

Pour une Politique en itinérance

**Argumentaire d'Action Autonomie
le collectif pour la défense des droits en santé mentale
de Montréal**

Présenté à la Commission des Affaires sociales

Novembre 2008

Action Autonomie
1260 Sainte-Catherine Est, #208
Montréal, Québec
H2L 2H2

Tél : (514) 525-5060

Fax : (514) 525-5580

Courriel : lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Site internet : www.actionautonomie.qc.ca

Nous tenons à remercier la Commission des Affaires sociales de recevoir nos réactions, commentaires et questionnements concernant le phénomène de l'itinérance au Québec.

Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

Action Autonomie est un organisme communautaire autonome sans but lucratif. Il a été mis sur pied, il y a plus de quinze années, par des personnes qui ont utilisé de façon volontaire ou non les services de santé mentale, et convaincues de la nécessité de se regrouper pour faire valoir leurs droits.

S'appuyant sur le principe de primauté de la personne, nos démarches s'effectuent 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.

Nos actions auprès des personnes se définissent autour des axes suivants :

- aide et accompagnement dans des démarches de défense de droits
- soutien à l'appropriation du pouvoir et à la représentation
- formation dans une approche d'éducation populaire
- activités diverses de vie associative avec pour objet les thématiques associées à nos dossiers politiques.

Voici nos dossiers collectifs, sur lesquels nous oeuvrons par la recherche, le travail en comité avec des personnes utilisatrices et d'autres groupes communautaires, et la représentation politique :

- la garde en établissement
- le « tribunal en santé mentale »
- le libre-choix et la sectorisation de l'établissement
- la contention et l'isolement
- les électrochocs
- le logement et l'hébergement
- les conditions de vie des femmes
- la lutte à la pauvreté
- la reconnaissance des groupes communautaires
- le plan d'action en santé mentale et les réseaux locaux
- le pistolet Taser

Notons que les problèmes de droits que nous avons rencontrés en aide individuelle en 2007-2008 relèvent principalement du secteur de la santé et des services sociaux (71%) puis de ceux du logement et de l'hébergement (8%) et de la justice (6%).

C'est donc à partir de cette vision globale que nous prendrons cet espace pour exposer notre point de vue sur les sujets visés par une politique en itinérance.

Pour une politique en itinérance

La plupart des demandes de droits traitées à Action Autonomie concerne des sujets liés par la problématique de l'itinérance tel que décrite dans le document soumis à la consultation. Régulièrement, nous sommes face à des situations où les personnes, prises dans le cercle des problèmes de santé mentale et la dédale de conséquences qu'ils entraînent - besoins d'aide adaptée à leur réalité non comblés, impossibilité de travailler, isolement, exclusion de par leur différence, leur souffrance, pauvreté, judiciarisation - se retrouvent à la rue.

Voici les éléments sur lesquels nous choisissons de nous attarder pour développer notre analyse.

- L'itinérance et les dysfonctionnements des services de santé et des services sociaux
- L'itinérance, la judiciarisation et le « tribunal santé mentale »
- L'itinérance et la problématique du logement et de l'hébergement en santé mentale
- L'itinérance et la pauvreté
- L'itinérance, et le financement des groupes communautaires

Nous sommes en faveur d'une politique en itinérance parce que nous croyons qu'elle puisse permettre une analyse sociale de l'itinérance et le développement d'une stratégie nationale et ainsi contribuer à éviter le piège de la personnalisation du phénomène.

L'itinérance et les dysfonctionnements des services de santé et des services sociaux

La problématique de la santé mentale est vaste. Elle ne peut être comprise sans une analyse sociale de ses causes. En cela, le choix, si cela en est un, ou le résultat de l'itinérance, provient d'une incapacité du système de répondre aux besoins de la personne. Seule, incomprise, souvent aux prises avec des problèmes de santé mentale qui sont alimentées par l'incohérence des services qu'on lui offre, plutôt que ceux-ci l'aident à diminuer ces déséquilibres de l'état mental, la personne finit par se retrouver dans la rue, n'ayant plus de moyens pour vivre autrement, sans solutions à tous ses maux et problèmes.

Dans cette partie, nous voulons décrire combien il est difficile pour les personnes en santé mentale de prendre du pouvoir sur leur vie, combien le système de santé ne permet pas, n'encourage pas, n'aide pas la personne à le faire. Le modèle d'organisation des services crée un système qui ne peut s'ajuster au besoin des gens. Trop souvent, la réponse donnée ou imposée par les services de santé mentale n'a rien à voir avec la demande de la personne.

Par exemple, les personnes cherchent de l'aide et du support en situation de crise et on les hospitalise contre leur gré. Elles veulent parler, pleurer, dire leur colère d'être peu ou pas aidé, être réconfortées, et on leur donne en réponse une médication qui « engourdit » momentanément la douleur, sans analyse des causes de cette dernière, des moyens pour l'enrayer, sans aide pour redonner des forces et des moyens à la personne afin qu'elle prenne du pouvoir sur sa vie et se dirige vers le rétablissement. Plus souvent qu'autrement, la seule possibilité offerte est la médication. La possibilité de faire des choix alternatifs n'est pas présentée aux personnes. Et l'aide thérapeutique est souvent accessible à grands frais, ce qui n'est évidemment pas à la mesure du porte-monnaie des personnes itinérantes, ou simplement des personnes sans travail.

Seule une transformation profonde des pratiques en santé mentale pourra permettre une véritable transformation des services qui aille dans le sens du respect des droits et de l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices.

La décision récente de la Protectrice du citoyen d'ouvrir une enquête sur l'accès aux soins et les atteintes aux droits des personnes hospitalisées en psychiatrie est assez éloquente de la problématique de l'accès aux services de santé mentale.

Voici quelques éléments sur lesquels Action Autonomie a déjà maintes fois attiré l'attention des autorités gouvernementales.

L'internement involontaire, ou garde en établissement

Nous sommes témoins de faits qui nous laissent croire qu'on utilise un ensemble de stratégies en psychiatrie pour priver les personnes de leur liberté, au delà des possibilités prévues par la loi, une loi d'exception, rappelons-le. Alors que certains gains au niveau de la protection des droits ont rendu plus difficile, dans certains cas, le recours à la Loi P38.001, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Au lieu de s'ajuster, les pratiques institutionnelles ont développé de nouvelles stratégies pour continuer d'interner les personnes contre leur gré. Entre autres, ces personnes,

- sont souvent tenues dans l'ignorance de leurs droits et recours à l'hôpital;
- sont placées en garde préventive (être détenue contre son gré pendant une période d'au plus 72 heures sur décision médicale sans possibilité de recours) au moment où elles exigent leur congé d'hôpital en voulant signer un refus de traitement;
- subissent des évaluations psychiatriques sans être informées de leur incidence et de leur droit de les refuser;
- sont déclarées inaptes à consentir à leurs soins à partir du moment où elles refusent leur traitement et veulent quitter l'hôpital.

Les groupes de défense des droits réclament à grands cris, depuis des années, qu'on évalue l'application de la loi qui encadre la garde en établissement. Des revendications ont été transmises, des rencontres ont eu lieu, des demandes ont été faites, des écrits ont été produits, et pourtant, aucune action n'est prise par le gouvernement provincial pour que la situation soit évaluée objectivement et corrigée.

Le consentement libre et éclairé

Le consentement libre et éclairé semble être une abstraction en psychiatrie. Les personnes se sentent comme des cobayes qu'on « bourre » de médicaments au lieu de les écouter dans leur souffrance, de les accompagner et de les éclairer dans leurs choix et leur cheminement. Les personnes subissent une pression extrême pour accepter leur diagnostic et prendre tous les médicaments prescrits. Elles se heurtent à un mur de silence ou de négation lorsqu'elles se plaignent d'effets secondaires très contraignants comme la perte de mémoire, la dyskinésie tardive, le fait que la médication les engourdit au point qu'elles ne sont plus fonctionnelles socialement, auprès de leur famille, leurs enfants...

La très grande majorité des psychiatres qui prescrivent sont fermés face aux demandes des personnes voulant entreprendre un sevrage progressif en vue de diminuer ou arrêter leurs médicaments. Pire encore, des personnes qui refusent un traitement médicamenteux se voient rejetées complètement du système de santé mentale et on peut même leur refuser des soins physiques. Nous assistons à un refus organisé et organisationnel de s'ajuster aux besoins et aux demandes des personnes.

Le libre choix du professionnel et de l'établissement

En vigueur pendant une trentaine d'année, la sectorisation des services en santé mentale a régi l'accès aux services de santé mentale. Cette pratique jugée illégale et discriminatoire par la Commission des droits de la Personne et de la jeunesse a brimé les droits des personnes pendant toutes ces années. Le libre choix du professionnel et de l'établissement a été et est toujours un pouvoir qui est nié aux personnes par les professionnels, les établissements, l'organisation des services et l'orientation des pratiques. Nier le libre choix d'une personne signifie pour plusieurs être obligées de subir des traitements dans un établissement qu'elles craignent et par un ou des professionnels qui les ont « maltraitées » auparavant. Seul choix pour plusieurs, se priver des services. Ce phénomène a créé et créé en encore de l'itinérance.

Diversité de l'offre de service

Qu'on change d'établissement ou de psychiatre nous conduit à une offre qui est toujours la même.

Afin de fournir une réponse adéquate aux besoins des personnes, on doit développer une diversité d'approches qui s'inscrivent dans les principes de gratuité, d'accessibilité et d'universalité du réseau public de santé. Plus important encore, pour des raisons d'équilibre, si la pratique psychiatrique ne réussit pas à s'ajuster aux besoins et aux demandes autrement qu'en imposant son modèle, elle devrait être écartée.

La violence faite aux femmes

La question de la violence faite aux femmes doit interpeller 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. Et c'est ce que nous constatons dans plusieurs cas! Devant une telle aberrance, est-il utile de se demander pourquoi certaines femmes vivent dans la rue...

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.

L'isolement et la contention

Rendue publique en 2002, les orientations ministérielles en santé et services sociaux poursuivent un objectif de réduction maximale de l'utilisation des mesures de contrôle, voire ultimement de leur élimination, entre autres par la mise en place de mesures de remplacement efficaces et respectueuses des personnes. Dans la pratique, l'utilisation abusive de mesures d'isolement et de contention est constatée au quotidien et cause des traumatismes chez les personnes qui en sont victimes. L'isolement ou la contention sont des interventions de dernier recours qui devraient être utilisées de façon exceptionnelle et ce, après avoir tenté d'autres options. Une telle situation démontre comment des droits fondamentaux peuvent être reconnus et affirmés et continuer d'être bafoués par la suite, faute d'un mécanisme efficace d'imputabilité. Ici encore, le système de santé induit les déséquilibres émotifs en permettant que des personnes dont les problèmes de santé mentale sont souvent nés de violences vécues, à nouveau violentées dans les murs des hôpitaux, vivent une retraumatisation. Et le déséquilibre s'aggravant, le dysfonctionnement social augmentant, tout tend, encore, vers l'itinérance.

Le dossier médical en psychiatrie

Les personnes nous témoignent du fait qu'avoir un dossier en psychiatrie c'est bien 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 après 20 ans à « garder la paix », il n'y a pas de pardon. Il n'y a pas de possibilité de modifier, de rectifier ou d'effacer l'élément le plus préjudiciable qu'est l'opinion du psychiatre. Des personnes nous affirment que leur vie a été brisée, non par leur problème de santé mentale, mais bien par la psychiatrie, ses drogues et l'exclusion sociale à laquelle elle conduit par une stigmatisation dans toutes les sphères de la société.

Par ailleurs, le psychiatre peut vous refuser l'accès à votre dossier. Selon la loi, cette interdiction doit être temporaire mais, comme pour les prescriptions de médicaments, il semble qu'elle soit renouvelable au besoin!

Des transformations des services de santé mentale qui n'aboutissent pas

Après l'élaboration du Plan de transformation des services de santé mentale supposé apporté les correctifs aux dysfonctionnements du système, on nous présente le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*. Ce plan devrait apporter des correctifs aux dysfonctionnements du système de santé mentale. En 2008, on constate qu'il n'y a à peu près rien de fait pour la région de Montréal. De plus, plusieurs, dont la Protectrice du citoyen, s'inquiètent du prix qu'auront à payer plusieurs personnes utilisatrices des services de santé mentale des ratés qu'aura la mise en place du plan d'action. En fait on est en droit de se demander en quoi cette réforme de structures, sans argents neufs, va répondre au fait que 80 % des Montréalais nécessitant des soins en santé mentale ne reçoivent pas de réponse adéquate à leurs besoins ¹?

En conclusion, nous pensons que l'organisation et les dysfonctionnements actuels des services de santé mentale participent au développement de la problématique de l'itinérance. Trois raisons principales reviennent :

- Les personnes ont peur d'être aspirées dans un système dont elles ne pourront se dépatiner et où leur volonté ne sera pas respectée. Une grande méfiance existe et nous affirmons qu'elle est fondée.
- Non seulement, les services ne répondent pas à aux besoins des personnes, mais encore c'est un système où il n'existe aucun mécanisme d'ajustement.
- Alors que la très grande majorité des personnes vivent dans la communauté, l'argent demeure collé aux hôpitaux.

¹ 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.

**L'itinérance, la judiciarisation et le « tribunal santé mentale »
ou
Pour le droit de cité**

Pour Action Autonomie la judiciarisation des personnes contribue à la stigmatisation et l'exclusion et en conséquence nous militons pour le développement d'alternatives à la judiciarisation. Dans ce contexte, nous demeurons très critiques face à « l'alternative » que constitue le projet-pilote du Tribunal en santé mentale de la Cour municipale de Montréal.

Plusieurs éléments nous préoccupent telles que la réponse à un problème de hausse des dossiers à la cour municipale dont les causes n'ont pas été profondément étudiées avant d'arriver à la conclusion de la nécessité, voire de l'utilité d'une réponse par la création d'un tribunal particulier.

La non-consultation des groupes communautaires dans l'élaboration de ce projet est d'ailleurs inacceptable et incohérente : alors que maints groupes s'investissent de par leur mission même, à cette problématique ou à celles adjacentes, comment penser résoudre des problèmes, et surtout faire l'analyse nécessaire au choix de solutions, sans les consulter. Pourquoi financer ces groupes si on ne pense pas que le travail qu'ils font mène à une analyse de laquelle on ne peut se priver.

Par ailleurs, le peu ou la non-utilisation des ressources déjà existantes et la forte stigmatisation de ce projet nous rendent d'emblée critiques. Nous savons aussi qu'en d'autres lieux, états ou provinces où de semblables projets ont été mis sur pied, déjà la critique est forte sur les résultats atteints. De plus, si ce projet veut permettre des évaluations psychiatriques plus rapides, n'aurait-il pas plutôt simplement fallu investir des ressources supplémentaires pour les personnes qui sont emprisonnées et qui ont un problème de santé mentale. La mise en place du tribunal en santé mentale ne risque-t-il pas d'avoir l'effet pervers d'encourager, de faciliter la judiciarisation des personnes? Pour finir, si le projet veut sortir de la rue des gens présentant de problèmes sévères et persistants de santé mentale afin de les amener à recevoir des soins psychiatriques, il serait crucial de se demander pourquoi les gens n'ont pas ou ne veulent pas de services du réseau de la santé. Nous observons qu'il s'agit souvent du rejet du système par les personnes ou par le système lui-même. Les personnes ne se sont pas senties écoutées et se sont senties désappropriées de leur pouvoir, et constatent que le système n'offre pas de services diversifiés, adaptés à leurs besoins, et de qualité.

Alors, avant de cautionner un projet de cette nature avec ces vastes implications, nous soulignons une autre inquiétude quant aux leçons à apprendre du côté de l'histoire des pratiques en santé mentale. Plus elles sont restreintes,

stigmatisantes, plus elles deviennent fermées sur elles-mêmes et donnent lieu à des abus de pouvoir et à des situations de droits bafoués. Cette inquiétude nourrit notre position et nous oblige à dire qu'il ne doit pas y avoir d'alternative sans débats sociaux et études de fond afin de développer en collaboration des alternatives viables.

L'itinérance et la problématique du logement et de l'hébergement en santé mentale

D'abord et avant tout la citoyenneté et le droit au logement

La situation de l'hébergement en santé mentale questionne Action Autonomie depuis des années car les demandes de soutien pour le respect des droits en logement et en hébergement sont nombreuses. Il apparaît que les personnes ne sont pas respectées dans leur propre milieu de vie, qu'on pense au non respect du libre choix du domicile, aux pratiques contrôlantes des ressources d'hébergement : restrictions au niveau des heures d'entrée et de sortie, contrôle sur la prise de médicament, infantilisation, etc. Dans bien des cas, les propriétaires et travailleurs des ressources sont en contact étroit avec l'équipe traitante de la personne et les échanges d'information sans autorisation de la personne sont nombreux. Ainsi le respect de vie privée et de la confidentialité sont quasi inexistantes. Les personnes se voient obligées de prendre leurs médicaments si elles veulent conserver leur hébergement. Dans certains cas, on les oblige même à prendre leurs médicaments devant les travailleurs de la ressource. Leur argent est également souvent géré par les propriétaires. Les heures de repas sont parfois fixes. Ainsi, si les personnes ne les respectent pas, elles se voient dans certains cas privées de repas. On retrouve des situations d'insalubrité et différentes formes de violence, que ce soit en logement privé ou en hébergement en santé mentale. Bref, il y a de quoi décrocher du système et se retrouver dans la rue !

Des études démontrent que la majorité des personnes préféreraient vivre dans leur propre appartement mais que leur milieu de vie est déterminé ou «fortement recommandé » par leur équipe traitante et cela au détriment de leur réel choix. Ici encore, évidemment les personnes auraient besoin d'un revenu décent pour pouvoir s'offrir un lieu de vie où elles soient autonomes et moins marginalisés, un lieu qui ne soit pas le prolongement de l'hôpital psychiatrique. Mais plus, encore faut-il qu'il y ait sur le « marché du logement » des espaces de vie abordables économiquement et d'une qualité suffisante, permettant qu'on s'y sente bien, chez soi, en sécurité à tous points de vue, et qu'on puisse y retrouver sa dignité. Cela est essentiel à l'équilibre psychologique.

Action Autonomie se soustrait de la pensée que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont d'abord et avant tout des êtres « de besoin », « fragiles », « incapables de faire des choix », « vulnérables », etc. Une telle vision des personnes entraîne des pratiques non pas centrées sur les droits mais plutôt sur la protection : Ainsi, il n'est pas surprenant que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient plus souvent qu'autrement amenées à vivre dans des lieux d'hébergement visant à les protéger et... à les contrôler.

L'ampleur des problèmes conjoints d'itinérance et de santé mentale permet de croire que le continuum santé-hébergement exclut plusieurs personnes. Ces dernières vont préférer utiliser les services de vestiaires, de soupes populaires, d'abris et de centres de jour plutôt que d'enclencher un parcours en hébergement, parcours imprégné par l'approche médicale.

Nous nous inscrivons dans l'analyse suivante : Il s'agit de ne plus concevoir la personne comme une malade qui a des besoins mais comme une citoyenne qui a des droits fondamentaux parmi lesquels on retrouve le droit au logement et le droit à la santé. La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation : il s'agit des droits énoncés dans la *Charte internationale des droits de L'homme*, à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité.

Chacun de ces droits doivent être reconnus et mis en oeuvre simultanément. Sinon, le droit au logement peut devenir illusoire si la personne n'obtient pas, par exemple, les services de soutien à domicile, bref si son droit à la santé n'est pas respecté.

Action Autonomie considère les personnes ayant des problèmes de santé mentale comme des citoyens et des citoyennes à part entière, comme des personnes capables de choisir, de décider et d'agir. Dans une telle perspective nous considérons que la question de l'hébergement et des différentes composantes qu'elle comporte doit être analysée et revendiquée à partir du droit au logement.

En acceptant, en 1976, que le gouvernement fédéral signe en son nom le *Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels*, le Québec s'est engagé à respecter, à promouvoir, à protéger les droits qui en font partie.

C'est pourquoi nous estimons que l'adoption d'une stratégie nationale du logement est une mesure importante.

L'itinérance et la pauvreté

L'itinérance est une conséquence d'un déséquilibre entre les besoins d'une personne et la réponse qu'on y apporte. Souvent les personnes que nous accueillons en quête de défendre leurs droits sont dans des situations désastreuses économiquement. Nouvellement ou depuis longtemps sans emploi, vivant avec l'« insécurité » du revenu, parfois de maigres suppléments tirés ici et là de petits travaux sous-payés, des apports des soupes populaires, d'emprunts qu'ils n'arrivent plus à affronter ou encore de la quête sur la rue, on se sait plus de l'œuf ou de la poule, si leur état mental les a conduits à cette misère, ou si celle-ci ne fait qu'alimenter leur déséquilibre. Happés par une trop grande misère économique, incapables de budgéter et l'« inbudgérable », certains prendront le chemin de la rue.

A cet effet, nous nous prononçons pour le Revenu de citoyenneté, une revendication populaire globale qui correspond aux réalités des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, et qui si on ne fait rien, se retrouveront toujours plus nombreuses à la rue. Action Autonomie demande un Revenu de citoyenneté pour tous et toutes sans aucune condition d'obtention autre que la citoyenneté. Ce revenu permettrait à chaque citoyen, au delà de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale, de vivre décemment.

Ainsi, il couvrirait tous les besoins essentiels, permettant de rayer une fois pour toutes les entraves monétaires à l'exercice des droits et de la citoyenneté. En remplaçant la loi actuelle de l'aide sociale, il libérerait les personnes du système actuel qui maintient l'oppression et la discrimination et empêche structurellement les personnes de sortir de la pauvreté.

Pour Action Autonomie et d'autres groupes communautaires, le revenu de citoyenneté fait partie d'un ensemble de revendications sociales qui demeurent tout aussi importantes les unes que les autres, soit,

- le revenu de citoyenneté;
- les programmes sociaux dont l'accès universel et gratuit à des services de santé et à l'éducation ;
- le développement du logement social.

L'itinérance et le financement des groupes communautaires

Il est nécessaire de le répéter, le milieu communautaire est un incontournable dans l'organisation des services de santé. Ouvrant auprès des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale, auprès des personnes itinérantes, oeuvrant avec ces personnes, ils sont, au-delà de la volonté nommée dans le plan d'action en santé mentale, précurseurs à travailler dans une optique de citoyenneté, d'appropriation du pouvoir et de rétablissement.

Il est grandement tant que le financement des groupes communautaires soit cohérent avec l'énorme tâche qu'ils accomplissent.

Nous ne pouvons qu'appuyer très fermement la « campagne du 10% », afin que leur financement atteigne 10% des dépenses en santé mentale, ceci dans chacune des régions du Québec.

Recommandations

Nous recommandons vivement qu'une politique en itinérance soit adoptée et mise en œuvre rapidement.

Nous pensons qu'elle devra s'actualiser,

-par le développement d'une stratégie nationale du logement qui éviterait que l'itinérance soit le résultat d'un manque de logements abordables avec des conditions d'inclusion des groupes marginalisés;

-par l'inscription d'une réflexion sociale et d'actions cohérentes de lutte à la pauvreté et aux exclusions;

- par une concertation avec les groupes qui travaillent sur le terrain concernant la problématique de la judiciarisation, ainsi que l'évaluation de ce qui est sensé être un projet pilote : le tribunal en santé mentale;

-par un financement adéquat des groupes communautaires oeuvrant aux problématiques de l'itinérance et de la santé mentale;

-et finalement, notre cheval de bataille : par une évaluation sérieuse et objective du fonctionnement des services de santé, au cours de laquelle on prendra avis auprès des groupes qui travaillent dans ce secteur, auprès des personnes utilisatrices de services, en vue du développement de correctifs qui protègent et permettent que les droits des personnes soient assurés.

Il est impératif de permettre l'organisation et l'accès à des services de santé et de services sociaux de qualité, diversifiés et développés avec la participation des personnes utilisatrices afin qu'on réponde réellement à leurs besoins, sans abus de droit ou de pouvoir.

Nous remercions à nouveau la Commission des Affaires sociales et espérons qu'elle aura entendu, à travers les quelques éléments qu nous avons développés, le besoin que nous crions d'une politique en itinérance.