

# Être chez soi : désir des personnes psychiatisées et défis des intervenants

Paul Morin

Volume 5, Number 1, Spring 1992

Santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301157ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301157ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Morin, P. (1992). Être chez soi : désir des personnes psychiatisées et défis des intervenants. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 47–61.  
<https://doi.org/10.7202/301157ar>

Article abstract

L'immense majorité des personnes psychiatisées vivent dorénavant en dehors des murs en milieu urbain. Cette modification majeure dans la dispensation des services de santé mentale s'est faite sans que l'on associe dimension sociospatiale et lieux d'hébergement. Des instruments de contrôle territorial comme le zonage ont donc été utilisés afin de tenir les personnes psychiatisées à l'écart de certains quartiers. Mais en fait, faut-il vraiment développer autant de foyers de groupes ? De récentes recherches démontrent que si l'on prend la peine de questionner les personnes concernées, celles-ci ont des idées précises et réalistes sur ce qu'elles désirent.

# ❖ Être chez soi : désir des personnes psychiatisées et défi des intervenants

*Paul MORIN*

*Coordonnateur du Collectif de défense  
des droits de la Montérégie*

L'immense majorité des personnes psychiatisées vivent dorénavant en dehors des murs en milieu urbain. Cette modification majeure dans la dispensation des services de santé mentale s'est faite sans que l'on associe dimension sociospatiale et lieux d'hébergement. Des instruments de contrôle territorial comme le zonage ont donc été utilisés afin de tenir les personnes psychiatisées à l'écart de certains quartiers. Mais en fait, faut-il vraiment développer autant de foyers de groupes ? De récentes recherches démontrent que si l'on prend la peine de questionner les personnes concernées, celles-ci ont des idées précises et réalistes sur ce qu'elles désirent.

Malgré la centralité de la notion d'espace social, peu de recherches ont porté sur les relations empiriques entre une société et son espace (Lavigne, 1974 ; Dear, 1984). L'une de ses manifestations, la dimension sociospatiale, définie comme un des éléments constitutifs de l'organisation et de la distribution des services de santé mentale, s'est déployée ces trente dernières années de façon apparemment différente de la traditionnelle ségrégation asilaire centralisée, puisque nous avons assisté au déploiement de multiples ressources résidentielles en milieu urbain.

De lointains qu'ils étaient, les fous ont désormais « envahi » la ville nord-américaine. Des modifications dans l'organisation et la distribution des services de santé mentale ont donc provoqué des transformations urbaines majeures, conséquences de décisions gouvernementales. Par l'analyse de « l'aspect concret de la vie des collectivités » (Ledrut, 1990 : 59), la sociologie de ces transformations apparaît des plus actuelles.

Ce texte veut aussi contribuer à la contextualisation des problèmes de santé mentale (Dorvil, 1990), car en l'absence d'une prise en compte du statut de la folie dans notre société, ces politiques loin de contribuer à l'intégration des personnes concernées ont plutôt provoqué des levées de boucliers de la part des communautés locales.

Le zonage, devenu un outil de ségrégation envers ces populations marginalisées, constitue désormais un obstacle de taille à l'implantation de nouvelles ressources résidentielles. Celles-ci se sont d'ailleurs généralement établies en des lieux précis. Ce constat relève d'un processus de ghettoïsation à l'œuvre (Wolpert et Wolpert, 1976 ; Wolch et Dear, 1989 ; Morin, 1991) et de « transinstitutionnalisation » (Brown, 1988). S'appuyant sur une définition statique de la communauté, alors que ce concept est bourré de contradictions (Moon, 1990), les modifications aux services de santé mentale ont peu contribué à l'érosion du processus de distance de la folie dans la vie des citoyens.

Toutefois, le champ de la santé mentale semble être au milieu d'un changement paradigmatique (Blanch, Carling et Ridway, 1987). L'importance de l'environnement, de l'écoute de la personne en besoin d'aide, du support de la communauté, de la déprofessionnalisation du processus d'aide constitue la base de cette approche. Clé de voûte de cette approche, la notion de qualité de vie a été reconnue comme telle en 1978 à Alma-Ata par la déclaration commune de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Unicef. Le choix de la personne est devenu une mesure de sa qualité de vie.

L'intervention trouve sa signification lorsqu'elle est directement reliée à la participation du client et à la possibilité de celui-ci de prendre du pouvoir. De là découle la nécessité d'impliquer ces personnes dans la planification, la dispensation et l'évaluation des services, puisque cela garantit un meilleur

respect de leurs droits et un contrôle de leur part sur leur environnement (Rose et Black, 1985).

Un récent document de l'OMS – *Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness* (OMS, 1989) – synthétise cette tendance contemporaine de la littérature et d'une certaine pratique qui tend à mettre au premier plan la participation du client. Ce texte, rédigé par des personnes psychiatisées, des membres de leurs familles, des professionnels ainsi que des administrateurs, souligne que les usagers des services doivent être reconnus comme étant les personnes qui savent mieux que quiconque ce dont elles ont besoin. Il en découle de nouvelles avenues pour la recherche : « Où demeurent les personnes avec des problèmes de santé mentale ? Où veulent-elles vivre ? Comment pouvons-nous les aider à mieux vivre ? » (Carling *et al.*, 1987 : 973).

Notre cadre théorique s'articule autour de deux notions : espace urbain et habitat de la personne psychiatisée. Espace urbain, parce que c'est là que se déroulent la très grande majorité des pratiques contemporaines. La communauté locale, le quartier, sont-ils un espace de ségrégation ou d'affirmation ? Quant à l'habitat de la personne psychiatisée, il a toujours occupé une place centrale dans le traitement et l'évolution des services de santé mentale. Mais, aujourd'hui encore, la ségrégation de ces personnes se perpétue dans des asiles sans mur en vertu d'une logique « différentialiste » qui les met en marge. Le désir d'un habitat anonyme exprimé par les personnes psychiatisées n'est-il pas l'une des principales clés de leur maintien dans la communauté ?

## L'ESPACE URBAIN

Milieu complexe d'analyse, la ville a de multiples dimensions, écologiques, politiques, sociales, spatiales, économiques. Selon Henri Lefebvre (1968), il y a identité entre contrôle social et contrôle territorial. Les techniques de contrôle territorial comme le zonage sont ainsi posées comme l'élément majeur d'explication. Ainsi, l'un des principes organisationnels de la société américaine est constitué par l'homogénéité entre le revenu et l'espace habité (Perrin, 1977). L'approfondissement de ce débat sur l'identité entre le contrôle social et le contrôle territorial passe par une réflexion sur le quartier et la communauté locale comme lieux d'affirmation ou de ségrégation.

Le choix de la résidence – ou ses contraintes – exprime le plus clairement les différences sociales entre les groupes. La théorie de la différenciation résidentielle regroupe les analyses sociologiques portant sur les choix résidentiels des habitants. Deux difficultés majeures ressortent. Qu'entend-on par

similarité entre les résidents ? Les gens sont-ils semblables parce qu'ils demeurent en un lieu ou parce qu'ils vivent les uns à côté des autres ? Où y a-t-il exclusion, mise à l'écart ? Qu'est-ce qui relève de la recherche d'une identité, ou d'une manifestation de sa particularité ?

Ainsi, la société nord-américaine apparaît comme particulièrement sensible aux rapports entre la propriété et son environnement. Pour un individu arrivé socialement, être un propriétaire s'inscrit dans l'ordre naturel des choses, la résidence étant vécue comme principale source de l'estime sociale et de la réputation que l'on se fait. La banlieue représente la liberté, la possibilité d'éviter le voisinage de personnes non désirées. La maison unifamiliale associée aux espoirs de tranquillité domestique débouche sur l'homogénéité du groupe. Ces deux principes importants de la structure sociale et de l'ordre social sont à la base du gouvernement local qui s'appuie souvent sur l'homogénéité du revenu comme principe organisateur de l'utilisation des sols.

L'ère du « Deux Québec dans un » (CAS, 1989) semble bien correspondre à cette description. Selon Yvon Leclerc, du Conseil des affaires sociales :

Ces gens qui traînent avec eux une foule de problèmes sociaux, et qui sont aussi ceux qui ont les plus faibles revenus, étaient auparavant disséminés sur l'ensemble du territoire, ce qui, à tout prendre, était nettement mieux. Aujourd'hui, ils sont forcés de se retrancher dans les mêmes quartiers » (Leclerc, 1990).

Comment ne pas rapprocher cette analyse de celle d'Henri Lefebvre :

L'espace se divise en parcelles qui s'achètent et se vendent. Leur prix dépend d'une hiérarchie. C'est ainsi que l'espace social, tout en s'homogénéisant, se fragmente en espaces de travail, de loisirs, de production matérielle, de services divers. Au cours de cette différenciation, autre paradoxe : les classes sociales se hiérarchisent en s'inscrivant dans l'espace, et cela de façon croissante, et non pas comme on le prétend si souvent de façon déperissante (Lefebvre, 1989 : 17).

## **FAMILLE ET ZONAGE : QUESTION DE NORMES**

Le zonage, comme technique de contrôle du territoire, devient alors l'instrument privilégié d'exclusion. Ces clivages structurels dans la société se reproduiraient donc territorialement sur le plan local. Cette identité entre contrôle territorial et contrôle local apparaît manifeste avec l'exemple de l'utilisation de la technique du zonage comme outil d'exclusion. Historiquement, le zonage a été appliqué la première fois à San Francisco vers 1895, afin d'exclure les buanderies chinoises de quartiers précis. L'hypothèse standard dans la littérature sur le zonage a trait au fait

[ ... ] que le zonage est aux banlieues ce que les frontières nationales et les quotas d'immigration représentent pour les nations [ ... ] c'est-à-dire [qu'il permet] de restreindre l'entrée d'immigrants potentiels ou de choisir une classe spéciale de personnes (Lineberry, 1985 : 220).

Selon l'une des rares études québécoises juridiques sur le zonage :

[ ... ] les techniques servent à protéger ou à véhiculer les valeurs économiques ou sociales de ceux qui les utilisent [ ... ] Le pouvoir de zoner repose à la base sur l'idée du morcellement du territoire municipal et de l'application des normes d'utilisation et d'implantation différentes pour chaque aire ou zone créée par règlement [ ... ] Par conséquent, toute réglementation de zonage est discriminatoire [ ... ] Il suffit de lire la législation et la jurisprudence québécoise pour se rendre compte que les propriétaires ont le haut du pavé dans l'administration de cette technique (Giroux, 1979 : 223).

Ainsi, les règlements de zonage, conçus pour spécifier l'usage des terrains d'une municipalité, et non pour être utilisés comme instruments de politique sociale, sont devenus des outils de discrimination envers les personnes aux prises avec un trouble d'ordre mental (Appelbaum, 1983 ; Secord, 1986).

Une autre valeur fondamentale de notre société devient alors un enjeu : Qu'est-ce qu'une famille ? La définition de famille demeure au centre d'importantes batailles juridiques et sociales, car les communautés locales ont développé comme stratégies l'exclusion de divers types de ressources résidentielles en prétextant qu'elles ne rencontrent pas leur définition de la notion de famille.

Puisque le droit codifie les règles de la vie en société, les diverses parties en présence se tourmentent devant les cours de justice afin de faire valoir leurs droits. L'analyse de la jurisprudence démontre que le point majeur de la contestation juridique se rapporte à la définition de famille. Nous voyons qu'ici aussi la question de la dissémination des ressources touche un autre aspect fondamental de la vie en société, la famille.

Avant l'adoption de la Charte canadienne des droits, la Cour suprême du Canada avait eu l'occasion de statuer (*Bell c. La Reine*, 1979) sur le caractère discriminatoire d'un règlement de zonage ; en l'occurrence celui de la municipalité de North York en Ontario. En vertu de la législation ontarienne – le *Planning Act* –, la municipalité limitait l'usage de certaines zones résidentielles aux familles se conformant à la définition suivante : « groupe composé de deux personnes ou plus, vivant ensemble et liées par le sang, le mariage ou l'adoption légale, habitant un logement ». L'appelant, Douglas Bell, partageait un logement avec deux personnes sans lien de parenté avec lui.

La Cour suprême s'est prononcée contre cette méthode de zonage par habitants autorisés – *land zoning by people zoning*. La décision était fondée sur l'opinion majoritaire telle que le juge Spence l'avait formulée :

Vu les nombreuses injustices pouvant résulter de la définition de « famille », je pense qu'en retenant le critère de la « famille » pour définir les seuls occupants autorisés d'un logement indépendant, le règlement constitue précisément un cas, pour reprendre les mots de Lord Russell, « d'immixtion abusive ou gratuite dans les droits des personnes qui y sont assujetties, au point d'être injustifiable aux yeux d'un homme raisonnable ».

Au Québec, en l'absence d'une intention précise du législateur dans l'ancienne *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Gouvernement du Québec, 1971), les tribunaux ont évolué entre une interprétation plus extensive de la notion de famille (*Ville de St-Hubert v. Réal Riberdy*, 1977 C.S. Québec ; *Ville de Lauzon contre Jonction pour elles*, 1985, C.S. Québec ; *Corporation municipale de la paroisse de Sainte-Anne, de la Pointe-au-Père c. Dubé et Villa de l'Essor Inc.*, 1989, C.S. Québec) et une interprétation plus restrictive (*Lauzon [Ville de] c. Vachon*, 1988, C.S. Québec).

Un récent jugement (*Sillery [Ville de] c. Villa Ignatia inc.*, 1991, C.S. Québec) a clarifié le pouvoir de zonage des municipalités. Selon le juge Viens, la Ville de Sillery « ne peut limiter le nombre de personnes pouvant habiter un logement ; elle peut limiter et classer les usages du sol ». Comme la Villa Ignatia, ressource résidentielle pour toxicomanes, est « actuellement utilisée exclusivement comme maison de chambres, de convalescence ou autrement et non pas comme habitation unifamiliale, il y a usage non conforme au règlement de zonage ».

La Loi 120, adoptée en 1991 (Gouvernement du Québec, 1991), limite le pouvoir des municipalités en la matière. Cependant, la Loi n'apporte aucune solution au problème actuel du Service de réinsertion sociale de la Rive-Sud, une ressource communautaire, qui s'est vue enjoindre par la municipalité de St-Hubert de fermer sa résidence, parce qu'elle contrevient au règlement de zonage stipulant qu'une maison ne peut héberger plus de trois chambreurs ; elle ne résoudrait pas davantage celui de la Villa Ignatia, par ailleurs.

En effet, la Loi 120 reprend les termes de l'article 158 de l'ancienne loi et interdit toute discrimination aux municipalités envers certaines ressources résidentielles (Gouvernement du Québec, 1991 : art. 308) ; toutefois sa protection ne s'étend qu'aux ressources familiales et intermédiaires : « Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir et d'intégrer un usager à la communauté, leur dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de

soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins » (Gouvernement du Québec, 1991 : art. 302). Quant aux ressources familiales, la loi dissipe une ambiguïté en reconnaissant qu'une famille d'accueil peut être constituée d'une ou de deux personnes, sans spécificité de sexe (Gouvernement du Québec, 1991 : art. 312).

L'absence de ressources communautaires est pour le moins surprenant, compte tenu que la politique de santé mentale préconise des solutions dans le milieu de vie et qu'en conséquence « les solutions que propose le milieu doivent être privilégiées et soutenues » (Gouvernement du Québec, 1989 : 25). Ainsi, le Plan régional d'organisation des services (PROS) de santé mentale de la région de Montréal métropolitain pour les années 1990 à 1995 (CSSSRMM, 1990) prévoit la création de 220 places en foyers de groupes et en maisons de transition. La formule des organismes sans but lucratif (OSBL) étant privilégiée, il est difficile de croire que la trentaine de ressources ainsi créées pourront s'établir là où bon leur semble.

### Où vais-je demeurer ?

Le PROS de la région de Montréal métropolitain estime aussi qu'environ 950 places devront être développées en logement social et « réfère au concept de logement subventionné (programmes de l'Office municipal, de la Société municipale d'habitation et du gouvernement fédéral reliés à la loi nationale sur l'habitation) » (CSSSRMM, 1990 : 174).

Pour plus du deux tiers des places envisagées en matière d'habitation par le PROS – soit 1 414 places –, il s'agit de logement social. Mais cela ne signifie pas pour autant que ce document de planification rompt avec le concept dominant du continuum de ressources résidentielles. S'il est constaté que « le logement social est identifié comme l'une des ressources résidentielles les plus importantes pour effectuer la réintégration sociale des personnes ayant un problème de santé mentale » (CSSSRMM, 1990 : 194), la notion du continuum de services transparait nettement dans le paragraphe suivant : « Les services résidentiels de transition les plus légers, comme les appartements supervisés, risquent d'être congestionnés, si les unités de logement social ne sont pas en nombre suffisant » (CSSSRMM, 1990 : 194). Il est donc sous-entendu qu'au fur et à mesure qu'une personne se rétablit, elle passe d'une ressource à l'autre jusqu'au stade ultime du logement autonome.

Or, aux États-Unis, une nouvelle philosophie découlant de l'approche de la réadaptation psychiatrique a vu le jour, soit celle des services de soutien à domicile (*supported housing*). Selon cette philosophie, les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale peuvent vivre dans la communauté en

des lieux qu'ils ont eux-mêmes choisis, pourvu qu'un soutien adéquat leur soit fourni (Carling et Ridway, 1989 ; Parrish, 1990). Ce nouveau paradigme tend à remplacer le courant des années 80, le continuum linéaire de services résidentiels. Deux auteurs ont résumé ce courant de la façon suivante :

Avoir un chez-soi dans la communauté est un droit pour les personnes avec des problèmes sévères, et habiter un endroit stable est un prérequis pour un traitement efficace et une réadaptation psychosociale... la création d'un chez-soi est l'objectif prééminent au service du client, et aider la personne à choisir, acquérir, et maintenir un chez-soi dans la communauté est un rôle bona fide et une responsabilité du système de santé mentale (Ridway et Zipple, 1990 : 16-17).

L'évolution d'une philosophie à l'autre est synthétisée dans le tableau 1 :

| Tableau 1                                           |                                      |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Éléments du déplacement paradigmatique</b>       |                                      |
| <b>Nouveau paradigme</b>                            | <b>Ancien paradigme</b>              |
| un chez-soi                                         | cadre de traitement résidentiel      |
| choix                                               | placement                            |
| rôles normaux                                       | rôle de client                       |
| intégration sociale                                 | rassemblement par handicap           |
| apprentissage in vivo en<br>des lieux permanents    | lieux transitionnels<br>préparatoire |
| services et supports<br>flexibles et individualisés | niveaux standardisés<br>de services  |

Source : Ridway et Zipple, 1990 : 26 (traduction)

Ces éléments conceptuels adoptés par l'Institut national de santé mentale et l'Association nationale des directeurs des programmes de santé mentale (NIMH, 1987 ; NASMHPD, 1987) se rattachent directement à la dimension sociospatiale, puisque nous passons d'une population marginalisée par un traitement qui renforce le stigma social à des individus qui choisissent leurs lieux de résidence.

Pour ce qui est de la recherche sur le logement et les préférences des personnes psychiatriquées, l'Université du Vermont, par son National Technical Assistance Center on Housing and Supports, exerce un leadership incontestable. À la suite de l'échec du continuum de services à disséminer les

ressources, une recherche nationale portant sur plus de 2 500 ressources résidentielles a révélé que la majorité des résidents étaient rassemblés dans des ressources représentant moins du quart des lieux habités (Randolph *et al.*, 1988).

Une autre monographie récente a analysé 43 recherches ayant trait aux préférences des personnes psychiatisées quant à leur lieu de résidence. La conclusion, basée sur les 23 recherches où les instruments utilisés étaient suffisamment similaires, révèle

[ ... ] que les personnes sondées préfèrent vivre dans leurs propres appartements ou maisons et non pas dans des programmes de santé mentale [ ... ] Si donné le choix, les répondants de ces études préféreraient ne pas vivre avec d'autres consommateurs. Ils ont besoin de plus d'argent ou de revenu afin de vivre dans le logement de leur choix et veulent avoir accès à des intervenants ou à du support naturel par l'intermédiaire de médiums comme les téléphones et des personnes qui viennent les voir selon leurs besoins quand ils le demandent, jour et nuit (Tanzman, 1990 : 125).

À la question cruciale « Où vais-je demeurer ? », ces personnes répondent en exprimant clairement leur désir d'un chez-soi. Ceci constitue une rupture décisive avec ce qui leur est offert habituellement.

Les clients ne veulent pas ce que nous leur offrons [ ... ] Le projet de Réadaptation communautaire résidentielle a été impliqué dans 3 évaluations de besoins des clients dans deux états [ ... ] Les données sont constantes : seulement 10 % veulent des ressources de groupe ; les autres désirent de l'hébergement ordinaire, avec du support. Les professionnels estimaient ce besoin à 60 %. Si nous prenons une perspective de normalisation avec une limite de 6 personnes par maison, cela signifie près de 60 foyers de groupe dans ce comté seulement alors que l'autre point de vue équivaut à 5 foyers de groupe. Les implications financières, politiques et de zonage sont tout simplement renversantes (Ridway, 1987 : 4).

Par exemple, la norme régionale mis de l'avant dans le PROS de Montréal estime qu'une place en foyer de groupe vaut 50 000 \$, une place en maison de transition 38 335 \$, une place en appartements de transition 2 250 \$ et une place en logement social qui nécessite un accompagnement communautaire, 1 175 \$.

En ce qui concerne les recherches sur les préférences en matière d'habitation des personnes psychiatisées, tout reste à faire au Québec. Une récente recherche s'inscrit toutefois dans cette optique. Ayant sondé des personnes psychiatisées de la Rive-Sud et du Sud-Ouest de Montréal sur « La contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques dans la communauté », les auteurs affirment que la

pertinence d'un service ne devrait pas être appréhendée seulement du point de vue des besoins objectifs, mais aussi en tenant compte des aspirations de la personne, du sens et de la place que les services prennent dans sa vie [ ... ] Le maintien dans la communauté ne fait du sens pour les personnes concernées qu'en autant que la vie de la communauté et la participation aux services favorisent l'actualisation des aspirations. Dans ce contexte, les services peuvent contribuer à l'amélioration des conditions de vie, au développement des compétences, mais seuls les milieux de vie peuvent confirmer la personne dans ses efforts de présence à la société (Mercier *et al.*, 1990 : 169-170).

## LE DROIT À UN LOGEMENT

Cependant, au Québec comme aux États-Unis, une crise du logement a durement frappé cette dernière décennie les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, donc entre autres les personnes psychiatisées. Le stock de logement à bas prix a fortement diminué et les loyers sont devenus prohibitifs pour nombre de personnes (Lecomte, 1990 ; Carling, 1990).

Ainsi, à New York et à Montréal, les sans-abri constituent désormais une part intégrante de la vie quotidienne des habitants des ces villes. En 1989, la Ville de New York a dépensé plus de 320 millions \$ pour loger des milliers de sans-abri, le plus souvent dans d'immenses entrepôts, alors « qu'il a été démontré que les sans-abri peuvent être logés confortablement dans des chambres s'ils bénéficient d'un support » (*New York Times*, 30 décembre 1990).

À Montréal, « tout a déjà été écrit et redit à multiples reprises sur les maisons de chambre » (Comité des sans-abri, 1987) ; 48 % des chambres du centre-ville ont disparu entre 1977 et 1982 et, selon les données du rôle d'évaluation de la Ville de Montréal, « de 1981 à 1988, le nombre de maisons de chambres diminue de façon régulière et dramatique, passant de 864 à 506 » (Goulet, 1990 : 22).

Le Service de l'habitation et du développement urbain a mené en 1990 une enquête auprès des ressources d'hébergement temporaires et permanents : « Une importante majorité des répondants (16 sur 21) ont identifié le besoin d'unités de logement décentes et abordables comme le plus urgent ... [De plus], les cas lourds de maladie mentale et de dysfonctionnement social sont généralement exclus des projets » (SHDU, 1990 : 35-57).

Compte tenu de l'impossibilité pour une ville de résoudre « la question du logement des personnes difficiles à loger » et alors que le fédéral réduit ses fonds réservés pour le logement social, le caucus des maires des grandes villes

du Canada a adopté en avril 1991 un « Plan d'action nationale sur le logement et les sans-abri », ainsi qu'une Déclaration commune où ces grandes villes s'engagent, entre autres « à promouvoir activement les stratégies et les mesures du Plan d'action » (Fédération canadienne des municipalités, 1991). Le plan s'articule autour de deux objectifs :

- 1- Proposer des solutions qui permettront aux sans-abri de stabiliser leur situation et, par conséquent, de faire la transition d'un logement temporaire à un logement permanent ; et
- 2- Proposer des mesures visant à préserver et à accroître le parc de logements abordables de façon à réduire le nombre de sans-abri et empêcher les groupes « à risques » de connaître des conditions de logements instables (Fédération canadienne des municipalités, 1991 : 17).

Reconnaissant « l'émergence de nouveaux besoins en habitation », une mesure spécifique envers les personnes souffrant de troubles psychiques est préconisée, soit « l'accroissement des services de logement et de soutien ». Deux autres mesures nous ont semblé pertinentes eu égard à notre démarche : l'élimination des règlements d'occupation restrictifs (par exemple, plusieurs personnes non apparentées ne peuvent occuper un logement) et l'assouplissement des règlements de zonage.

La politique de santé mentale avait elle aussi fait ressortir la nécessité d'un partenariat gouvernemental en ce domaine en ciblant

le ministère des Affaires municipales et la Société d'habitation du Québec pour leur rôle en matière d'accès au logement et d'implantation, dans les zones résidentielles, des ressources nécessaires à la réinsertion sociale et au maintien dans la communauté (Gouvernement du Québec, 1989 : 56).

## CONCLUSION

Marginalisée en vertu d'une logique différenciatrice qui hiérarchise l'espace, la situation d'exclusion des personnes psychiatisées interpelle le champ de la santé mentale. En premier lieu, la prise en compte de la dimension spatiale est liée à toute approche d'inspiration « communautariste ». Résultat complexe d'un ensemble de facteurs, la centralité de l'espace social lors de la planification de services permet d'imaginer des solutions aux problèmes sociaux de façon non « technicienne ». Il ne faut pas pour autant idéaliser la communauté qui est devenue un véritable porte-manteau idéologique, de la politique de santé mentale aux conseils de quartier du Rassemblement des citoyens de Montréal (RCM) en passant par le secteur psychiatrique. D'autres rapports collectifs à l'espace sont possibles.

Les recherches ont également dévoilé deux mythes : les personnes psychiatriquées ont besoin de vivre à part des autres membres de la société et ne savent pas définir de manière réaliste leurs besoins concernant l'habitation. Ce faisant elles illustrent le paradoxe contemporain des services de santé mentale : le discours biologique et le discours social continuent à cohabiter comme s'il n'y avait pas incompatibilité. Pourtant, placer au centre de l'intervention les idées et les connaissances des clients représente une forme d'hérésie pour un scientifique puisque nous sommes dans le domaine du subjectif (Vega et Murphy, 1990). De plus, s'il y a un groupe d'individus défavorisés, habitué à ne pas être consulté au sujet des décisions qui le concernent, c'est bien celui des personnes psychiatriquées.

L'essence d'une politique communautaire de santé mentale réside dans le maintien de la personne psychiatriquée dans la communauté. Cette même communauté qui va avoir tendance à la rejeter si elle vit dans une ressource. N'y a-t-il pas là un enseignement à tirer ?

Au lieu de se demander : comment placer des ressources résidentielles dans la communauté ? Nous devons nous demander comment aider les personnes dans des logements typiques dans la communauté, avec du support adéquat, et atteindre une réelle intégration communautaire ? (Ridway, 1987 : 8).

Cette approche de réadaptation, qualifiée de paradigme fonctionnaliste (Corin et Lauzon, 1988) s'inscrit-elle, elle aussi, dans une « insidieuse dérive personnaliste [au détriment] d'une vision sociale et collective de la santé et des problèmes sociaux ? » (Corin et Bibeau, 1990 : 34).

Dans la perspective du suivi communautaire, où « les visites à domicile ne veulent pas prendre l'allure du maintien à domicile, mais celle de l'accompagnement de l'individu dans la prise de pouvoir sur son social et sur son vécu ... » (Lalonde, 1989 : 181), cela nous apparaît comme peu plausible, et seul un engagement des intervenants dans la voie des réformes procurera une réponse.

## Bibliographie

- APPELBAUM, P.S. (1983). « The Zoning Out of the Mentally Disabled », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 34, n° 5.
- BLANCH, A.K., CARLING, P.J. et P. RIDWAY (1987). « Normal Housing with Specialized Support : A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community, *Rehabilitation Psychology*, 4 (32), 47-55.
- BROWN, P. (1988). « Recent Trends in the Political Economy of Mental Health », dans SMITH et GIGGS (sous la direction de) (1988). *Location and stigma*, Boston, Unwin Hyman, 58-80.

- CARLING, P.J. (1990). « Major Mental Illness, Housing, and Supports », *American Psychologist*, vol. 45, n° 8, 969-975.
- CARLING, P. J., RANDOLPH, F.L., BLANCH, A.K. et P. RIDWAY (1987). *A Rehabilitation Research Review : Housing and Community Integration for People with Psychiatric Disabilities*, Washington, D.C., National Rehabilitation Information Center, ATA Institute.
- CARLING, P., J. et P. RIDWAY (1989). « A Psychiatric Rehabilitation Approach to Housing », dans FARKAS, M. et W. Anthony (sous la direction de) (1989). *Psychiatric Rehabilitation Programs*, Baltimore, John Hopkins University Press, 28-80.
- COMITÉ DES SANS-ABRI (1987). *Rapport du Comité des sans-abri : Vers une politique municipale pour les sans-abri*, Montréal, 64 p.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (CSSSRMM) (1990). *Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain (1990-1995)*, Montréal, 228 p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES (CAS) (1989). *Deux Québec dans un*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 123 p.
- CORIN, E., GIBEAU, G., MARTIN, J.-C. et R. LAPLANTE (1990). *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal, PUM, 258 p.
- CORIN, E. et G. LAUZON (1986). « Les évidences en question », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 1, 42-58.
- DEAR, M. (1984). « Health Services Planning : Searching for Solutions in Well-Defined Places », dans CLARKE, M. (sous la direction de) (1984). *Planning and Analysis in Health Care Systems*, London, Pion Ltd, 6-21.
- DEAR, M. et J. WOLCH (1987). *Landscapes of Despair*, Princeton, Princeton University Press, 306 p.
- DORVIL, H. (1990). « La maladie mentale comme problème social », *Service social*, vol. 39, n° 2, 44-58.
- FÉDÉRATION CANADIENNE DES MUNICIPALITÉS (1991). *Plan d'action national sur le logement et les sans-abri*, Montréal, Fédération canadienne des municipalités, 30 p.
- GIROUX, L. (1979). *Aspects juridiques du règlement de zonage au Québec*, Sainte-Foy, PUL, 543 p.
- GOULET, F. (1990). *Le parc de maisons de chambres de Montréal et son évolution, projet de recherche*, Montréal, School of Urban Planning, Université McGill, 85 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1971). *Loi sur les services de santé et les services sociaux dans Lois du Québec*, 1971, chap. 48.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, 62 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC ( 1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (ou Loi 120), dans *Lois du Québec*, 1991, chap. 42.
- LALONDE, L. (1989). « Le suivi communautaire, une nouvelle pratique », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 2, 179-184.

- LAVIGNE, M. et J. RENAUD (1974). *Étude comparative de 4 zones résidentielles du bas de la ville de Montréal*, Tome 1 : *Caractéristiques sociales et mobilité professionnelle*, Montréal, INRS-Urbanisation et PUQ, 231 p.
- LAVIGNE, M. et M. DOUVILLE (1975). *Étude comparative de 4 zones résidentielles du bas de la ville de Montréal*. Tome 2 : *Vie de voisinage et vie de quartier*, Montréal, INRS-Urbanisation et PUQ, 260 p.
- LECOMTE, Y. (1989). « Dernier Recours Montréal : lieu de convergence des exclus », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, 10-25.
- LEDROUT, R. (1990). « L'homme et l'espace », dans *Histoire des mœurs*, tome 1, *Encyclopédie de la Pléiade*, Paris, Gallimard, 59-114.
- LEFEBVRE, H. (1968). *Le droit à la ville*, Paris, Anthropos, 164 p.
- LEFEBVRE, H. (1989). « Quand la ville se perd dans une métamorphose planétaire », *Le monde diplomatique*, mai, 17.
- LINNEBURY, R.L. (1985). « Suburbia and the Metro Turf », *The Annals of the American Academy of Political Science*, n° 5.
- MA CAISSE (1990). *L'engrenage de la pauvreté*.
- MERCIER, C., RENAUD, C., DESBIENS, F. et S. GERVAIS (1990). *La contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques dans la communauté*, Montréal, Unité de recherche psychosociale, Hôpital Douglas, 1186 p.
- MOON, G. (1990). « Conceptions of Space and Community in British Health Policy », *Social Science and Medicine*, vol. 30, n° 1, 165-171.
- MORIN, P. (1989). « Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 1, 119-124.
- MORIN, P. (1990). « L'oubli de l'espace dans le Plan d'organisation de services », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, 4-13.
- NATIONAL ASSOCIATION OF MENTAL HEALTH PROGRAMS DIRECTORS (NASMHPD) (1987). *Position Statement of the National Association of State Mental Health Program Directors on Housing and Support for People with Long Term Mental Illness*, Baltimore, États-Unis, NASMHPD.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH) (1987). *Guiding Principles for Meeting the Housing Needs of People with Psychiatric Disabilities*, Brockville, États-Unis, NIMH.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1989). *Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness*, Genève, OMS, 21 p.
- PARISH, J. (1990). « Supported Housing : A Critical Component of Effective Community Support », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 13, n° 4, 9-10.
- PERRIN, C. (1977). *Everything in its Place, Social Order and Land Use in America*, Princeton, N.-J., Princeton University Press, 291 p.
- RANDOLPH, F.L., SANFORD, C., SIMONEAU, D., RIDWAY, P. et P.J. CARLING (1988). *The State of Practice in Community Residential Programs : A National Survey*, Boston, Boston University, Center for psychiatric rehabilitation.

- RIDWAY, P. (1987). *Avoiding Zoning Battles*, texte présenté au *Intergovernmental Health Policy Project*, Washington, D.C., 9 p.
- RIDWAY, P. et A. ZIPPLE (1990). « The Paradigm Shift in Residential Services : From the Linear Continuum to Supported Housing Approaches », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 13, n° 4, 11-31.
- ROSE, S. et B.L. BLACK (1985). *Advocacy and Empowerment*, Boston, Routledge et Kegan, 231 p.
- SHDU (1990). *Enquête auprès de ressources d'hébergement temporaire et permanent : état de la situation et pistes de solutions*, Ville de Montréal, 59 p.
- TANZMAN, B. (1990). *Researching the Preferences of People with Psychiatric Disabilities for Housing and Supports, a Practical Guide*, Burlington, Center for Community Change through Housing and Support, 164 p.
- VEGA, W.A. et W. MURPHY (1990). *Culture and the Restructuring of Community Mental Health*, Connecticut, Greenwood Press, 162 p.
- WOLPERT, J. et E. WOLPERT (1976). « The Relocation of Released Mental Hospital Patients into Residential Communities », *Policy Sciences*, vol. 7, 31-51.