La Maison Agnès

Catherine Duplain, *adjointe clinique -* ***Maison Agnès***

Alexandre Dubois, *intervenant –***Maison Agnès**

Yannick Demers, *travailleur social, praticien ressource, Programme d'hébergement spécialisé,* ***Douglas***

La Maison Agnès C'EST :

Un milieu de vie transitoire (2 ans) avec des intervenants sur place 24/7
Une clientèle adulte mixte avec une comorbidité dépendance, santé mentale et (possiblement) psychiatrie légale, âgée de 18-35 ans.
Un lieu d'hébergement qui favorise l'approche de la réduction des méfaits et l'entretien motivationnel, basé sur une vision humaniste.
Un projet novateur associé à une pratique de la réduction des méfaits et de rétablissement
Une ressource intermédiaire en santé mentale, assujettie au guichet d'accès unique aux ressources non-institutionnelles de Montréal

Valeur-principe de la Maison Agnès

Valeurs	Principe
1. Respect	« Se rappeler que nous avons devant nous une personne adulte, compétente, responsable, qui a survécu grâce à des moyens extrêmes, à des contextes traumatisants. Cette capacité de survivre mérite notre respect et ne demande qu'à se manifester à nouveau. » (Bertelli,1996)
2.Implication et responsabilisation	
3.Tolérence et humanisme	
4. Ouverture	

Type de Clientèle desservie à la Maison Agnès

CRITÈRES D' INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
1. Homme ou femme, âgé(e) entre 18 et 35 ans;	1. Le programme n'est pas adapté pour des personnes ayant un TED ou une DI;
3. Troubles de personnalité à l'Axe II (sphère Cluster B) acceptés;	2. La ressource n'est pas adaptée pour des personnes à mobilité réduite.
4. Consommation de substances active ou contrôlée par une détention ou une hospitalisation *Toutes consommations confondues;	3. Ceux qui visent l'abstinence
5. Problèmes légaux (TAQ, probation…) acceptés;	4. Qui deviennent dangereux lorsqu'ils consomment
6. Désir minimum de participer au programme et ouverture à l'établissement d'un plan d'intervention;	
7. Difficultés fonctionnelles au niveau des AVD/AVQ, de l'emploi ou de l'hébergement acceptées.	

Approche : réduction des méfaits et humaniste

Cette approche s'appuie sur deux perspectives :

PERSPECTIVE PRAGMATIQUE	PERSPECTIVE HUMANISTE
Le travail thérapeutique vise l'identification des impacts négatifs de la consommation (méfaits) et la mise en place de mesures qui permettront de les réduire.	Cette approche préconise une grande tolérance envers la personne ayant un problème de toxicomanie, ainsi qu'envers ses objectifs, ses capacités et ses ressources.

Source: Programme jeunesse CDC. L'avenir j'y crois 2002-2005

Approche : réduction des méfaits et humaniste

L'approche de réduction des méfaits nous semble un levier d'intervention pertinent avec les jeunes adultes, qui peuvent présenter des caractéristiques telles que :

- Une capacité d'introspection parfois limitée
- Un plaisir à consommer encore très présent
- Une reconnaissance mitigée du problème
- Une ambivalence face à leur désir de changement
- Des méfaits liés à la consommation qui peuvent être d'une intensité variable
- Dans le cycle du changement, ils sont principalement dans les trois premiers stades du changement

(Prochaska et Diclemente -1983)

Source: Programme jeunesse CDC. L'avenir j'y crois 2002-2005

Appliquer la réduction des méfaits à l'intégration

Quelques moyens sont utilisées afin de favoriser la meilleure intégration possible et réduire les risques associées lors d'une admission.

Possibilité de sorties avant l'admission:

- Lorsqu'un résident a été longtemps hospitalisé, il est souhaitable qu'il ai des possibilités de sorties non supervisées afin de lui permettre de se réhabituer à sa liberté préalablement à l'admission à la Maison Agnès. Ceci favorise la réduction des méfaits qui peuvent survenir lorsque la personne recommence sa consommation de drogues et/ou d'alcool.

L'intégration progressive:

- Lors d'une longue hospitalisation, nous favorisons une intégration de type progressive afin de permettre à la personne d'apprivoiser le milieu de vie, sa liberté imminente et sa consommation à l'extérieure (sans contrôle ni conséquences)

Appliquer la réduction des méfaits à l'intégration (suite)

Plan d'intégration :

- Lors de la rencontre de pré-admission, en compagnie du gestionnaire de cas et du résident, nous discutons d'un plan d'intégration qui inclue toutes les modalités dans l'éventualité d'une situation extraordinaire (ex : décompensation psychiatrique, intoxication grave, manquement grave aux règlements). De cette manière, nous nous assurons d'une collaboration et d'une cohésion des interventions.

Liaison et suivis avec l'équipe traitante:

- Lors des premières semaines de l'intégration, il est primordial d'avoir des suivis réguliers avec l'équipe traitante et ainsi favoriser la mise en place d'un plan d'intervention individualité en concertation avec tous les intervenants cliniques impliqués. Cette collaboration est nécessaire tout au long du séjour.

Partenariat:

- Un partenariat et un corridor d'accès sont établis avec le CRDM–IU (Dollard-Cormier) afin d'établir des plans de services adéquats (ex: accès à l'Urgence-Toxico, à un suivi externe, à des formations et des ateliers à la Maison Agnès)

Appliquer la réduction des méfaits au quotidien

Permission	Interdiction
1.Programme d'échange de seringues (kit d'injection)	Aucune consommation sur les lieux (Maison Agnès, terrain)
2. Ouverture aux retours intox,	Comportements inadéquats
3. Possibilité de garder, dans sa chambre, sa consommation.	Aucune vente ou incitation à la consommation.
4. Ouverture au dialogue honnête face au mode de consommation et substance de choix.	Avoir une consommation potentiellement très dangereuse pour soi et/ou les autres
5. Favoriser la réflexion « feed Back » post-période de consommation (méfaits).	
6. Favoriser la réflexion sur la « fonction « de la consommation. (le pourquoi ?)	
7. Respect du choix de la personne (non-jugement, humanisme)	

La Maison Agnès c'est:

Une vie à la Maison

1. Histoire de cas 1
2. Histoire de cas 2
3. Une journée typique

Histoire de cas 1.

- Résident âgé de 35 ans, bénéficiaire d'aide social, célibataire
- Est S.D.F depuis 2001 à Montréal, originaire de la Colombie-Britannique
- A été sur le TAQ jusqu'en 2002 (raisons floues). Plusieurs antécédents criminels : voie de fait grave, agression sexuelle, harcèlement sexuelle, menace, etc.
- Diagnostic différentiel de trouble schizo affectif vs schizophrénie paranoïde
- A l'hépatite C
- Historique de poli toxicomanie depuis plusieurs années: lourd passé de consommation de drogues : héroïne & cocaïne (IV), speed, cannabis. Était sous traitement de suboxone jusqu'à très récemment. Refuse son traitement car dit ne pas ressentir de symptômes de dépendance physique.
- Est hospitalisé depuis 9 mois et a une ordonnance de Tx et d'hébergement pour 3 ans – quelques essais en ressources se soldent par des renvois
- Équipe de suivi intensif en clinique externe
- A un frère aussi qui consomme des drogues IV

Histoire de cas 1. (Suite)

- Période d'intégration se déroule bien, le résident respect le cadre et les règles concernant l'utilisation de drogue dans la Maison. Il se rend au centre-ville ou ailleurs afin de consommer et ne rentre que tard le soir (respecte le couvre-feu tous les soirs).

- Nous remet ses seringues utilisés et en demande des neuves, comprend les risques.

- Après quelques mois, le résident commence a utiliser des sites d'injections à haut risque (dans l'œil et le cou). Il développe une infection qui nécessite une hospitalisation (coton fever).

- Période ensuite de stabilité au niveau de sa consommation et de son hébergement (2-3mois)

- À l'hivers, nous avons de sérieux doutes qu'il consomme dans la Maison et nous trouvons plusieurs seringues et aiguilles dans sa chambre et la salle de bain commune. (Retrait préventif vers l'hôpital car plus en mode de consommation responsable)

Histoire de cas 1 (Suite)

- Réintégration (après 10 jours) avec un contrat où le résident s'engage à suivre des règles spécifiques afin de réduire les risques associés à sa consommation pour la ressource et les autres résidents.
  - Vider son sac et ses poches à tous ses retours afin de jeter les aiguilles et les seringues usées;
  - Changer de vêtements à la ressource afin de ne pas avoir des vêtements salis de sang;
  - Faire le ménage de sa chambre et son lavage régulièrement et avec l'accompagnement d'un intervenant;
  - Ne pas consommer dans la ressource.
- Le respect des conditions de réadmission se fait relativement bien pour quelques semaines.
- Fin de séjour après 9 mois du au non-respect des règles en lien avec la consommation et le risque trop élevé pour la ressource et les autres résidents.

Histoire de cas 2

- Homme âgé de 34 ans; célibataire avec contrainte sévère a l'emploi;
- Le résident est suivi en psychiatrie depuis l'âge de 17 ans; quelques hospitalisations
- Est sous ordonnance de la Commission d'examen depuis 2011 pour des accusations de voies de fait et menaces envers sa mère, menaces envers une policière, et bris de condition.
- Diagnostic de trouble schizo-affectif, trouble bipolaire et à l'axe II: trouble de personnalité antisociale;
- Dépendance à la cocaïne et a entrepris plusieurs essais en centres de désintox et traitement à l'externe;
- Consomme du cannabis, alcool, amphétamines;
- Très grande instabilité en hébergement;
- Autonome au niveau ADV/AVQ

Histoire de cas 2

- Intégration progressive du résident échelonné sur deux semaines. C-à-d. avec des retours à l'hôpital et des couchers à la Maison Agnès.
- Résident très motivé à arrêter complètement sa consommation de cocaïne et seulement consommer les autres drogues;
- Très ouvert aux conversations avec les intervenants envers sa consommation, se montre honnête et bonne introspection;
- Après 2 semaines, nous avons des sérieux doutes sur les allez et venues du résident et surtout sur l'argent qu'il semble avoir (doute de vente de drogue et rôle de fournisseur de la Maison en cocaïne et amphétamine);
- Une rencontre est fait avec son équipe Tx à cet effet, et le résident nie toute implication;
- 3 jours plus tard, le résident fais une surdose dans la cour de la Maison Agnès (convulsions, perte de conscience et palpitations cardiaque). Il est transporté d'urgence à l'hôpital et nous n'avons d'autre choix que de mettre fin à son séjour car sa consommation est trop à risque et aussi à cause des soupçons de trafic.

Le bilan de ses deux séjours

- La ressource a assurée une stabilité au niveau de l'hébergement à ces personne (sécurité, repas équilibrés, environnement propre et accueillant, endroit à eux);
- La ressource à été présente lors des épisodes à haut risque pour la santé physique de ces personnes, autrement ils se seraient peut-être retrouvés sans aide ni assistance;
- Les résidents on pu bénéficier d'une équipe de professionnels ouverts à leur réalité et n'ont pas été jugé, mais accompagné
- Les résidents ont pris part à leur processus de rétablissement et ont entrepris des démarches constructives par la suite

Une journée typique à la Maison Agnès

- Levée autonome
- Prise de médication avec l'infirmier(ère)
- Déjeuner en groupe
- Activités structurées (groupes de discussion, ateliers de cuisine, activités organisés) ménage de chambre, rendez-vous, activités libres (toute la journée, avec ou sans accompagnement)
- Dîner en groupe
- Tâches collectives
- Souper en groupe
- Activités libres et/ou avec les intervenants (cartes, jeux vidéos, films)
- Prise de médication avec intervenant(e)
- Coucher
  - Le soir, la souplesse est de mise et l'horaire moins structurée, en lien avec leur réalité de consommateurs

Comment accéder à la Maison Agnès?

Le dossier complet doit être acheminé au Programme d'hébergement spécialisé:

-La trousse d'application OEMC du mécanisme d'accès régional aux ressources (disponible sur demande)
- Les évaluations psychiatriques détaillées des trois dernières années
- Le plan d'intervention individualisé en vigueur
- Les trois derniers sommaires d'hospitalisation
- Le cas échéant, joindre ces documents
*** Régime de protection**
*** Ordonnance de traitement et/ou d'hébergement**
*** Commission d'examen des troubles mentaux**

- Un dossier patient Douglas devra être créé pour chaque demandeur, afin de pouvoir bénéficier des services de l'équipe des troubles psychotiques Perry 2A. Consultez le Cadre de référence de la Maison Agnès pour tous les détails (disponible sur demande)

Programme d'hébergement spécialisé
Comité d'admission de La Maison Agnès
Pavillon Le Tremplin
6615-6617, boul. LaSalle
Montréal (Québec) H4H 1R3
Télécopieur: 514-888-4086

Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique de changements des attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, habiletés et rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante rempli d'.espoir et participative, et ce, même avec les limites que cause la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but à la vie qui transcendent les effets catastrophiques de la maladies mentales

Référence: W.Anthony « recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s»

Catherine Duplain – 514-931-7236 # 223
catherine.entretoit@videotron.ca

Yannick Demers – 514-761-6131 #2108
yannick.demers@douglas.mcgill.ca