

Présentation

L'oubli de l'espace dans le Plan d'organisation de services

Paul Morin

Volume 15, Number 2, November 1990

Le réel et la mort dans la situation thérapeutique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031558ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031558ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Morin, P. (1990). Présentation : l'oubli de l'espace dans le Plan d'organisation de services. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 4–13.
<https://doi.org/10.7202/031558ar>

Présentation

L'oubli de l'espace dans le Plan d'organisation de services

Paul Morin*

«Vivre, c'est passer d'un espace à un autre,
en essayant de ne pas se cogner»
(Georges Perec, *Espèces d'espaces*, 1976).

Depuis le dévoilement de la politique de santé mentale en janvier 1989, les divers C.R.S.S.S. se sont mis à la tâche et ont élaboré un plan régional d'organisation de services (P.O.S.). Un P.O.S. comporte trois niveaux d'élaboration: le tactique, qui concerne la situation des besoins en santé mentale; le stratégique, qui a trait au modèle régional d'organisation de services, et l'opérationnel qui vise à identifier les acteurs dispensateurs de ces services. Jusqu'ici, quatre conseils régionaux ont dévoilé publiquement leur P.O.S. et l'ont soumise au M.S.S.S.; celui de Montréal Métropolitain date de juin 1990.

Les P.O.S. auraient dû sous l'angle organisationnel de la planification des services, aborder la dimension de l'espace en fonction des caractéristiques socio-spatiales du territoire dans lequel ils s'inscrivent. Nous devons constater, après analyse du P.O.S. du C.S.S.S.R.M.M., que l'espace urbain n'y apparaît pas. La ville, l'espace de vie quotidien, n'aurait-il donc aucun rapport avec la planification de ces services?

Nous tenterons justement d'aborder cet aspect ici et de répondre à la question: l'espace est-il un élément structurel dont il faut tenir compte dans l'organisation et la distribution des services de santé mentale? Nous analyserons successivement 1) l'idéologie sous-jacente à la décentralisation des services; 2) la concentration des ressources et d'une population dépendante¹ dans certains quartiers; 3) l'opérationnalisation de la politique de santé mentale de Montréal métropolitain.

* L'auteur, sociologue, est coordonnateur du Collectif de défense des droits de la Montérégie. Il remercie M. Yves Lecomte pour ses commentaires. Les idées contenues dans ce texte sont malheureusement postérieures à sa participation au Comité.

L'espace de la folie

La décentralisation des services de santé et de services sociaux constitue l'une des caractéristiques fondamentales de l'évolution des trente dernières années en Amérique du Nord (C.C.D.C., 1987). Dans le champ de la santé mentale, ce phénomène s'est avéré particulièrement marquant compte tenu du caractère historiquement très centralisateur des services dispensés, de leur existence et de leur dimension loin du regard public. Des grands asiles abritant une dizaine de milliers de personnes, nous sommes passés à l'ère de la désinstitutionnalisation et de la non-hospitalisation; à l'idéologie de la normalisation et de la communauté accueillante.

La désinstitutionnalisation

L'histoire du traitement du malade mental est l'histoire de l'isolement spatial du fou et de son oubli. Les diverses études sur le sujet révèlent, en effet, qu'aucun principe n'a été aussi constant, dans l'histoire de l'organisation et de la distribution des services de santé mentale, que la séparation physique du client de la communauté. La folie dans le monde occidental a un rapport spécifique avec l'espace: l'espace a été utilisé comme moyen de ségrégation, d'enfermement des fous en des lieux situés aux confins des villes à des fins d'hygiène publique, dans des structures hospitalières qualifiées par Vinet (1975) d'oubli organisé:

«Elles constituent l'aboutissement du processus de négation collective d'un problème embêtant parce que difficilement soluble ou angoissant. Le voile de l'oubli s'impose faute de solutions toutes faites, faute de faire face au problème lui-même... il s'agit d'un oubli organisé, agencé, retravaillé sans cesse car on n'ose l'achever mais on refuse de l'interrompre» (Vinet, 1975, 212-3).

Pour contrer cet oubli organisé, les services de santé mentale sont passés progressivement des pratiques de prise en charge institutionnelle à une volonté de maintenir les personnes dans leur milieu naturel et de leur assurer, dans la communauté, les services nécessaires (Mercier, 1987). C'est la politique de désinstitutionnalisation des gouvernements actuels, corollaire à la décentralisation des services de santé mentale.

Au Québec, même si la décentralisation des services de santé et des services sociaux est un principe organisationnel — qu'on pense seulement aux C.L.S.C. — curieusement la distribution des services de santé mentale n'a pas été envisagée sous cet angle. Aux États-Unis, la décentralisation des services de santé mentale est considérée séparément de la désinstitutionnalisation; mais au Québec ce dernier concept recouvre aussi l'idée de dispersion des ressources.

Cela tient peut-être à l'importance donnée à la transformation des structures. Le renforcement des pouvoirs centraux de l'État québécois,

en même temps que la décentralisation administrative et sectorielle de certains pouvoirs de gestion, a fait en sorte que la décentralisation a été envisagée sous l'angle d'une modification des structures organisationnelles globales et non des services. La recherche de Turgeon (1983) constitue un bel exemple de cette optique. Quoi qu'il en soit, la non-prise en compte de la décentralisation des services de santé mentale va de pair avec l'oubli de la dimension socio-spatiale; l'un ne va pas sans l'autre, l'espace urbain étant le territoire où s'installent les services.

La communauté accueillante

Cette désinstitutionnalisation s'appuie à son tour sur l'idéologie de la communauté accueillante, c'est-à-dire une communauté perçue comme un endroit viable, compréhensif et hospitalier. L'axiome «La pire maison est préférable au meilleur hôpital représente bien cette idéologie» (Cumming, 1957). La communauté jouerait donc un rôle thérapeutique par ses systèmes de soutien naturel. Cependant, la notion de valeur thérapeutique de la communauté est encore vague, de même que le processus de préparation de cette communauté à recevoir ces personnes dites différentes (Oxman-Martinez, 1989). Cela ne relève-t-il pas d'une fétichisation de la communauté, celle-ci étant conçue comme lieu consensuel?

La normalisation

N'étant plus hospitalisé, accueilli par sa communauté dans l'alternative la moins restrictive², le «malade mental» se normalisera³. Pour faciliter sa normalisation, il résidera dans une ressource localisée dans la communauté. Les théoriciens de la normalisation ont envisagé la nécessité de tenir compte de la dimension socio-spatiale, à savoir le potentiel d'assimilation et de regroupement des personnes déviantes⁴ dans la communauté (en mesurant la relation entre le nombre d'usagers et le nombre probable de personnes qui peuvent y être intégrées). Cette mesure vise à «éviter la surcharge des ressources de la communauté avec des personnes dévaluées a) en s'abstenant de regrouper un trop grand nombre de personnes dans chaque service et b) en s'éloignant des régions où on retrouve déjà d'importantes concentrations de personnes dévalorisées» (N.I.M.R., 1980). Toute ressource doit donc tenir compte de la dimension socio-spatiale avant de s'établir dans une communauté. Mais, comme nous le verrons, il y a toute une marge entre l'idéologie de la normalisation et ses résultats concrets.

Le phénomène de concentration

L'étude de villes nord-américaines comme Washington, (Trotter et Kuttner, 1974), Toronto (Dear et Taylor, 1982), Hamilton (Dear, 1977) et Philadelphie (Wolch, 1980) révèle partout une concentration des ressources et de la population dépendante dans certains quartiers.

Par exemple, à San Jose en 1972, dans une zone comprenant 15% des habitations l'on retrouvait 1,800 personnes qui résidaient en 140 endroits, (ressources de réinsertion, chambres et pensions, etc.), soit 83% de l'ensemble. La même recherche montrait l'existence d'autres ressources, comme 13 maisons de transitions pour alcooliques, une maison pour toxicomane, 11 ressources pour les personnes âgées et une maison de transition pour les ex-détenus. (Wolch et Gabriel, 1985). Partout, la pauvreté constitue le premier facteur de localisation de cette population. Dépendante de services, peu mobile, celle-ci ne peut vivre qu'en des endroits où les coûts de logements sont peu élevés et proches des services requis. D'où, habituellement, la création d'un ghetto de population dépendante de services dans les vieux centres-villes.

Au Québec, au nom de la solidarité nationale et du devoir des communautés locales envers les personnes en difficulté, le gouvernement a interdit aux municipalités de proscrire les structures d'accueil prévues par la loi. Cette interdiction date de 1977, et s'est faite par le biais de l'article 138 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux. Cela n'a pas empêché la création de ghettos. À Montréal, la présence de deux grands hôpitaux psychiatriques à l'est de l'île, loin du centre-ville, a transformé un quartier de 40,000 habitants, Pointe-aux-Trembles, en ghetto (Grondin, 1989). Une récente recherche (Lajoie, 1990) illustre pour la première fois la répartition géographique, sur le territoire du D.S.C. Maisonneuve-Rosemont, par territoire de C.L.S.C.⁵, de la clientèle vivant en milieu de vie protégé dans des ressources résidentielles de santé mentale.

Pointe-aux-Trembles se distingue par sa concentration de pavillons: 399 personnes sur les 518 hébergées en pavillon résident dans ce secteur. En y ajoutant le nombre de personnes habitant dans les autres ressources résidentielles, ce quartier a le plus grand nombre de personnes psychiatisées qui vivent en ressource résidentielle (498 sur 1030) sur le territoire du D.S.C.

Cette concentration se retrouve aussi dans le centre-ville de Montréal qui vit à l'heure des grandes villes d'Amérique du Nord. L'exemple de Dernier Recours Montréal illustre bien ce fait. En accueillant une population dont personne ne veut, cette institution a créé un foyer d'attraction en plein centre-ville, alors que cette zone a peine à absorber le trop-plein de cette clientèle. Ainsi, dans un rayon de moins d'un kilomètre autour de Dernier Recours, l'on retrouve 8 ressources qui

desservent 1043 personnes (Lecomte, 1989). En fait, le développement des ressources au Québec souffre d'une absence de planification, malgré certaines directives du M.S.S.S. en ce sens. En réponse à une lettre de 1989 du directeur-général du C.H.R.G., M. P.A. Bernier, concernant l'avis du ministère au sujet de l'implantation d'un autre foyer de groupe à l'Ancienne-Lorette, le sous-ministre en titre de l'époque, M. Réjean Cantin, mentionne: «Établir prioritairement une carte géographique de l'intégration résidentielle afin de réduire les risques de saturer un milieu et prévenir les résistances éventuelles du voisinage.»

Ce développement non planifié des ressources s'illustre aussi par le fait qu'il n'existe présentement aucune carte des ressources de toutes catégories implantées à Montréal ou Québec.

Conséquence de cette absence de prise en compte de l'espace: la dégradation de la qualité de vie⁶ des personnes connaissant des problèmes émotionnels sévères et persistants, ainsi que celle de la communauté en général. Force nous est de constater qu'un changement majeur dans l'organisation des services s'est donc effectué sans aucune implication de la communauté, alors que cette transformation est censée se fonder sur les capacités d'intégration de cette même communauté.

La transformation de l'organisation des services reliée à l'absence de planification locale a provoqué la prolifération et la concentration de ressources et de population dépendante dans les centres-villes. Une «ville publique» (Wolch, 1980) a vu le jour, résultat d'une désinstitutionnalisation rapide et d'une ghettoisation liés au statut socio-économique des personnes concernées et à l'opposition de la communauté. Un nouvel enclos spatial s'est formé.

Dans le contexte actuel de compétition capitaliste, le caractère essentiellement urbain de la décentralisation des services associé à l'importance des valeurs qu'elle a heurtées (communauté, famille, propriété, normalité)⁷ a exacerbé les attitudes de rejet et une ghettoisation des services pour les populations dépendantes.

Selon Dear (1980) cette ghettoisation n'est pas nouvelle; elle est seulement une nouvelle forme, hautement spécialisée, de ségrégation résidentielle qui a toujours été, dit-il, un «élément majeur de la ville capitaliste. La seule différence est que la croissance de la ville publique des années quatre-vingt n'a pas été dictée par les forces du marché, mais par les modes d'exclusion de la communauté. L'opposition de résidents à des groupes comme celui des malades mentaux a alors effectivement empêché leur assimilation à travers la ville. Le processus en cause est en fait similaire à celui qui a ségrégué les communautés ethniques et les minorités raciales au XIX^e et XX^e siècles dans la ville» (Smith, 1988, 23).

C'est en fait une forme d'incivilité comme dit Sennet (1979), de contrôle par la communauté locale de la dimension socio-spatiale de son espace. Ou, plus simplement, c'est une façon pour elle de reprendre le contrôle sur sa vie quotidienne (Rose et Black, 1985).

La politique de santé mentale du Québec: du sous-régional au local

La politique de santé mentale du Québec repose sur cinq grandes orientations: assurer la primauté de la personne, accroître la qualité des services, favoriser l'équité, rechercher des solutions dans le milieu de vie, consolider le partenariat. Il y a donc, logiquement, un accent mis sur l'inter-sectorialité. Cependant, la politique de santé mentale n'a pas ciblé l'espace comme enjeu fondamental, ce qui est en contradiction avec ses principes directeurs.

Cette absence tient peut-être au fait que, malgré l'accent mis sur la communauté et ses ressources, la politique ne définit pas la notion de communauté. Il est pour le moins contradictoire qu'une politique de santé mentale, s'appuyant sur les politiques sociales, ne puisse cerner la notion de communauté, alors qu'elle affirme que les établissements du réseau public sont un complément à celle du milieu.

D'où la difficulté, pour la politique, de concevoir la dimension socio-spatiale et d'inspirer un véritable partenariat inter-sectoriel dans la planification et la distribution des services de santé mentale. Conséquemment, le *Document d'appui à la planification M.S.S.S.*, (1989) envoyé aux C.R.S.S.S. par le ministère se limite à circonscrire les différentes étapes de la planification, sans véritablement déboucher sur une approche inter-sectorielle de planification. Pourtant, une telle approche semble possible puisqu'à l'heure actuelle la principale activité de planification au Québec a trait à l'aménagement du territoire.

Par rapport au P.O.S. de Montréal, la politique de santé mentale souligne l'importance de tenir compte des territoires sous-régionaux. L'articulation entre le cadre régional et les mandats des sous-régions a effectivement constitué un des enjeux du P.O.S. Comment cela se concrétise-t-il dans le Plan d'organisation?

Les modifications apportées au P.O.S. à la suite de la consultation publique révèlent l'importance du débat. Le cadre de référence du P.O.S. identifie deux enjeux majeurs: «développer les services de réadaptation et de réintégration dans la communauté, assurer la concertation et la coordination des partenaires impliqués dans la dispensation des services» (1990, 30-1). Au regard du système de coordination et de concertation des services, l'on retrouve l'ajout suivant: «... la Politique de santé mentale favorise l'organisation des services le plus près possible des milieux de vie des personnes. Cela implique de favoriser l'organisation

du plus grand nombre possible de services sur une base locale (district de C.L.S.C.). Dans ce contexte, une approche sous-régionale de concertation et de coordination devra favoriser le plus possible l'organisation locale des services et la concertation des partenaires locaux» (1990, 37).

Un autre ajout est relié au développement des services de réinsertion et de réadaptation: «... toute implantation de ressources dans la communauté et tout réaménagement important de la gamme de services doivent, au préalable, faire l'objet d'un avis des tables sous-régionales concernées. Aucune demande de ressources additionnelles ne peut être étudiée par le Conseil régional sans être accompagnée de cet avis de la table sous-régionale concernée» (1990, 45).

Ce pouvoir de recommandation des tables de concertation allié à l'accent mis sur le caractère local de la dispensation des services peut laisser supposer que la dimension socio-spatiale sera ainsi appréhendé. Toutefois, le document du P.O.S., pris dans son ensemble, contredit cette amorce de partenariat inter-sectoriel, puisqu'il possède un corridor organisationnel étroit. Nous entendons par là que l'absence d'articulation entre le tissu urbain, la décentralisation des services et l'espace de la folie, infirment les possibilités ouvertes par le tripartisme des structures de consultation. Approche basée sur l'inter-sectorialité, le tripartisme ne pourra produire les effets escomptés en termes de concertation et de coordination des services, compte tenu du caractère sectoriel du P.O.S. À tout le moins, le local devrait être mis en perspective avec la dimension socio-spatiale régionale, dans une optique de dissémination des ressources résidentielles sur l'ensemble du territoire.

L'absence de cette articulation a fait en sorte qu'une autre réalité de l'habitat de la personne psychiatisée a aussi échappé au P.O.S.: les ressources privées à but lucratif qui accueillent sans permis du M.S.S.S. des personnes en perte d'autonomie. Échappant à presque tout contrôle, ces ressources, dites illicites, fonctionnent généralement au vu et au sus des autorités. Elles ont proliféré à tel point que la Corporation des travailleurs sociaux. (C.P.T.S.Q.) vient de publier un avis professionnel sur ces ressources non agréées. Elles enjoignent les travailleurs sociaux de ne favoriser «ni officiellement ni officieusement une référence à ces ressources.»

Conclusion

L'oubli de la dimension socio-spatiale dans la planification et la distribution des services de santé mentale a fait en sorte que la résidence de la personne psychiatisée n'a pas été prise en considération lors des rapides transformations qui ont modifié l'économie de ce champ d'activités. Cela a donc provoqué un fossé entre le discours de la normalisation, qui anticipait une disparition graduelle de la ségrégation, et la

réalité, où les personnes concernées se retrouvent encore une fois isolées, cette fois-ci dans un «asile sans murs», dans des ghettos. Autrement dit, les fous sont toujours tenus à distance; voilà une fonction de la distance dans les affaires humaines. En termes de planification et de distribution des services de santé, le critère du lieu de résidence de la personne doit être pris en compte, compte tenu de la dimension socio-spatiale de leur exclusion.

À cet égard, la Ville de Montréal nous semble tenir un double discours. D'un côté, il faut protéger des minorités: «On a le devoir de protéger des gens dont personne ne veut» (Léa Cousineau, *La Presse*, 1/11-1990). De l'autre, Montréal adhère au réseau québécois de «Villes et villages en santé»⁸, dont les concepts clefs sont l'équité et la collaboration entre les partenaires dans l'espace municipal. En vertu de quoi une telle approche multisectorielle ne s'appliquerait-elle pas à la communauté locale, dont la qualité de vie est diminuée par la création artificielle d'un ghetto de population dépendante? Comment pense-t-on installer des dizaines de ressources dans la communauté sans tenir compte de son opposition?

La dissémination de telles ressources requiert la prise en compte de la dimension socio-spatiale. Sinon l'absurdité va continuer: les ressources peuvent s'établir où bon leur semble, mais en fait ne s'installent que dans certains quartiers déjà saturés. Or, le discours gouvernemental s'appuie sur les capacités d'intégration de la communauté, tandis que celle-ci cherche à établir sa souveraineté sur ce qui est à sa portée en refusant de se les faire imposer.

Notes

1. La notion de population dépendante réfère à un regroupement de personnes vivant une situation de dépendance par rapport à des ressources (Dear, 1986).
2. L'alternative la moins restrictive signifie que la personne psychiatisée réside au sein de la communauté dans un habitat qui facilite le développement de son autonomie, tout en restreignant le moins possible sa liberté de mouvement.
3. Idéalement, ce principe n'implique pas que les personnes qui ont à devenir normales. Les services pour les personnes en voie d'être dévalorisées et marginalisées ne doivent pas contribuer à des perceptions négatives envers celles qui utilisent ces services.
4. «Une personne est considérée déviante (différente) quand elle possède une ou plusieurs caractéristiques auxquelles la plupart des gens donnent une valeur négative (dévalorisation). Souvent, des personnes ayant différentes déviations sont regroupées de plusieurs manières (physiquement dans le cadre de programme, par leur association à certains noms, images, faits, histoires, etc.)» (N.I.M.R., 1980, p. 6).
5. Rivière-des-Prairies, Pointe-aux-Trembles, Mercier est, Anjou, St-Léonard, Mercier-ouest, Hochelaga-Maisonneuve, Rosemont.
6. Dès 1976, Wolpert et Wolpert s'interrogeaient avec pertinence sur la réelle qualité de vie offerte aux personnes psychiatisées. «Est-ce que la tentative de décentralisation des services

des dernières décades représente un changement significatif des voies précédentes ou avons-nous seulement échangé une forme d'isolement pour une autre?» (1976, 32).

7. La définition de famille demeure au centre d'importantes batailles juridiques et sociales car les communautés locales ont exclu divers types de ressources résidentielles, en prétextant qu'elles ne rencontrent pas leur définition de la famille. Le zonage comme mécanisme de régulation des sols liés aux types de propriété et s'appuyant sur un contrôle local de son utilisation sociale constitue un processus fondamental: la définition de sa place dans les choses qui sont à portée de main (Perrin, 1977).
8. Adopté en 1986 par l'O.M.S. dans le cadre de sa politique «Santé pour tous en l'an 2000», ce mouvement est né de l'intégration des concepts de santé publique et d'urbanisme. Il est issu des recherches de Léonard Duhal sur l'impact du développement urbain sur la santé mentale des citoyens: «La ville est le lieu fondamental de l'expérience du développement et de la santé de l'homme. C'est le centre de notre monde industriel. D'autre part, l'instance municipale est le niveau de gouvernement le plus près des gens et possède souvent la plupart des ressources nécessaires pour améliorer la santé sans recourir à des paliers supérieurs» (Duhal, 1986).

Références

- BARTON, R., et al., 1985, *The Politics of Mental Health*, McMillan Publishers, London.
- C.C.D.C., 1987, *The Role of Local Government in the Provision of Health and Social Services in Canada*, Ottawa.
- C.P.T.S.Q., 1990, *Avis professionnel, Les demandes des clients pour des ressources d'hébergement privées non agréées*, Montréal.
- C.R.S.S.S.M., 1990, *Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal Métropolitain (1990-1995)*, Montréal.
- CUMMING, E., CUMMING, J., 1957, *Closed Rank*, Cambridge, Princeton University Press.
- DEAR, M., 1977, Psychiatric patients in the inner city, *Annals of the Association of American Geographers*, 67, n° 4, 588-594.
- DEAR, M., TAYLOR, S.M., HALL, G.B., 1980, External effects of mental health facilities, *Annals of the Association of American Geographers*, 70, n° 3, 342-352.
- DEAR, M., TAYLOR, S.M., 1984, *Not on Our Street*, Pion, Londres.
- DUHAL, L., in Guérin, D., 1988, La santé en tenue de ville, *Santé Société*, 12, n° 2, 18-20.
- GRONDIN, N., 1989, La ville fêlée, *MTL*, 1989, 32-36.
- LAJOIE, M., 1990, *Projet d'identification des besoins en ressources en santé mentale dans la communauté de l'est de Montréal pour la clientèle adulte présentant des troubles mentaux sévères et persistants*, Comité adviseur de l'est, Montréal.
- LECOMTE, Y., 1989, Dernier Recours Montréal: lieu de convergence des exclus, *Santé mentale au Québec*, XIV, 2, 10-25.
- MERCIER C., 1987, *La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services*, Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux, Québec.

- M.S.S.S., 1989, *Politique de santé mentale*, Québec.
- M.S.S.S., 1989, *Plans régionaux de services en santé mentale*, Document d'appui à la consultation, Québec.
- N.I.M.R., 1980, *Formation en analyse de programmes P.A.T.*, traduit et adopté par l'I.Q.D.M., septembre 1980.
- OXMAN-MARTINEZ, J., 1989, *La désinstitutionnalisation: facteurs de prédiction pour un modèle de planification*, C.S.S. Richelieu, Longueuil.
- PEREC, G., 1976, *Espèces d'espaces*, Denoël, Paris.
- PERRIN, C., 1977, *Everything in its Place, Social Order and Land Use in America*, Princeton University Press.
- ROSE, S., BLACK, B.L., 1985, *Advocacy and Empowerment*, Routledge and Kegan, Boston.
- SENNET, R., 1989, Les tyrannies de l'intimité, Seuil, Paris, 1979 in Ansay et Schoonbrodt, eds, *Penser la ville, Choix de textes philosophiques*, Ed. AAM, Bruxelles, 279-290.
- SMITH, C.J., 1988, *Public Problems, The Management of Urban Distress*, Guilford Press.
- TROTTER, S., KUTTNER, B., 1974, The mentally ill: From back wards to back alleys, *Washington Post*, 24/2.
- TURGEON, J., 1983, *Évaluation du processus de décentralisation administrative vers le palier régional*, M.A.S.
- VINET, A., 1975, *Un asile psychiatrique au Québec: Institution et signification de la maladie mentale au Québec*, Thèse de doctorat de sociologie, Univ. Laval.
- WOLCH, J., 1980, Residential location of the service dependent poor, *Annals of the Association of American Geographers*, 70, n° 3, 330-341.
- WOLCH J., 1981, The location of service-dependent households in urban areas, *Economic geography*, 57, n° 1, 52-67.
- WOLCH, J., GABRIEL, S.A. 1985, Dismantling the community-based human service system, *APA Journal*, hiver, 53-62.
- WOLPERT J., WOLPERT, E., 1976, The relocation of released mental hospital patients into residential communities, *Policy Sciences*, 7, 31-51.