



Renseignements pour les renvois vers le Programme de traitement de jour pour hommes Monarch 2017

Il est important que les hommes signent le formulaire
ci-joint de *Consentement à la divulgation*
si vous avez besoin de mises à jour
ou d'un résumé de mise en congé. Merci.

Services de rétablissement Monarch

Évaluation et renvoi des hommes

Tél. : 705 674-4193, poste 3224

ou

1 877 431-6713, poste 3224

Télec. : 705 671-8069

SERVICES DE RÉTABLISSMENT MONARCH

Programmes pour hommes

Niveau I - Logement avec services de soutien

402, rue Brady
Sudbury (Ontario) P3B 2P6



Le Centre de rétablissement pour hommes MONARCH

accueille tout homme de 16 ans ou plus qui a un problème de toxicomanie et qui est manifestement déterminé à changer son mode de vie. Le client et le personnel conçoivent un plan de services qui répond aux besoins du client. Chaque client doit s'engager à demeurer abstinent grâce au travail, à l'éducation, au bénévolat, à une formation d'appui et à des activités de loisir. On l'épaulé tandis qu'il s'adapte à son nouveau mode de vie. Tous les clients participent à l'entretien et aux travaux ménagers ainsi qu'aux activités de groupe et de bénévolat. Le séjour dure jusqu'à six mois.

Critères d'admissibilité

1. Être un homme de 16 ans ou plus qui a été désintoxiqué (alcool ou autres drogues).
2. Faire preuve d'un engagement envers son rétablissement.
3. Être sans abri ou vivre dans un milieu non sécuritaire.

Niveau - II Logement avec services de soutien

396, rue Brady
Sudbury (Ontario) P3B 2P6

Le Centre de soins de suivi et de transition pour hommes

sert à fournir un hébergement et un programme de services de réadaptation pour appuyer les hommes en rétablissement. L'objectif principal : l'abstinence. Cette résidence offre aux clients un milieu abordable et propice à la coopération où ils peuvent se prendre en charge et faire la transition à la vie autonome. Après que le client a terminé un programme au centre de rétablissement, il reçoit, au centre de transition, un soutien au rétablissement en établissement pendant encore six mois.

Critères d'admissibilité

1. Avoir terminé le programme au Centre de rétablissement pour hommes MONARCH (ou l'équivalent) et avoir reçu une recommandation de son équipe de counseling.
2. S'abstenir d'alcool et d'autres drogues, sauf les médicaments approuvés.
3. Faire preuve d'un engagement envers son rétablissement et se trouver à l'étape de l'entretien du processus de changement.
4. Avoir une source de revenu (Ontario au travail, POSPH, AE, CSPAAAT, pension, emploi à temps partiel ou à temps plein), car il faut payer un loyer indexé sur le revenu.
5. Suivre le processus de demande de services et signer un accord contractuel.

(NOUVEAU!) Traitement de jour pour hommes

2-517, rue Kathleen
Sudbury (Ontario) P3C 2N1



Le Programme de traitement de jour pour hommes

MONARCH est un programme intensif de 5 semaines destiné aux hommes de 16 ans ou plus qui veulent remédier à leur problème de toxicomanie et apprendre des stratégies d'adaptation qui favoriseront leur rétablissement.

Le programme se déroule de 10 h 30 à 15 h 30, du lundi au vendredi. Le dîner est fourni. Les clients travaillent avec un conseiller primaire désigné, participent à des séances de groupe et reçoivent des renseignements et une éducation sur l'abus d'alcool et d'autres drogues et les problèmes de la vie. Le programme comprend de la thérapie cognitivo-comportementale et vise le renforcement de la motivation, l'acquisition de techniques de refus et la prévention des rechutes.

Critères d'admissibilité

1. Être un homme de 16 ans ou plus.
2. Se soumettre au processus d'évaluation ou l'avoir fait au cours des 6 derniers mois.

Pour obtenir des renseignements, subir une évaluation, faire une visite ou passer une entrevue concernant les programmes ci-dessus, appelez le coordonnateur de l'évaluation pour les hommes au 705 674-4193, poste 3224.



Soins de suivi pour hommes Monarch

705-674-4193, poste 3246
Pour remplir une demande.

Critères d'admissibilité

1. Être un homme de 16 ans ou plus.
2. Avoir terminé un programme de rétablissement et vouloir maintenir l'abstinence. Ne pas avoir consommé d'alcool ou d'autres drogues pendant au moins 72 heures.
3. S'inscrire aux Services de rétablissement Monarch en remplissant une trousse d'information.

Les réunions ont lieu le mercredi soir, de 18 h 30 à 20 h 30, au 402, rue Brady.

Traitement de jour pour hommes Liste de vérification pour la demande de services

Avez-vous joint les documents ci-dessous à votre demande dûment remplie?

- Résumé de suivi ADAT** (appelez le 705 674-4193, poste 3224) ou résultats des évaluations GAIN.
- Le formulaire signé de consentement à la divulgation de renseignements.

Pour présenter une demande de traitement aux Services de rétablissement Monarch :

- **Le client doit avoir été identifié, au moyen d'une évaluation, comme nécessitant des services de traitement selon les lignes directrices provinciales et selon le résumé de suivi ADAT**.**
- Aux Services de rétablissement Monarch, nous n'acceptons pas les demandes de clients ayant des troubles concomitants et nous pouvons demander des renseignements supplémentaires avant d'étudier une demande.

Nous répondrons à toutes les demandes dans un délai de 24 heures ouvrables.

**Appelez le coordonnateur de l'évaluation au 705 674-4193, poste 3224,
ou au 1 877 431-6713, poste 3224.**

Heures de bureau : de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi

On peut télécopier sa demande au 705 671-8069 ou l'envoyer par courriel à l'adresse

info.men@monarchrecoveryservices.ca

Pour en savoir plus long, visitez le site Web <http://www.monarchrecoveryservices.ca>.

Renseignements sur le client

Prénom :		Deuxième prénom :		Alias :	
Nom de famille :			Nom de famille à la naissance :		
N° de carte Santé :			NAS :		
D.D.N : jj ____ mm ____ aaaa _____			Âge :		
Adresse :					
Ville :		Province :	Code postal :		Pays :
Tél. cellulaire :		L'appeler? __OUI __NON		Laisser un message? __OUI__NON	
Tél. (maison) :		L'appeler? __OUI __NON		Laisser un message? __OUI__NON	
Autre tél. :		L'appeler? __OUI __NON		Laisser un message? __OUI__NON	
Emplacement actuel (s'il est différent de l'adresse ci-dessus) :					
Téléphone :		L'appeler? __OUI __NON		Laisser un message? __OUI__NON	
Personne à appeler en cas d'urgence :				Lien :	
Téléphone :		L'appeler? __OUI __NON		Laisser un message? __OUI__NON	
Tél. cellulaire :		L'appeler? __OUI __NON		Laisse un message? __OUI__NON	
Langue de choix :			Ethnicité :		
RENSEIGNEMENTS SUR LE RENVOI					
Renvoi fait le : jj ____mm____aaaa _____			Source du renvoi :		
Organisme qui fait le renvoi :			Personne-ressource :		
Téléphone de l'organisme :			Télécopieur de l'organisme :		

Renseignements sur le client

CONSOMMATION D'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES		
Drogues qui posent le problème énoncé (drogues de choix)		Drogues consommées au cours des 12 derniers mois
1. Je n'en ai pas consommé; 2. 1-3 fois/mois; 3. 1-2 fois/semaine; 4. 3-6 fois/semaine; 5. Chaque jour; 6. Consommation excessive; 7. Je ne sais pas		
1 -	Fréquence (dernier mois) :	
2 -	Fréquence (derniers mois) :	
3 -	Fréquence (dernier mois) :	
4 -	Fréquence (dernier mois) :	
5 -	Fréquence (dernier mois) :	Jeu _____ OUI ___NON
Dernière consommation : jj ____ mm ____ aaaa _____		Substance :
Traitement antérieur? ___OUI ___NON		Si OUI, quand et où?
Séjour à un centre de rétablissement? ___ OUI ___NON		Si OUI, quand et où?
ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ		
Y a-t-il des complications aiguës qui pourraient nécessiter une évaluation médicale immédiate au service des urgences ou à l'hôpital? ___OUI ___NON ___Je ne sais pas Si oui, lesquelles? _____		
Suivez-vous un traitement ou du counseling en raison de problèmes émotionnels ou de santé mentale? ___OUI___NON		
Est-ce que vous risquez de vous faire du mal ou de faire du mal aux autres? ___OUI ___NON Si oui, expliquez. _____		
Déficiences Visuelle ? ___OUI ___NON Auditive ? ___OUI ___NON Mobilité ? ___OUI ___NON		
Injection à des fins non médicales : ___Jamais _____Il y a plus de 1 an _____12 deniers mois		
Nombre d'hospitalisations pour une nuit au cours des 12 derniers mois en raison de problèmes physiques? _____		
Raison de la dernière hospitalisation pour une nuit : _____		
Avez-vous été hospitalisé pour un problème de santé mentale par un professionnel de la santé mentale autorisé? Au cours des 12 derniers mois? ___OUI ___NON Au cours de votre vie? ___OUI ___NON _____		
Plus récent diagnostic : n° 1 _____ n° 2 _____		

Renseignements sur le client

Avez-vous reçu, d'un professionnel de la santé mentale communautaire, un traitement pour un problème de santé mentale ou pour un problème d'ordre affectif, comportemental ou psychologique?

En cours : OUI NON

Au cours des 12 derniers mois : OUI NON

Au cours de votre vie : OUI NON

Nom du fournisseur de services : _____

Vous a-t-on prescrit un médicament pour un problème de santé mentale?

Actuellement? OUI NON Au cours des 12 derniers mois? OUI NON

Au cours de votre vie? OUI NON

Fournisseur de soins de santé primaires :

Téléphone :

Adresse :

Problèmes de santé ou allergies :

Prenez-vous de la : méthadone? OUI NON du suboxone? OUI NON

Avez-vous une maladie transmissible? Si OUI, laquelle? _____

MÉDICAMENTS

Nom :	Dose :	Fréquence :	Raison :
Nom :	Dose :	Fréquence :	Raison :
Nom :	Dose :	Fréquence :	Raison :
Nom :	Dose :	Fréquence :	Raison :
Nom :	Dose :	Fréquence :	Raison :

Cochez tous les troubles qui s'appliquent.	<input type="checkbox"/> jaunisse
	<input type="checkbox"/> problèmes d'estomac (ulcères ou gastrite)
<input type="checkbox"/> diabète non maîtrisé	<input type="checkbox"/> traumatisme crânien
<input type="checkbox"/> antécédents de crises épileptiques	<input type="checkbox"/> pancréatite
<input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> violence physique ou sexuelle
<input type="checkbox"/> troubles alimentaires (boulimie, anorexie, frénésie alimentaire)	<input type="checkbox"/> violence psychologique ou verbale
<input type="checkbox"/> maladie du cœur	<input type="checkbox"/> blessures récentes non traitées
<input type="checkbox"/> problèmes de tension artérielle	<input type="checkbox"/> risque de maladies infectieuses
<input type="checkbox"/> maladie du foie	<input type="checkbox"/> ITS (syphilis, gonorrhée, chlamydia ou herpès)
<input type="checkbox"/> hépatite	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> maladie du rein	<input type="checkbox"/> poux ou gale

Autre : _____

* *Nota* : Si un client prend un médicament psychotrope, nous exigeons une lettre du médecin qui l'a prescrit confirmant le diagnostic et la stabilité de l'état du patient.

**CONSENTEMENT À LA DIVULGATION
DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS**

402, rue Brady, Sudbury (Ontario) P3B 2P6
Tél. 705 674-4193, poste 3224 Téléc. 705 671-8069

OBJET : _____ **DATE de NAISSANCE** _____
jou mois année

Après avoir lu et compris le présent formulaire, j'autorise les **SERVICES DE RÉTABLISSMENT MONARCH** (centres de traitement et de soins de suivi) à **DIVULGUER/DEMANDER** les renseignements suivants aux personnes/organismes indiqués.

Pour que cette autorisation soit valide, le client doit cocher une colonne pour chaque domaine de divulgation et apposer ses initiales.

PERSONNE OU ORGANISME : _____ **OUI** **NON** **INITIALES** _____

Coordonnées : _____ Tél. : _____
(obligatoires)

Télé. : _____

DOMAINE DE DIVULGATION	OUI	NON	INITIALES
Renseignements concernant l'évaluation et la planification du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Résumé de mise en congé _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Rapports sur l'évolution du cas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Confirmation de l'assiduité/achèvement _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Situation judiciaire (affaires judiciaires, libération conditionnelle ou probation) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Tous les renseignements concernant la méthadone ou le suboxone) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Tous les fournisseurs de services de lutte contre la toxicomanie subventionnés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario sont tenus de fournir des renseignements sur le nombre de personnes qu'ils servent, leurs caractéristiques et les services qu'elles reçoivent. Ces renseignements contribuent à faciliter la planification des services et à souligner l'importance de ce que nous faisons. Pour nous acquitter de cette obligation auprès de notre bailleur de fonds, nous vous demanderons de nous fournir certains renseignements généraux à votre sujet. Le refus de répondre à une question en particulier n'aura aucun effet sur la qualité des services que vous recevrez.

NOTA : Il est entendu qu'aucun autre renseignement ne sera divulgué à qui que ce soit sans mon consentement par écrit, sauf dans les cas d'une ordonnance d'un tribunal ou d'une assignation à témoigner, si je présente un danger pour moi-même ou les autres, ou si on juge que j'ai besoin d'un traitement médical en situation d'urgence.

Il est aussi entendu que je peux retirer mon consentement à la divulgation/demande de renseignements en tout temps et que, quoi qu'il en soit, le présent formulaire sera nul et non avenue 180 jours suivant la date de signature.

Pour que cette autorisation soit valide, le présent formulaire doit être dûment rempli.

Signature du client : _____ **Date :** _____

Témoin : _____ **Date :** _____

Traitement de jour pour hommes

ATTENTES DU PROGRAMME

SI VOUS NE RESPECTEZ PAS CES ATTENTES, NOUS EN CONCLURONS QUE VOUS AVEZ DÉCIDÉ DE NE PAS PARTICIPER AU PROGRAMME DE TRAITEMENT DE JOUR POUR HOMMES

1. Les clients doivent **s'abstenir de consommer de l'alcool et d'autres drogues et ils doivent prendre leurs médicaments comme ils sont prescrits**. Les médicaments et les vitamines sont rangés sous clé dans le bureau du programme Connexions. ***Les médicaments doivent être dans leur contenant original***.
2. Les clients doivent être habillés convenablement, être bien mis et prêts à entamer la journée.
3. Les clients n'ont **jamais** le droit d'arme, **QUELLE QU'ELLE SOIT!**
4. Les clients n'ont **pas** le droit d'avoir un téléphone cellulaire, un téléavertisseur ou un dispositif d'écoute personnel pendant les séances de groupe.
5. Les clients doivent respecter la POLITIQUE SANS PARFUM de Monarch en raison des allergies et des sensibilités aux produits chimiques.
6. L'établissement est un lieu SANS FUMÉE. Il est interdit de fumer sur le terrain de l'établissement, sauf dans la zone fumeurs, qui se trouve à 30 pieds de l'entrée principale de l'immeuble.
7. Il est interdit de dormir pendant la journée pendant la participation au programme.
8. Il est interdit d'apporter des boissons de l'extérieur. Les boissons protéinées ne sont pas permises.
9. Le personnel pourrait demander de fouiller les effets personnels d'un client s'il soupçonne un danger.
10. CHAQUE client doit faire preuve de RESPECT envers lui-même, ses pairs, le personnel et le programme :
 - en évitant d'entrer dans le bureau des membres du personnel sans permission;
 - en évitant les jurons, les plaisanteries déplacées, la violence ou les menaces à l'égard de ses pairs ou du personnel;
 - en informant le personnel à l'avance s'il sera absent ou en retard.
11. Les appels pourraient être permis dans un endroit désigné, pourvu que le client en avise le personnel, car une supervision est requise.

Signature du client : _____ Date : _____

Signature du membre du personnel : _____ Date : _____

**LES SERVICES DE RÉTABLISSEMENT MONARCH NE SONT PAS RESPONSABLES DES
EFFETS PERSONNELS LAISSÉS À L'ÉTABLISSEMENT.**

Traitement de jour pour hommes

2-517, rue Kathleen
Sudbury (Ontario) P3C 2N1
Tél. : 705 674-4193, poste 4020 Téléc. : 705-222-2059

Foire aux questions

Le programme m'intéresse et j'aimerais m'y inscrire. Comment m'y prendre?

- Appelez notre coordonnateur de l'évaluation au 705 674-4193, poste 3224, pour prendre rendez-vous.

Je connais la date du début du traitement. Qu'est-ce qu'il me faut savoir en vue de ma première journée au programme?

- Le traitement s'échelonne sur 5 semaines. Si vous manquez la première semaine, il vous faudra attendre au prochain cycle. Notre conseiller du programme Connexions peut vous offrir un soutien en attendant. Vous pouvez le joindre au 705 674-4193, poste 4024.
- Le programme se déroule de 10 h 30 à 15 h 30, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés.
- Le dîner est fourni.
- Vous aurez des discussions individuelles avec un conseiller primaire.
- Vous participerez à des séances de groupes en après-midi.
- Vous en apprendrez sur des organismes qui peuvent vous aider concernant votre rétablissement.
- Vous entendrez des témoignages de personnes qui sont en rétablissement, qui vous inspireront par leur expérience personnelle.
- On vous demandera de signaler votre arrivée et votre départ chaque jour.

Y a-t-il des choses que je n'ai pas le droit de faire pendant que je participe à ce programme de traitement?

- Nous vous demandons d'assister au programme tous les jours. Si vous avez d'autres rendez-vous, vous devrez en discuter avec votre conseiller primaire, à l'avance.
- Vous devez faire attention aux vêtements que vous portez. Évitez les vêtements affichant des logos qui encouragent la consommation, comme les logos de bière. Ceux-ci peuvent déclencher des réactions chez certains clients.
- Vous ne pouvez pas participer au programme si vous êtes sous l'influence d'alcool ou d'autres drogues. Si cela se produit, votre conseiller vous parlera. Bien que ce programme de traitement utilise une approche axée sur la réduction des méfaits, si vous continuez à consommer, votre conseiller discutera avec vous pour déterminer si ce programme vous convient.

J'ai terminé ce programme de traitement. Quelles sont les prochaines étapes?

- Le conseiller du programme Connexions continuera à vous soutenir pendant 6 mois après la fin du programme.
- Ce conseiller peut vous orienter vers d'autres services ou vous aider de quelque façon que ce soit à atteindre les objectifs que vous avez fixés.
- Vous pouvez participer aux séances du Programme de soins de suivi le mercredi, à 18 h 30, au Centre de rétablissement pour hommes, 402, rue Brady.

2016-2017

Horaire cyclique du Programme de traitement de jour pour hommes

- Du lundi au vendredi
 - 10 h 30 à 15 h 30
- 31 octobre au 1^{er} décembre 2016
- 5 décembre 2016 au 12 janvier 2017
- 16 janvier 2016 au 16 février 2017
- *21 février 2017 au 23 mars 2017
 - 27 mars au 27 avril 2017
 - 1^{er} mai 2017 au 1^{er} juin 2017
 - 5 juin 2017 au 6 juillet 2017
 - 10 juillet 2017 au 10 août 2017
- 14 août 2017 au 14 septembre 2017
- 18 septembre 2017 au 19 octobre 2017
- 23 octobre 2017 au 23 novembre 2017
- 27 novembre 2017 – cycle à déterminer
 - *L'horaire peut changer.*

*Pour ce cycle, le traitement commence le MARDI car le jour de la Famille a lieu le lundi.

Pour vous inscrire, téléphonez au 705 675-1179, poste 3224, et demandez une évaluation.

En attendant le traitement, le participant peut accéder à notre conseiller du programme Connexions dès qu'il s'inscrira auprès du coordonnateur des évaluations pour hommes.