

Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale

The social role of municipalities in mental health policy

Paul Morin

Volume 13, Number 1, June 1988

La réinsertion sociale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030431ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030431ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Morin, P. (1988). Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 119–124.
<https://doi.org/10.7202/030431ar>

Article abstract

In recent years, there has been an increasing number of cases of intolerance and rejection on the part of communities in which attempts have been made to establish housing for the mentally ill. This illustrates to what extent strategies promoting local involvement are absent and were never designed to coincide with deinstitutionalization. The result is that zoning has become an instrument of discrimination despite declarations to the contrary made by government. As a result, municipalities must become involved in the process of attitudinal change. On the same note, mental health workers must get involved politically in order to reduce the emphasis placed on utilitarian and individualistic approaches.

Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale

Paul Morin*

Les manifestations d'intolérance, de rejet, exprimées par des communautés locales envers des tentatives d'implantation de ressources résidentielles en santé mentale se sont multipliées ces dernières années. Cette réalité illustre qu'aucune stratégie d'implication du niveau local n'a été pensée, articulée de concert avec la désinstitutionnalisation. Résultat: le zonage est devenu un outil de discrimination malgré les énoncés d'intention gouvernementale. Les municipalités doivent donc être intégrées dans ce processus de transformation des mentalités. En parallèle, les intervenants en santé mentale doivent agir politiquement afin que cesse la domination d'une pensée utilitariste et individualiste.

En juin 1986, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec déposait un mémoire à la Commission d'étude sur les municipalités mise sur pied par l'Union des municipalités. Le document s'intitulait *Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale*. A l'époque, nous avons surtout insisté sur les manifestations d'intolérance et de rejet, exprimées par des communautés locales, pour certaines tentatives d'implantation des ressources résidentielles.

Or, les déclarations du maire de Québec, émises deux ans plus tard, illustrent - encore une fois - qu'aucune stratégie d'implication locale n'a été pensée ni articulée, suite à la désinstitutionnalisation.

Résultat: le zonage est devenu un outil de discrimination, malgré les bonnes intentions gouvernementales. Cela démontre l'inanité de penser la communauté de façon centrale sans d'abord développer une dynamique favorable dans les lieux de résidence de la population, soit les municipalités. Cependant, le municipal demeure, pour employer un euphémisme, un palier inférieur. Les politiques économiques et sociales gouvernementales conditionnent notre qualité de vie et leurs effets s'exercent aux dépens des personnes défavorisées.

Pas dans ma cour!

La position géographique de nos asiles d'antan, aux confins des villes, symbolise bien le statut de la folie dans notre société. Les personnes repoussées dans ces lieux inhospitaliers ont été ramenées, au cours des dernières décades, dans ces mêmes espaces urbains qui les avaient rejetés au départ. Leur retour dans la communauté s'est effectué sans qu'elles soient associées au processus de désinstitutionnalisation et sans que les communautés locales aient un réel pouvoir d'influence sur les politiques de gestion du secteur social.

L'accentuation, ces dix dernières années, de cette supposée politique de communautarisation, n'a fait qu'augmenter le gouffre entre les discours gouvernementaux et les mentalités des populations. D'où les tensions actuelles dans le secteur des ressources résidentielles.

En 1977, le gouvernement, par le biais de l'article 158 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, a interdit aux municipalités d'approuver des règlements proscrivant des structures d'accueil:

« Nul permis ou certificat municipal ne peut être refusé et nulle poursuite en vertu d'un règlement municipal ne peut être intentée pour le seul motif qu'une construction ou local d'habitation est destiné à être occupé en tout ou en partie par un foyer de groupe, un pavillon, ou une famille d'accueil au sens de la présente loi ou des règlements. Le présent article prévaut sur toute loi générale ou spéciale. » (article 158, chapitre 485.5).

Selon le sociologue Henri Dorvil, cette règlemen-

* L'auteur est agent de développement au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Cet article est une version remaniée d'une communication présentée au colloque Ailleurs et autrement ... mais comment? le 8 avril 1988.

tation « établit clairement la notion de solidarité nationale face aux problèmes des personnes en difficultés et souligne le devoir des communautés locales envers ces personnes. » (1984, 34).

Or dix ans après son entrée en vigueur, l'article 158 se bute toujours aux attitudes et perceptions des communautés locales. Les exemples abondent et ne se limitent pas à la santé mentale.

Ainsi, à Montréal en 1984, le pavillon St-Germain a échoué dans sa tentative d'accueillir de jeunes détenus aux prises avec des troubles émotionnels. La population du quartier s'est opposée au projet avec vigueur, par crainte d'une dépréciation des propriétés. La municipalité a, de son côté, traité le pavillon comme un commerce et lui a refusé un permis, prétextant qu'il était situé dans une zone résidentielle.

La crainte d'une dépréciation de la valeur foncière s'appuie malheureusement sur une jurisprudence. En 1985, le secrétaire-général de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'adressait au Bureau de révision de l'évaluation foncière, afin de faire diminuer l'évaluation de sa maison. Alléguant que des ressources résidentielles pour personnes handicapées s'étaient installées récemment dans le voisinage, il obtenait gain de cause. Cette affaire fut portée sur la place publique en décembre 1987, suite à la nomination du même secrétaire-général sur le Conseil d'administration de l'OPHQ. Devant le tollé de protestations des organismes de promotion, il dut démissionner de son nouveau poste (*Le Devoir*, 1987).

Les mots « centre d'accueil » et « famille d'accueil » sont définis dans la loi sur les services de santé et services sociaux, mais ceux de « pavillon » et « foyer de groupe » ne s'y trouvent pas. La ville de Lévis a voulu tirer partie de telles lacunes en 1985, pour tenter d'empêcher l'ouverture d'une maison pour femmes en difficultés ou victimes de violence. Elle a été déboutée en Cour Supérieure, le juge statuant que *Jonctions pour Elle*, un foyer d'accueil à caractère public, ne pouvait être interdit dans une zone résidentielle. Reconnaisant que l'article 158 ne s'applique pas expressément à des maisons de ce caractère, il n'en a pas moins conclu « que les autorités municipales ne pouvaient se réfugier derrière des motifs purement techniques pour empêcher l'implantation d'établissement à caractère social envers lequel le législateur a voulu montrer un préjugé favorable, il y a quelques années » (Marin, 1986).

Il arrive, en fait, qu'une définition légale ne suive pas l'évolution sociale. Dernièrement, la ville de Lauzon a contesté l'ouverture de deux familles d'accueil pour adolescents. Elle a soutenu que les deux responsables, deux hommes psycho-éducateurs, ne constituent pas une famille au sens de la Loi. Le juge a donné raison à la ville et agréé à leur requête de jugement déclaratoire. La ressource résidentielle prévue est alors entrée dans la catégorie des habitations collectives, un usage prescrit dans ce secteur par la réglementation municipale de zonage. (*Le Soleil*, 1988).

De bien belles intentions...

Quittons la dure réalité et passons au niveau des politiques d'intention gouvernementale qui, elles aussi, ne manquent pas. Ainsi, en 1981, lors du sommet socio-économique pour l'intégration de la personne handicapée, le consensus autour des services résidentiels s'énonçait comme suit :

- toute personne, quel que soit son niveau d'autonomie, a le droit de vivre dans son milieu de vie naturel, d'avoir un domicile.
- il est nécessaire de procéder à la désinstitutionnalisation des personnes et des services ;
- les services doivent être rendus sur une base communautaire et décentralisée ;
- la participation des utilisateurs doit être favorisée dans l'organisation des services.

Quelques années plus tard, l'Office des personnes handicapées du Québec publie une politique d'ensemble intitulée *A part égale*, suivie d'un sommet en novembre 1985.

Pour les services, l'OPHQ recommandait que le MSSS mette en place quelques ressources résidentielles en milieu ouvert pour répondre aux besoins des personnes handicapées.

A part égale désignait deux structures régionales pouvant planifier le développement de ces ressources résidentielles : soit les municipalités régionales de comté - MRC -, chargées de s'occuper de l'aménagement du territoire, et les Conseils régionaux de services de santé et services sociaux - CRSSS -, responsables de la décentralisation des services.

A cela, l'Union des municipalités a rétorqué « que la Loi sur l'aménagement et l'urbanisation avait consacré le principe urbanistique, voulant que la planification des ressources résidentielles soient essen-

tiellement de compétence locale» (*A part égale*, 1985). Cette responsabilité ne pouvait donc incomber aux MRC.

Cette même année 1985, le MSSS sortait un document de consultation sur une politique de santé mentale, *A nous de décider*, qui soulignait l'importance des problèmes de logement, notamment pour les « ex-psychiatisés vivant dans des maisons de chambre de secteurs urbains particulièrement défavorisés » (*La santé mentale. A nous de décider*, 1985).

Quatre mesures étaient mises de l'avant pour concrétiser l'objectif ministériel d'insertion et de réinsertion sociale, qui demande de mettre en place des ressources et des habitations accessibles à ces personnes. Elles se résumaient à réserver des places d'habitation en conciergerie pour des populations défavorisées; favoriser le développement de formules de logement accessibles à ces populations; favoriser la mise sur pied de coopératives d'habitation; et prévoir le développement d'espaces communautaires dans les conciergeries.

En 1987 le rapport *Pour un partenariat élargi* du Comité de la Politique en santé mentale soulignait l'acuité du problème face aux résistances des municipalités et recommandait:

« Que le ministère des Affaires municipales rende possible, dans les plus brefs délais, l'implantation, dans les zones résidentielles, des ressources nécessaires à la réinsertion et au maintien dans la communauté des personnes pour lesquelles cette mesure est requise. » (1987, 103).

Aucun organisme municipal ne s'est présenté à la Commission parlementaire sur la Politique de santé mentale et très peu d'intervenants ont fait référence à cette recommandation.

Faut-il se surprendre alors, que le maire de Québec, abordant les nouvelles attentes des citoyens vis-à-vis les municipalités devant le Club Richelieu, ait déclaré ce qui suit, le 28 mars 1988:

«... les municipalités subissent le contre-coup de certaines politiques des gouvernements supérieurs, comme la désinstitutionnalisation des usagers des centres psychiatriques. Cette pensée est noble et généreuse, mais la formule aboutira à un gâchis si ces gens sont abandonnés à eux-mêmes dans le tissu urbain, sans préparation pour assumer leurs responsabilités personnelles. Le milieu n'est pas préparé non plus à les accueillir et il ne sait pas comment se comporter à leur endroit. Ces bénéficiaires n'ont rien à faire; ils errent dans la rue et c'est ainsi que,

de temps en temps, naissent les feux. » (*Le Soleil*, 1988).

Cette relation entre les ex-patients du Centre hospitalier Robert-Giffard de Beauport et la vague d'incendies criminels qui eut lieu dans le quartier St-Roch de Québec ne s'appuie sur aucun fondement. Mis en demeure de s'excuser, le maire de Québec a renchéri:

« Il faut les encadrer si on veut les réinsérer dans la société. Autrement, ces gens continueront à chercher des personnes pour discuter et trouver quelque chose à faire et errer dans les rues, les poches pleines de cartons d'allumettes. Bien d'autres municipalités au Québec connaissent le même problème. Seulement, elles n'osent pas en parler. J'ai cru que j'avais le devoir de le dire. » (*Le Soleil*, 1988).

Le maire de Québec eut beau protester de sa bonne volonté, il n'en reste pas moins qu'en juillet 1986 la ville de Québec fut condamnée à payer une indemnité de 45,150 \$ pour abus de pouvoir auprès de deux promoteurs immobiliers. En effet, la ville avait fait l'acquisition d'un édifice, afin de bloquer le projet d'implantation d'un centre de réadaptation en santé mentale dans le quartier St-Roch (*Le Soleil*, 1986). Ainsi, Centraide Montréal avait visé juste dans son mémoire présenté à la Commission d'étude sur les municipalités:

« Il nous apparaît, qu'au cours des quinze dernières années, une séparation trop rigide de compétence s'est installée au sein des divers niveaux de pouvoir, de telle sorte que trop de municipalités ont complètement exclu de leurs préoccupations les besoins spéciaux de leurs commettants... il nous apparaît important et urgent que les municipalités brisent ces cloisonnements et redécouvrent en ce domaine de nouvelles avenues d'actions et de présence. » (1986).

Cet organisme favorisait donc trois stratégies d'action: briser les cloisonnements trop rigides; mieux intégrer la dimension sociale déjà inhérente à leur action; développer une politique cohérente d'intervention au plan social.

Et ailleurs?

En France, sans qu'il y ait eu de politique de santé mentale clairement établie, quelques expériences ont démontré que l'implication des édiles municipaux favorise le développement de pratiques novatrices en santé mentale. *Vie Sociale et Traitement*, la revue éditée par les CEMEA (Centre d'entraînement aux

méthodes d'éducation active) a déjà consacré un numéro à la thématique suivante : Les élus et le fait psychiatrique. L'expérience d'Armentières constitue l'une de ces expériences.

Dans le secteur XXII du nord-est de la France, l'Association médico-psycho-sociale (AMPS) sensibilise depuis plus de dix ans la population du secteur à un autre rapport possible à la folie. Au niveau du conseil d'administration de l'association, les six municipalités du secteur sont représentées de droit.

A partir de l'idée-force que le problème de la folie n'est pas qu'affaire de spécialistes, mais concerne spécialistes et non-spécialistes, l'AMPS a fait oeuvre originale tant dans son action à l'intérieur des structures hospitalières qu'à l'extérieur. Ainsi, le pavillon de force de l'hôpital d'Armentières a été supprimé et, en 1984, une semaine complète d'activités culturelles s'y est déroulée sous le thème du « Procès de la Folie ».

Le but principal de l'association étant de sensibiliser la population du secteur à la politique de sectorisation, l'AMPS a réalisé une recherche-action intitulée *L'articulation de la folie à la totalité du système social*; 7 rapports ont été produits de même qu'un film et une exposition. Pour l'un des membres de l'association, « L'important est ici l'ouverture des institutions les unes aux autres, l'enrichissement mutuel qu'apporte cette ouverture, de l'asile à la cité, de la cité à l'asile, et des conséquences dans la réinsertion des malades mentaux et le changement des mentalités, les deux allant de pair. »

Plus près de nous au Canada, dans la province voisine de l'Ontario, la ville de Toronto se situe à l'avant-garde des municipalités canadiennes dans leur implication au niveau de la santé mentale. Ainsi, en novembre 1983, nous avons assisté à une consultation à l'Hôtel de Ville sur le rapport d'un groupe de travail créé par la ville de Toronto portant sur le renvoi des patients psychiatriques dans la ville. La recherche constatait que « la politique de désinstitutionnalisation a trop souvent été accompagnée d'un sérieux manque de ressources communautaires dont on avait besoin pour pallier aux soins institutionnels. Les vies de ceux et celles s'entassant dans les hôtels de Toronto et les maisons de chambre attestent de ce manque de planification ». Dans le même contexte d'intervention sociale, la municipalité torontoise a soutenu en 1985 une proposition présentée à l'association des municipalités qui demandait l'abo-

lition des termes « handicaps » et « incapacité mentale » comme cause de perte du droit de vote, tant aux niveaux provincial que municipal. Le 24 octobre 1985, la loi 38 donnait le droit de vote, au niveau municipal, aux personnes qui sont sous curatelle.

A juste titre, le document d'avril 1987 du Comité consultatif sur les sans-abris à Montréal a souligné les avancées de Toronto : « ... (elle) se préoccupe de la problématique depuis au moins quinze ans. L'esprit de concertation entre les groupes communautaires, les élus et les fonctionnaires de la ville, l'approche innovatrice pour le logement stable des sans-abris et les démarches concernant les fonds de compensation sont les éléments significatifs de la situation torontoise. »

Pauvreté et santé mentale

Malheureusement, en Ontario comme au Québec, les programmes de logement spéciaux n'ont pas la faveur des gouvernements. Ainsi, au Québec, le nombre de logements en HLM est passé de 5,981 en 1985 à 3,600 en 1986 (The Gazette, 1988). Cette réalité témoigne de l'actuelle domination d'une pensée utilitariste et individualiste, comme en fait foi le document d'orientation du ministère de la Main-d'oeuvre et de la sécurité du revenu *Pour une politique de sécurité du revenu*.

L'absence totale de la notion de pauvreté dans le document traduit - on ne peut mieux - sa philosophie sous-jacente : les gens sont responsables de leur misère. Dans le document cela est formulé comme suit : « L'Etat ne peut se substituer à l'initiative personnelle. Le bénéficiaire doit donc assumer la responsabilité de son intégration au marché du travail » (1987, 26).

Dans notre société dite opulente, la misère n'a même plus de statut; elle n'est que l'accumulation des déficiences individuelles. Nous sommes à des années lumières du rapport du Comité spécial du sénat canadien : *La pauvreté au Canada* (1971) (Laurier, 1977).

Les sociétés industrielles entretiennent le mythe de la responsabilité individuelle, afin - justement - de cacher l'inégalité des chances inscrite structurellement dans l'organisation sociale de la société. De nombreuses recherches ont pourtant clairement établi cette reproduction des inégalités sociales. Un document du ministère des Affaires sociales dévoile que « la mortalité est plus élevée chez les pauvres et les

francophones que chez les riches et les non-francophones pour la plupart des causes de décès qui surviennent dans la région métropolitaine de Montréal » (Laurier, 1977).

En 1979, une étude de l'Office de développement du Québec sur l'évolution de la répartition des revenus au Québec, entre 1961 et 1976, conclut que l'écart entre les pauvres et les riches est demeuré le même (Pelchat, 1979).

En 1986, deux études ont, une fois de plus, prouvé ces faits. Une étude du Conseil des affaires sociales et de la famille a de nouveau établi l'existence d'une société duale au Québec.

« N'est-il pas étonnant d'apprendre, par exemple, que les mauvais résultats en mathématiques et en français, qu'un nombre anormalement élevé d'arrestations pour conduite affaiblie, que les logements insalubres, que le nombre d'adultes condamnés, qu'une plus faible espérance de vie, qu'une plus grande proportion des prises en charge pour délinquance et protection sociale, qu'un plus faible niveau de scolarité et qu'un revenu sous le seuil de la pauvreté, se trouvent toujours concentrés dans les mêmes territoires! » (cité dans C.S.S.M.M., 1987, 6).

À Montréal, une étude effectuée par le Centre des services sociaux, *La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec*, parle dans le même sens: « Plusieurs recherches concluent que les milieux défavorisés sont plus susceptibles d'affronter *des problèmes de santé ou des problèmes psycho-sociaux* » (1987, 6). Ainsi, l'analyse de la clientèle du CSSMM conclut à une sur-représentation des couches défavorisées de la population. Alors que 13,4 % des familles du Québec vivent sous le seuil de pauvreté, on y retrouve 41 % des familles des nouveaux bénéficiaires du CSSMM et 44,2 % de celles des bénéficiaires de plus longue date (CSSMM, 1987).

Déjà, en 1971 « La voix des hommes sans voix », l'annexe 22 de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, avait établi « une liaison très nette entre la pauvreté et la maladie mentale ou psychiatrique » (p. 25).

Que faire?

Qu'en est-il alors du rôle des municipalités, au chapitre de la réinsertion sociale? Lise Dufour, de la revue *Municipalités* du ministère des Affaires municipales, soutient qu'« il n'existe pas de formu-

les magiques pour la réintégration sociale. Tout au plus peut-on chercher à en atténuer les effets négatifs » (1988, 3). Cette réflexion, que nous qualifions de technique, fait référence à des stratégies d'implantation et d'information. Par exemple, informer de porte en porte les occupants d'un quartier résidentiel; cibler des groupes, tels les marchands locaux et les fonctionnaires municipaux; identifier des zones d'implantation favorables, en tenant compte de certains critères, comme la densité, le nombre de résident(e)s, dans la ressource, les aspects culturels du territoire, etc.

Nous appelons « technique » cette façon de faire, non par condescendance, mais parce que nous croyons que la modification du statut de la folie dans notre société doit devenir une « alternative » à la perspective technocratique. Ainsi, la sectorisation, telle que conçue et mise en place à Montréal, n'a strictement rien à voir avec la prise en charge de sa santé mentale par la population d'un territoire.

Il faut, au contraire, décloisonner l'organisation des soins en santé mentale et l'imbriquer dans la vie municipale. Une façon de faire serait de concrétiser une recommandation de l'Union des municipalités sur les conseils de quartier, parue dans un rapport sur l'avenir des municipalités. Autre avenue intéressante; la mise sur pied d'une Corporation de développement communautaire à Victoriaville et à Drummondville.

De telles initiatives favorisent la démocratie municipale et contribuent au changement des mentalités. Et nous tenons pour illusoire les grandes campagnes de sensibilisation, du style que l'Association canadienne pour la santé mentale a fait en Ontario ou tel que recommandé par le Comité de la Politique de santé mentale. Le bilan de notre propre expérience de sensibilisation, le Festival Folie/Culture, nous a permis de saisir le caractère passager de ce type d'événements en regard de la modification des attitudes et perceptions de la population.

Le changement des mentalités est fondamental. Jack Ralite, ancien ministre de la santé en France, lors d'un débat intitulé *Santé mentale, politique et libertés*, cita ce proverbe hongrois: « Si un homme te dit que tu es un cheval, moque-toi de lui; si deux hommes te le disent, penses-y. Et si trois hommes te disent que tu es un cheval, tu ferais bien d'aller t'acheter une selle » (1985, 7).

Nous soutenons qu'une telle vision s'allie avec la nécessité pour les intervenants en santé mentale

d'être des acteurs politiques. Le politique ne résoudra pas la souffrance de la folie, mais le politique est un niveau crucial que nous ne pouvons pas évacuer. Un geste politique peut se traduire par notre capacité de discerner qu'il est impossible de vivre de prestations de l'aide sociale, avec 487 \$ par mois ou 5,844 \$ par année.

C'est aussi faire mentir Camilien Houde qui, alors maire de Montréal, déclara en 1937: « la liberté de parole ne s'accorde pas avec la mentalité canadienne-française » (Lévesque, 1984, 144).

Références

- A ... *part égale*, 1985, annexe 4, proposition PE-0909.
- Bonnafé, L., 1986, Quand le psy est élu du peuple, *Vie sociale et traitement*, no. 163, 17-19.
- Centraide Montréal, 1986, *Mémoire soumis à la Commission des municipalités*, Montréal.
- Cesbes, 1971, *La voix des hommes sans voix*, Annexe 22.
- Collectif, 1986, Le fait psychiatrique et municipalité à Vitry, *VST*, no. 163, 24-8.
- Comité de la Politique de santé mentale, 1987, *Pour un partenariat élargi*, Projet de Politique en santé mentale pour le Québec, Québec.
- CSSMM, 1987, La distribution de la pauvreté et de la richesse dans les régions urbaines du Québec, Partie III, *Les besoins sociaux*, Montréal.
- Desmons, P., 1986, Association et psychiatrie, *VST*, no. 167, 43.
- Dorvil, H., 1984, Les ressources alternatives au CH Louis-Hippolyte Lafontaine, *Administration hospitalière et sociale*, XXX, no. 6, 31-41.
- Dufour, L., 1988, La désinstitutionnalisation et la réintégration sociale: Rêve ou réalité, *Municipalités*, février, 2-3.
- Laurier, M., 1977, La géographie de la pauvreté, *Le Devoir*, 30 mai.
- La santé mentale: A nous de décider*, 1985, M.S.S.S. Québec.
- Le Devoir*, 9 décembre 1987.
- Le Soleil*, 19 janvier 1988.
- Le Soleil*, 29 mars 1988.
- Le Soleil*, 30 mars 1988.
- Le Soleil*, 29 juillet 1988.
- Lévesque, A., 1984, *Virage à gauche interdit*, Boréal Express, Montréal.
- Marin, P., 1986, Maisons d'accueil en quartiers résidentiels, *Justice*, janvier, 14.
- M.M.S.R., 1987, *Pour une politique de sécurité du revenu*, document d'orientation, Québec.
- Pelchat, P., 1979, L'écart entre riches et pauvres ne change pas, *Le Devoir*, 28 août.
- Ralite, J., 1985, Santé mentale, politique et libertés, *VST*, no. 157-8, 5-22.
- Rapport du Comité des sans-abris déposé au Conseil municipal de la ville de Montréal, 1987, *Vers une politique pour les sans-abris*, 13 avril.
- Roelandt, J.-L., 1985, Procès de la Folie, *VST*, no. 157-8, février, 54-63.
- R.R.A.S.M.Q., 1986, *Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale*, Mémoire présenté dans le cadre des consultations, Montréal, juin, 11 p.
- The Gazette*, 20 février 1988.
- The preliminary report of the Mayor's action task force on discharged psychiatric patients*, 1983, Toronto.
- Union des municipalités du Québec, 1986, *Rapport de la Commission d'étude sur les municipalités*.

SUMMARY

In recent years, there has been an increasing number of cases of intolerance and rejection on the part of communities in which attempts have been made to establish housing for the mentally ill. This illustrates to what extent strategies promoting local involvement are absent and were never designed to coincide with deinstitutionalization. The result is that zoning has become an instrument of discrimination despite declarations to the contrary made by government. As a result, municipalities must become involved in the process of attitudinal change. On the same note, mental health workers must get involved politically in order to reduce the emphasis placed on utilitarian and individualistic approaches.