

Services de soutien communautaire en santé mentale

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

Les services de soutien communautaire en santé mentale est un partenariat de 6 agences qui offrent des services de gestion de cas intensif aux gens qui vivent avec des troubles de santé mentale sévère et persistant et qui ont besoin d'aide pour vivre dans la communauté.

A. CONDITIONS ESSENTIELLES

La personne :

1. A un diagnostic de trouble de santé mentale sévère et persistant.
2. Est résident d'Ottawa.
3. Est âgée de 16 ans ou plus. (Les adolescents peuvent avoir une entente spéciale avec la SAE).
4. Avoir moins de 64 ans.
5. A de la difficulté à vivre en communauté (hospitalisations fréquentes, sans abris).
6. A des limitations fonctionnelles qui l'empêchent ou pourraient l'empêcher de continuer à vivre en communauté.
7. A besoin d'un des **services** suivants :
 - Aide pour obtenir les ressources appropriées dans la communauté. Soit le client surutilise ou sous-utilise les ressources, de sorte que ses besoins ne sont pas remplis;
 - Aide ou du soutien pour accéder aux services nécessaires.
8. A besoin de **services de soutien** pour une ou plusieurs des raisons suivantes :
 - est isolée de tout soutien familial ou social.
 - manque de soutien professionnel.
 - le soutien de sa famille est problématique ou inexistant.
 - présente une faiblesse fonctionnelle dans plus d'un domaine : vie quotidienne, sociale, études, ou travail.

Définition du ministère de la Santé

- Présence d'un **diagnostic** de schizophrénie, de troubles graves de l'humeur, de troubles de la personnalité, de paranoïa ou d'autres psychoses, ou manifestation chez la personne d'un schéma de comportement qui signale un trouble de santé mentale grave et persistant.
- **L'invalidité** s'entend de l'incapacité de la personne pour s'organiser et accomplir ses activités de sa vie quotidiennes.
- **La durée** du trouble peut être établie d'après l'intensité du premier épisode psychotique ou la sévérité du trouble de santé mentale.

B. CONDITIONS SOUHAITABLES (Ces indicateurs ne sont pas essentiels mais renforcent le besoin de gestion de cas)

- Le client consent à recevoir du soutien communautaire.
- Le client reconnaît avoir besoin de se bâtir un réseau et/ou de le maintenir.
- Le client est sans abri ou à risque de le devenir.
- La perte imminente de ses sources de soutiens (par exemple, la famille)

C. AUTRES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (Ces indicateurs peuvent aussi renforcer le besoin de services de soutien communautaire)

- Perte prévue des sources de soutien primaire (par exemple, la famille).
- Le service est nécessaire pour maintenir le rétablissement dans la communauté (par exemple, suite à un congé d'hospitalisation).
- L'individu a des troubles complexes qui nécessitent de l'aide pour faciliter une coordination entre divers services.
- Présence d'un trouble concomitant.
- Présence d'un double diagnostic.

Svp notez qu'il y a une longue liste d'attente pour les services de soutien communautaire intensif.



Services de soutien communautaire en santé mentale

311 ave. McArthur, suite 301
Ottawa, ON. K1L 8M3 T él: 613- 737-7791
Télécopieur: 613- 737-7644
TDD: 613-737-9480
Site web: www.ottawa.cmha.ca

Bureau Seulement

- Évaluation
 Re-évaluation
 Agence: _____

Demande de service

Avez-vous déjà reçu les services d'une agence de SSCSM? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, avec quelle agence? : _____	
Nom de famille et prénom:	Date de naissance (M/J/A): Âge:
Êtes-vous d'origine inuit/métis/premières nations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Êtes-vous un vétéran de guerre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Genre : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> transgenre <input type="checkbox"/> préfère ne pas divulguer <input type="checkbox"/> autre(s) _____	
Pronom préféré:	Langue maternelle :
Adresse:	Téléphone:
Code postale:	Adresse courriel:
Personne qui remplit ce document:	
Référant(e) (nom et adresse ou organisme):	Téléphone:
Contact d'urgence (svp aussi ajouter au consentement) :	Téléphone:

Déterminants pour service (S.V.P indiquer le diagnostic primaire et secondaire):

DIAGNOSTIC CLINIQUE PRIMAIRE DE SANTÉ MENTALE	
<input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur <input type="checkbox"/> Troubles d'anxiété <input type="checkbox"/> Abus de substance (s)	
<input type="checkbox"/> Individu avec épisodes graves de maladie mentale et qui est invalidé par son problème; dans l'incapacité de se rendre à ses rendez-vous et suivre son plan de traitement sans soutien communautaire intensif.	
<input type="checkbox"/> Symptômes psychotiques/historique d'agression et/ou comportement violent	
<input type="checkbox"/> Niveau de risque pour l'intervenant : faible___ modéré___ élevé___	
<input type="checkbox"/> L'individu a la capacité de prendre des décisions de traitements? Oui___ Non___	
<input type="checkbox"/> Mandataire spéciale ? Nom : _____ Relation: _____ Téléphone: _____	
<input type="checkbox"/> Psychiatre: _____ Téléphone: _____	
Liste de médicaments ou SVP attacher la fiche d'administration des médicaments :	
Liste des substances utilisées et leurs fréquences :	
Est-ce que l'individu a déjà eu des traitements pour usage de substance(s)? Où? Quand?	

TRoubles de PERSONNALITÉS ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (SVP indiquer):

- Double diagnostic
Êtes-vous éligible pour les services de SOPDIR? Oui Non Je ne sais pas J'ai déjà les services de SOPDIR
- Trouble de personnalité coexistent avec diagnostic primaire : _____

ETAT DE SANTÉ PHYSIQUE (indiquer tous les conditions médicales):

- Usage de tabac
- Nécessite du soutien pour son plan de traitement en raison de problèmes médicaux qui nécessitant de l'éducation et qui peut affecter le bien-être et le suivi de l'individu et sa santé mentale
- Pas de médecin de famille
- Médecin famille: _____ Téléphone: _____
- Pharmacie: _____ Téléphone: _____

DOMAINE DE LA VIE PSYCHOSOCIALE ET DE LA VIE QUOTIDIENNE (SVP INDIQUER TOUS LES TROUBLES SUIVANTS POUR LE CLIENT) :

Soutien primaire: <input type="checkbox"/> Troubles de soutien primaire: Situation actuelle :	Soutiens autour du client? Ami(e)/famille? Autre? <input type="checkbox"/> Cercle familial/social appauvri <input type="checkbox"/> Violence familiale <input type="checkbox"/> Besoin de soutien avec ses enfants; implication de la SAE
Environnement social: <input type="checkbox"/> Troubles liés à l'environnement social: Situation actuelle :	Le temps libre est passé comment? (Liste d'activités) <input type="checkbox"/> Activités limitées ou non-existantes.
Historique des études et des activités vocationnelles : <input type="checkbox"/> Troubles au niveau de l'éducation: Plus haut degré de scolarité atteint: _____ <input type="checkbox"/> Troubles à maintenir une activité vocationnelle: Dernière date d'emploi: _____	Expérience d'emploi/bénévolat/travail <input type="checkbox"/> Buts éducatifs non atteints <input type="checkbox"/> Nécessite du soutien pour atteindre ses buts éducatifs <input type="checkbox"/> Troubles d'alphabétisations <input type="checkbox"/> Buts d'emploi non atteint <input type="checkbox"/> Nécessite du soutien pour atteindre ses buts vocationnels <input type="checkbox"/> Intéressé à retourner au travail <input type="checkbox"/> Intéressé à retourner aux études <input type="checkbox"/> Intéressé à faire du bénévolat
Logement: (indiquer le coût du logement): <input type="checkbox"/> Problème de logement: Durée de la période d'itinérance (indiquer depuis 2 ans): _____ Demande de registre du logement sociale complété : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date complété : _____	Où habite l'individu? <input type="checkbox"/> Itinérance fréquent ou à long terme <input type="checkbox"/> Difficulté à maintenir un logement sécuritaire (perte du logement) <input type="checkbox"/> Difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne (se rendre d'une place à l'autre, nourriture, soins personnel, etc.)
Source de revenu et montant: <input type="checkbox"/> Difficultés financière: <input type="checkbox"/> POSPH \$ _____ <input type="checkbox"/> Ontario au travail \$ _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Difficulté à accéder ou maintenir des prestations sociales <input type="checkbox"/> Troubles à gérer un budget <input type="checkbox"/> Déclarée inapte à gérer un budget? oui ____ non ____ <input type="checkbox"/> Tuteur et curateur public? _____

Hospitalisation (passé ou actuel); SVP inclure les visites en urgence

de jours d'hospitalisation (dans les 2 dernières années):

de visites en urgence (dans la dernière année) :

de visites en urgence dans les derniers 30 jours :

Idées ou tentatives de suicide : _____

Dans le présent : _____

Dans le passé : _____

- 3 jours d'hospitalisations ou plus causé par des problèmes de santé mentale
- 50 jours d'hospitalisation ou plus dans la dernière année
- 150 jours d'hospitalisation ou plus dans les derniers 3 ans
- Surutilisation ou sous-utilisation des services de santé
- Difficultés à suivre les recommandations du plan de traitement
- Ordonnance de traitement en milieu communautaire

Date de l'ordonnance : _____

Date d'expiration : _____

Nom du médecin: _____

L'individu répond aux critères d'éligibilité pour L'Équipe Communautaire de Traitement Intensif (ECTI)?

Oui _____ Non _____

Est-ce qu'une demande de service pour l'ECTI a été complétée?

Oui _____ Non _____ Quand? _____

Implication avec la justice

Nom de l'agent de probation : _____

Numéro de téléphone : _____

Charges criminelles : _____

Prochaine date de cour : _____

Nom de l'avocat : _____

Numéro de téléphone : _____

- L'individu a 2 plaintes/interventions ou plus impliquant les policiers dans la dernière année
- A été incarcéré dans un établissement correctionnel pour 30 jours ou plus dans la dernière année
- La personne est NRC
- Disposition légale : _____
- Commission d'examen de l'Ontario : _____

Autres services impliqués ? (i.e. SAE, SJ, Le Royal, etc.): Oui (SVP indiquer) : _____

Motif pour la référence pour le soutien communautaire (obligatoire pour le processus d'admission) :

Préférence pour le genre du travailleur: _____

Référant(e): _____ **Date de référence:** _____
(signature)

Consentement:

Le consentement du client potentiel est requis pour permettre à l'ACSM division Ottawa de ramasser et garder de l'information recueilli dans ce document. S'il-vous-plaît, inclure le formulaire du consentement signé <<Consentement à la collecte, à la discussion et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé>>.

****La demande de service sans le consentement ci-dessus et/ou en absence du diagnostic primaire et sans motif de référence, ne sera pas acceptée.**

**** Veuillez-nous aviser s'il y a changement avec votre adresse et numéro de téléphone****

BUREAU SEULEMENT

Date Reçu: _____ Accepté dans nos services: Oui Non

Raison pour laquelle le client n'a pas été accepté et ressource(s) offert: _____



Canadian Mental
Health Association
Ottawa
Mental health for all

Association canadienne
pour la santé mentale
Ottawa
La santé mentale pour tous

311 ave. McArthur, suite 301
Ottawa, Ontario K1H 8K7
Tél: (613) 737-7791
Télécopieur: (613) 737-7644
TDD : 613-737-9480

Consentement à la collecte, à la discussion et à la divulgation de renseignements personnels sur la santé aux fins de l'obtention de services de soutien communautaire en santé mentale

Je _____ (nom, date de naissance), consens à ce que l'Association canadienne pour la santé mentale, secteur d'Ottawa recueille des renseignements personnels sur ma santé pour les divulguer aux services de soutien communautaire en santé mentale (SSCSM) et à l'équipe communautaire de traitement intensif indiqués ci-dessous, et en discuter avec eux dans le but de déterminer quel agence est en mesure de me fournir un soutien communautaire en santé mentale.

Svp ajouter le contact d'urgence et les autres agences que vous souhaitez donner votre consentement pour le partage d'information pour aider à l'évaluation

✓	Association canadienne pour la santé mentale	✓	Corporation Salus d'Ottawa
✓	Montfort Renaissance	✓	Upstream Ottawa
✓	RLISS/Maillons santé	✓	Accès centralisé de l'ECTI
✓	Centre de santé communautaire Côte-de-Sable	✓	Centre de santé communautaire Somerset Ouest
✓		✓	

Par la présente, j'autorise également _____ (nom de la personne ou de l'organisme) à divulguer à l'association canadienne pour la santé mentale, secteur d'Ottawa les renseignements personnels sur ma santé qui pourrait être utiles à l'étude de mon dossier.

J'autorise également que l'association canadienne pour la santé mentale, secteur d'Ottawa discute de ma situation avec des personnes et des organismes, et leur divulgue des renseignements personnels sur ma santé dans la mesure où c'est nécessaire, dans le but de plaider en mon nom pour que je sois accepté(e) dans un programme communautaire de traitement actif ou un service de soutien communautaire en santé mentale.

J'accepte d'être contacté par courriel si mon numéro de téléphone n'est plus valide, étant entendu que le courrier électronique n'est pas sauvegardé sur le système de messagerie de la succursale et que la succursale ne peut pas garantir la confidentialité ou la sécurité des messages envoyés ou reçus. Je comprends que les courriels peuvent être mal acheminés par inadvertance, et que la véritable identité de l'expéditeur ou du destinataire ne peut pas être identifiée et qu'il est impossible de garantir que seul le destinataire puisse lire le message une fois qu'il a été envoyé. _____ (initiaux)

Je consens à recevoir des services de soutien communautaire en santé mentale de la Section d'Ottawa de l'Association canadienne pour la santé mentale dans l'éventualité où cet organisme est en mesure de me fournir les services dont j'ai besoin.

Je sais que je peux refuser de donner mon consentement et ne pas recevoir de services. Je sais également que je peux modifier ou annuler mon consentement en tout temps.

Date : _____

Signature: _____

Témoïn : _____ (si le consentement est verbal seulement)

