

# Les appartements supervisés de l'hôpital Maisonnette-Rosemont<sup>1</sup>

André Leduc

Volume 13, Number 1, June 1988

La réinsertion sociale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030441ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030441ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Leduc, A. (1988). Les appartements supervisés de l'hôpital  
Maisonnette-Rosemont<sup>1</sup>. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 201–203.  
<https://doi.org/10.7202/030441ar>

## **Les appartements supervisés de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont<sup>1</sup>**

Les appartements supervisés existent depuis maintenant sept ans. Créés pour répondre aux besoins d'une clientèle qui se sent à l'étroit dans des ressources du type familles d'accueil et pavillons, et aussi pour offrir un débouché aux clients du foyer de groupe, cette ressource a encore son utilité, notamment pour différents types de clientèles dont je vais parler.

Ma conception d'un système de ressources est la suivante : les clientèles ont besoin de différents types de ressources selon leur état ; et ce besoin évolue

dans le temps de sorte que les ressources aussi doivent évoluer avec leurs clientèles.

Nous avons donc besoin d'un éventail de ressources, allant du centre d'accueil à l'appartement, pour que la clientèle puisse trouver sa place dans l'une d'entre elles. En somme, je ne crois pas qu'il aurait été possible de créer les appartements supervisés, sans compter sur les services des pavillons ou des familles d'accueil.

Quand nous avons mis sur pied les appartements, nous étions très sélectifs sur la clientèle à recevoir.

Graduellement, l'expérience aidant, nous y avons accepté une clientèle plus « lourde », et avec succès. Le virage s'est produit après une année 1983 fertile en crises. D'après Sassolas, la deuxième année d'existence d'un tel type de ressources est cruciale, c'est le « marche ou crève ». Nous avons survécu et tout va bien...

Les appartements ont accueilli jusqu'ici 97 personnes, ce qui comprend les 20 qui y demeurent actuellement. De ce nombre, 39 ont quitté pour une situation plus autonome; 29 ont quitté pour une situation moins autonome; 4 sont décédées, et 25 se retrouvent dans une situation équivalente.

Depuis quatre ans, le « roulement » est de 50 %.

### Description de l'appartement et exigences d'admission

D'une dimension de un et demi, l'appartement supervisé est situé dans un quartier populaire à proximité de tous les services (marché d'alimentation, parc, église, clinique, transport en commun); il est meublé, chauffé, éclairé, et sans bail; tout ça pour 235 \$ par mois.

L'animation est assurée par une animatrice 35 heures par semaine. Son rôle consiste à soutenir les efforts de réinsertion sociale. L'animatrice a aussi comme rôle d'animer la vie communautaire du groupe. Son principal lieu de travail est l'appartement communautaire, que les résidents sont libres de fréquenter.

J'ai toujours insisté sur l'apport et le maintien d'une vie collective, de sorte que les résidents aient eux aussi une place publique pour développer une solidarité. Ainsi les résidents ont un souper communautaire aux deux semaines; d'autre part, ils bénéficient de vacances dans une base de plein-air depuis cinq ans.

Ce qu'on exige du résident, c'est d'abord de vouloir vivre de la façon le plus autonome possible, de subir une évaluation en ergothérapie pour savoir s'il est apte à tenir son appartement et de signer un contrat où il s'engage à payer le loyer, à bien tenir son logement, à prendre sa médication telle que prescrite et à se nourrir de façon convenable. Il peut s'y ajouter des clauses supplémentaires selon les individus, par exemple pour demander à quelqu'un de maîtriser son impulsivité « suicidaire » ou pour exiger d'un autre qu'il se présente à ses rendez-vous,

ou encore pour défendre l'usage de drogues ou d'alcool.

Le résident étant une personne majeure et adulte, je crois que le fait de signer un contrat l'amène à se conformer au traitement, et à prendre ses responsabilités face à ses actes, tout en mettant les choses au clair entre les parties. Je peux citer des cas où cette entente a permis à une personne de rester là plutôt que de se retrouver dans un pavillon où elle n'aurait pas aimé résider. Par ailleurs, je ne pense pas que ce soit abus de pouvoir de notre part que de mettre un terme à un contrat non respecté. De toute façon, avant d'arriver à un renvoi, des rencontres et un temps pour s'amender sont prévus, afin de laisser la « chance au coureur ». Ce sur quoi nous sommes inflexibles, c'est la « violence physique » envers autrui. Renvoi automatique.

Le séjour, en principe, est d'une durée illimitée. Certains sont là depuis sept ans et n'ont pas envie de partir, d'autres nous quittent après quelques mois; la durée moyenne de résidence est un an.

### Qu'apporte ce modèle de ressource ?

Il s'agit, en quelque sorte, d'un point de ravitaillement dans l'itinéraire du psychotique. Certains y trouvent une oasis où ils s'établiront. D'autres y vivent une étape dans un itinéraire tortueux. C'est l'aboutissement d'un espoir tant attendu comme aussi la dernière chance de maximiser ce qui reste d'autonomie. C'est un milieu de vie où la personne peut et doit exploiter son potentiel d'autonomie. Bref, c'est le lieu le moins *institutionnalisé* de notre réseau de ressources.

Je m'explique. Les résidents sont libres dans leurs allées et venues; dans leur appartement, ils sont chez eux, il peuvent fréquenter ou non les autres résidents; toutefois, ils sont tenus au respect du contrat et ils savent que l'animatrice et le responsable sont là pour les aider à s'y conformer. Liberté et contrainte, droit et responsabilité, ce lieu constitue le dispositif de « protection du patient » le moins institutionnel. On a écarté l'idée d'imposer la visite d'une infirmière ou d'un travailleur social parce qu'on voulait créer le modèle le moins institutionnel possible. On aurait pu aussi inscrire les patients à un programme d'ergothérapie ou de centre de jour; on ne l'a pas fait, en se disant que s'il s'agit d'un besoin, le résident saura le manifester et prendre les moyens pour le combler.

Je crois aussi que si la chose est possible, c'est parce que l'institution est disponible lorsque nous en avons besoin, notamment pour des réhospitalisations ou encore pour des visites à l'urgence. Nous n'avons pas créé cette ressource dans un dessein *anti-institutionnel*, mais plutôt dans une optique de respect réciproque.

Il est clair dans mon esprit que cette ressource n'est pas une panacée. Nous avons besoin des autres ressources plus institutionnelles, comme celles-ci ont besoin de ce type de ressource. J'exprime là un préjugé favorable envers le système institutionnel. Il y a quelques années, j'avais entendu le directeur général de Robert-Giffard nous rappeler, lors d'une conférence, la « permanence » nécessaire de l'institution pour traiter ceux qui n'ont de place nulle part dans le non-institutionnel, pour « recueillir » les *rejetés* des ressources alternatives. J'y souscris entièrement. Je pense que l'institution a aussi à apprendre du « non-institutionnel », que tout doit se dérouler dans une optique de collaboration réciproque, sans mettre de côté une compétition loyale entre les parties.

On pourra toujours objecter que ce n'est pas de la « désinstitutionnalisation », mais qu'est-ce, au juste, que la « désinstitutionnalisation » ?

- Sortir les patients de l'hôpital ? Oui, nous le faisons.
- Empêcher le syndrome de la porte tournante ? Nous le faisons.
- Maintenir dans la communauté ? C'est ce que nous faisons pour des personnes, qui autrement, vivraient dans d'autres milieux institutionnels.
- Éloigner à jamais de la psychiatrie ? Non, nous ne le faisons pas.

Je crois qu'on devrait apporter une autre définition de la « désinstitutionnalisation », soit : l'utilisation rationnelle par les « usagers » des services *institutionnels*, dans un contexte d'interdépendance et non comme lieu de récupération de la déviance.

C'est ce genre d'attitude que nous essayons de développer auprès de nos résidents, car elle tend à faire ressortir au maximum leur potentiel.

### Et maintenant où allons-nous ?

Les appartements supervisés constituent un lieu de résidence permanente pour 10 % à 20 % de la clientèle. Pour les autres, c'est un lieu de passage vers plus ou moins d'autonomie. On y séjourne de un an à un an et demi. Il faudrait maintenant des lieux pour la clientèle plus *institutionnalisée*, pour leur permettre de *goûter* à plus d'autonomie. Que ce soit une formule « bed and breakfast », ou encore un foyer de groupe pour les « 35-55 ans », peu importe. Il y a deux ans, lors d'une conférence sur le même sujet, j'avais signalé le besoin d'un centre de jour pour *l'après*. Le centre de jour existe pour répondre à ce besoin. Entendra-t-on maintenant l'appel qui est lancé pour la création d'autres lieux de séjour ? C'est ce que je souhaite profondément.

#### NOTE

1. Les appartements supervisés ont été mis sur pied par le service social du département de psychiatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, en 1981. Ils sont maintenant intégrés à la Maison l'Échelon Inc.

André Leduc, a.r.h.  
Maisonneuve-Rosemont