique de notre santé.

Veut-on vraiment renforcer un système qui génère déjà 80 % d'insatisfaction parmi les utilisatrices et les utilisateurs des services de santé mentale!

-
- ⁱ Henry, André, *Un homme de trop*, in Jaccard, Roland, La Folie, Que sais-je ?, PUF, Paris, Février 2004.
- ⁱⁱ Direction de la santé publique, RRSSS-MC, Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Rapport annuel 2001.
- ⁱⁱⁱ Medenna, S.G., 1993, « Is there life beyond efficiency? Elements of a social law and economics », *Review of Social Economy*, 51, p. 143.
- ^{iv} RRASMQ, *Position du RRASMQ sur les réseaux intégrés de services en santé mentale*, novembre 2002.
- ^v Direction de la santé publique, RRSSS-MC, Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Rapport annuel 2001.
- ^{vi} Direction de la santé publique, RRSSS-MC, Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Rapport annuel 2001.
- ^{vii} Bibeau, Gilles, postface in White, Deena et al, *Pour sortir des sentiers battus. L'action intersectorielle en santé mentale*, Les Publications du Québec, 2002.