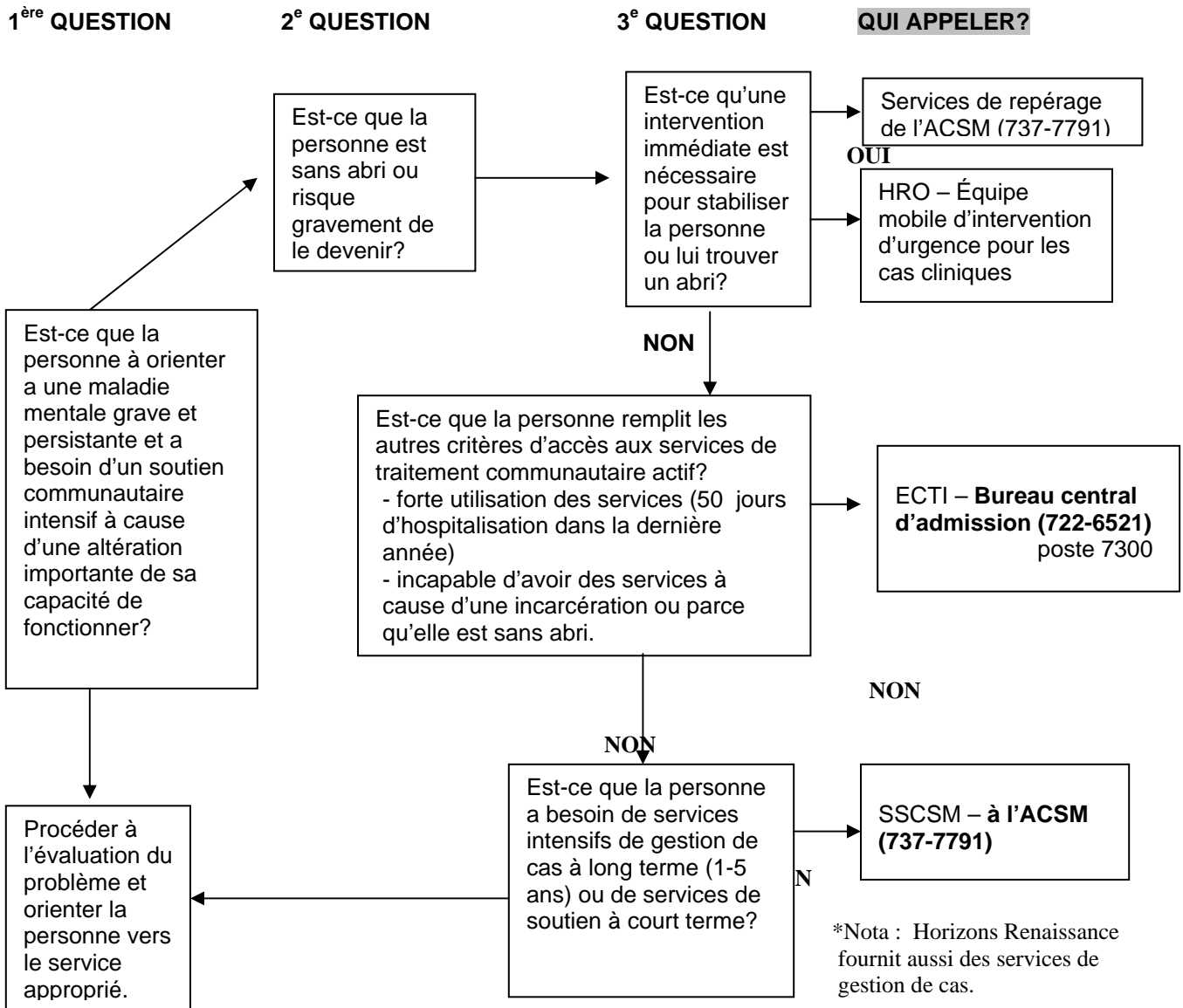


**ARBRE DE DÉCISION POUR L'ORIENTATION DES CLIENTS VERS UN SOUTIEN À LONG TERME EN SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE**

- ❑ Il existe toute une variété de services à Ottawa : services d'approche, gestion de cas intensive et traitement communautaire actif.
- ❑ Les questions ci-dessous ont pour but de guider l'orientation des clients.



## CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

### A. CONDITIONS ESSENTIELLES

La personne :

1. Semble avoir une maladie mentale grave et persistante
2. Réside à Ottawa.
3. Est âgée de 16 ans ou plus. (Les adolescents peuvent avoir une entente spéciale avec la SAE.)
4. Parvient difficilement à vivre en société (fréquentes coupures dues, par exemple, à des hospitalisations).
5. A des limitations fonctionnelles qui l'empêchent ou pourraient l'empêcher de continuer à vivre en société.
6. A besoin d'un des **services** suivants :
  - une aide pour utiliser correctement les ressources disponibles (surutilise ou sous-utilise les ressources, de sorte que ses besoins ne sont pas remplis);
  - une aide pour avoir accès aux services;
  - une intervention pour faire changer les critères d'accès aux services ou pour développer une nouvelle ressource;
  - de l'aide/du soutien pour accepter les services requis par son état.
7. A besoin de **services de soutien** pour une ou plusieurs raisons suivantes :
  - elle est isolée et dépourvue de tout soutien familial ou social.
  - elle manque de soutien professionnel.
  - le soutien de sa famille est problématique, menacé de disparaître ou inexistant.
  - elle présente une incapacité fonctionnelle dans plus d'un domaine : vie quotidienne, vie sociale, études, 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 schème de comportement qui signale une maladie mentale grave et persistante.
- **L'invalidité** s'entend de l'incapacité de la personne d'organiser et d'accomplir ses activités quotidiennes en raison du trouble dont elle est atteinte.
- **La durée** de la maladie peut être établie d'après la **gravité** du premier épisode ou la nature chronique de la maladie.

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

- Le client reconnaît avoir besoin de soutien à l'intérieur d'une période d'engagement de six mois.
- Le client reconnaît avoir besoin de se bâtir un réseau ou de le maintenir.
- Le besoin de services est urgent au moment où le cas du client est étudié.
- Le client est sans abri ou risque de se retrouver à la rue.
- Le client a d'autres besoins complexes.

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

- Perte à prévoir des principales sources de soutien (la famille, par exemple).
- Le service est nécessaire pour maintenir les récents progrès accomplis vers la réadaptation (p. ex., pour un client qui vient de quitter l'hôpital ou un logement supervisé).
- L'individu a des problèmes multiples nécessitant une coordination et une interrelation entre les systèmes de services.
- Présence d'un trouble concomitant
- Présence d'un diagnostic double

**S.V.P. Cochez seulement une case :**

- Équipes communautaires de traitement intensif d'Ottawa  
OU
- Services de soutien communautaire en santé mentale – gestion de cas

**DEMANDE DE SERVICE**

Date de référence (J/M/A) : \_\_\_\_\_

**SECTION I : Information sur le client**

**1) Données socio-démographiques**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Statut marital : \_\_\_\_\_

Date de naissance (J/M/A) : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Source de revenu : \_\_\_\_\_

Préférence au niveau de la langue :  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

# d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ # d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Contact d'urgence : \_\_\_\_\_

**SECTION II : Source de référence**

Référant : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SECTION II : Motif de la référence**

Expliquez brièvement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DEMANDE DE SERVICE

### 2) Diagnostic psychiatrique et santé physique

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_ Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Problèmes de santé physique : \_\_\_\_\_

#### Médication actuelle :

NOM ET DOSAGE	NOM ET DOSAGE

(Continuer sur feuille séparée au besoin)

### 3) Hospitalisations (depuis 2 ans)

DATE	DURÉE	ÉTABLISSEMENT

(Continuer sur feuille séparée au besoin)

### 4) Sans abri

Dates et durée de périodes sans abri depuis 2 ans : \_\_\_\_\_

### 5) Abus de substance

Est-ce que la personne fait usage abusif de substance(s) ?                      Oui                      Non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

### 6) Fonctionnement occupationnel

	Oui	Non
Rencontre ses besoins de base (logement, nourriture, soins personnels).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accomplit les activités de la vie quotidienne nécessaire à un fonctionnement de base en communauté (ex. : se rendre d'une place à l'autre, soins médicaux, hygiène personnelle).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintient un logement sécuritaire (non expulsion ou perte du logement).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maintient une activité vocationnelle (école, travail, bénévolat ou d'emploi).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implication de la famille ou d'agence sociale.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents suicidaires.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents d'agression envers les autres.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que cette personne a été déclarée « inapte à gérer ses biens ».....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que cette personne a un Tuteur et Curateur Public .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-elle déclarée inapte pour prendre des décisions pour ses soins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il un mandataire spécial (nom et lien).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## DEMANDE DE SERVICE

### 7) Volet légal

Dates et durée des incarcérations depuis 2 ans : \_\_\_\_\_

Raisons/accusations : \_\_\_\_\_

Problèmes légaux au cours des deux dernières années : \_\_\_\_\_

Est-ce que la personne est sous l'Ordre de traitement communautaire ?                      μ Oui                      μ Non

Date de l'ordonnance : \_\_\_\_\_                      Médecin signataire : \_\_\_\_\_

Est-ce que cette personne a été déclarée non responsable au plan criminel ?                      μ Oui                      μ Non

### 8) Autres services impliqués dans le suivi du client (coordonnées) :

NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE

**Veillez inclure le formulaire Consentement à divulgation de renseignements personnels sur la santé signé permettant la communication bilatérale avec les agences ci-dessous.**

Est-ce que cette demande ainsi que le processus de l'évaluation ont été discutés avec :

Le client                      Oui                      Non

La famille                      Oui                      Non

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Veillez inclure le Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé signé donnant accès aux renseignements sur le client à l'Accueil central des équipes ACTT/ÉCTI et/ou des SSCSM en provenance de la source de référence et des hôpitaux impliqués par le passé.

\*\*\* Veuillez nous envoyer les informations suivantes :

- 1) Sommaire de la dernière hospitalisation psychiatrique
- 2) Rapport de consultation ou tout autre document significatif depuis les 2 dernières années

**N.B. Veuillez noter que tout formulaire incomplet vous sera retourné.**

S.V.P. Nous retourner le formulaire complété à l'adresse suivante :

#### Pour services de soutien communautaire (SSSMC)

a/s Association Canadienne  
pour la santé mentale  
1355, rue Bank, 3<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario) K1H 8K7  
Téléphone : (613) 737-7791  
Télécopieur : (613) 737-7644

#### Pour ÉCTI Gail Mulvihill

Royal Ottawa Hospital Health Care Group  
Intensive Assessment and Intervention Program  
Att: Coordonnatrice des demandes  
205-1355 Bank Street  
Ottawa, ON K1H 8K7  
Téléphone : (613) 722-6521 ext. 7300  
Télécopieur : (613) 739-8400

**N.B. Si votre demande ne répond pas aux critères d'admission pour ces programmes, des suggestions pour d'autres ressources en santé mentale vous seront offertes.**