

Modèle de plan de service en matière de TSAF

Remarque

Ce modèle se base sur le modèle de plan de services standardisé du MSESC. Étant donné que des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé peuvent être recueillis et partagés lors de l'élaboration du plan de service, il incombe aux coordonnateurs de TSAF de veiller au respect des lois applicables liées à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels ou de renseignements personnels sur la santé. Les coordonnateurs de TSAF doivent notamment, au besoin, obtenir le consentement approprié de l'enfant ou du jeune ainsi que de sa famille et de son réseau de soutien, et de toute autre personne dont les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués. Il incombe au coordonnateur de garantir que les renseignements personnels ou renseignements personnels sur la santé sont recueillis, utilisés ou divulgués d'une manière qui respecte les lois applicables, y compris toute exigence relative à l'obtention des consentements nécessaires. Certains des renseignements recueillis dans ce plan de service pourraient être requis ou demandés par d'autres secteurs de programme et lorsque l'enfant ou le jeune fait la transition vers les services aux adultes. Ces renseignements ne seront partagés qu'avec le consentement de l'enfant ou du jeune ainsi que de sa famille et de son réseau de soutien.

Avant de commencer :

- Confirmez la langue de préférence de la famille et du réseau de soutien et faites tous les efforts possibles pour poser les questions qui suivent et pour tout leur expliquer dans cette langue.
- Nommez-vous et expliquez votre rôle, et dites pourquoi le plan de services est élaboré ou mis à jour.

- Insistez sur le fait que votre rôle est d'être là pour écouter et apprendre afin que vous puissiez élaborer un plan ensemble afin de soutenir l'enfant ou le jeune ainsi que sa famille et son réseau de soutien.
- La famille et le réseau de soutien devraient avoir la chance de raconter leur histoire. Vous pourrez ainsi, en tant que coordonnateur de TSAF, comprendre la famille et le réseau de soutien ainsi que leurs besoins d'un point de vue global.
- Dites à la famille et au réseau de soutien que vous leur transmettez votre adresse de courriel et vos coordonnées, et qu'ils peuvent communiquer avec vous s'ils ont des questions ou s'ils ont besoin d'une aide supplémentaire.
- Dites à la famille et au réseau de soutien que vous faciliterez l'échange de renseignements entre les fournisseurs pertinents dans les secteurs des services, de l'éducation et de la santé de l'enfant ou du jeune afin d'élaborer et de tenir à jour le présent plan de services.

Nom de l'organisme : _____

Date actuelle : _____

Numéro de dossier de la PCS (le cas échéant) : _____

Nom du coordonnateur de TSAF : _____

1. À propos de l'enfant ou du jeune

1a. Nom complet : _____

1b. Nom préféré : _____

Assurez-vous de pouvoir bien prononcer son nom.

1c. Date de naissance (mm/jj/aaaa) : _____

1d. Adresse : _____

Les données sur l'identité recueillies seront transmises au gouvernement afin de mieux comprendre les problèmes d'accès équitable aux services et de favoriser une meilleure planification. Expliquez à la famille et au réseau de soutien la raison pour laquelle vous recueillez cette information et obtenez les consentements appropriés.

1e. Identité de genre vécue actuelle de l'enfant ou du jeune :

- | | |
|--|---|
| ☐ Femme/fille | ☐ Personne bispirituelle |
| ☐ Homme/garçon | ☐ Autre identité de genre
(veuillez préciser) _____ |
| ☐ Genre non binaire | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ Transgenre | ☐ Je préfère ne pas répondre |
| ☐ Femme/fille transgenre | |
| ☐ Homme/garçon transgenre | |

1f. L'enfant ou le jeune s'identifie-t-il en tant que membre des Premières Nations, Métis, Inuit, Inuk ou à une autre identité autochtone? Cette question vise à savoir à quelle identité l'enfant ou le jeune s'identifie, peu importe son statut. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- | | |
|--|---|
| ☐ Oui, en tant que membre des Premières Nations | ☐ Oui, à une autre identité autochtone |
| ☐ Oui, en tant que Métis | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ Oui, en tant qu'Inuk/Inuit | ☐ Non |

1g. Quelle est l'origine ethnique ou culturelle de l'enfant ou du jeune? Par exemple : Canadien, francophone, Africain, Chinois, Danois, Indien de l'Est, Anglais, Philippin, Français, Allemand, Irlandais, Italien, Caribéen, Jamaïcain, Juif, Coréen, Mi'kmaq, Métis, Ojibwé, Pakistanais, Polonais, Portuguais, Écossais, etc. Vous pouvez en écrire autant que nécessaire.

- | | |
|---|---|
| ☐ Veuillez préciser : _____ | ☐ Je ne sais pas |
| ☐ Je préfère ne pas répondre | |

1h. Dans quelle ou quelles langues l'enfant ou le jeune ainsi que sa famille et son réseau de soutien sont-ils à l'aise de recevoir des services?

☐ Anglais

☐ Français

☐ Langue autochtone
(veuillez préciser : _____)

☐ Autre langue
(veuillez préciser : _____)

☐ Je ne sais pas

1i. Veuillez indiquer les valeurs, les croyances, les coutumes et les confessions religieuses qui sont importantes pour l'enfant ou le jeune ainsi que pour sa famille et son réseau de soutien.

.....

.....

.....

.....

.....

1j. Veuillez préciser les mesures d'adaptation dont l'enfant ou le jeune et sa famille ou son réseau de soutien font l'objet et dont le coordonnateur de TSAF devrait être courant pour fournir un soutien à la coordination des services.

.....

.....

.....

.....

.....

2. Profil des forces

Indiquez les forces, les réussites et les intérêts de l'enfant ou du jeune à mesure qu'ils sont mentionnés (de façon explicite ou tacite). Voici quelques forces à rechercher :

- créativité, sens de l'humour et persévérance;
- réussites scolaires ou compétences solides dans certains domaines d'enseignement;
- compétences solides dans des domaines autres que des domaines d'enseignement, y compris les passe - temps et les sports;
- relations sociales favorables, sentiment d'appartenance;
- systèmes culturels et spirituels, et systèmes de croyances et de valeurs importants;
- estime de soi, fierté, sentiment d'efficacité personnelle;
- intérêts prosociaux, idéaux ou motivation (p. ex., aider les autres ou être un mentor).

Forces de l'enfant ou du jeune :

.....

.....

.....

3. À propos de la famille et du réseau de soutien

- Dites à la famille et au réseau de soutien que cette section vise à saisir leur récit et à mieux comprendre les expériences et les défis divers qui ont une incidence sur le type de soutien dont ils pourraient avoir besoin.
- Insistez sur le modèle de la narration dès le début de l'évaluation; vous aiderez ainsi à passer plus facilement d'une question à l'autre et les familles se sentiront plus à l'aise de raconter leurs expériences sans craintes.
- Les approches adaptées à la culture suggèrent de reconnaître les arrangements officiels/juridiques et officieux en matière de soins.

3a. Renseignements sur la famille et le réseau de soutien

Nom:

Relation (S'ils sont connus, ajoutez des renseignements sur l'état de la garde ou sur les ordonnances de garde)

.....

.....

Adresse (si elle diffère de celle de l'enfant ou du jeune)

.....

.....

Coordonnées (courriel, numéro de téléphone et numéro de téléphone au travail)

.....

.....

Langue(s) de communication préférée(s)

.....

.....

S'ils sont connus, y a-t-il d'autres éléments à prendre en considération qui se font sentir sur les capacités actuelles de la famille et du réseau de soutien à recourir aux services au nom de leur enfant ou de leur jeune? (Dans l'affirmative, veuillez expliquer. Veuillez inclure tout problème de santé physique ou mentale ou toute incapacité qui pourrait avoir une incidence sur leur capacité en tant que fournisseur de soins.)

☐ Oui, veuillez
expliquer :

☐ No

☐ Inconnu

.....

.....

.....

3a. Renseignements sur la famille et le réseau de soutien

Nom:

Relation (S'ils sont connus, ajoutez des renseignements sur l'état de la garde ou sur les ordonnances de garde)

.....

.....

Adresse (si elle diffère de celle de l'enfant ou du jeune)

.....

.....

Coordonnées (courriel, numéro de téléphone et numéro de téléphone au travail)

.....

.....

Langue(s) de communication préférée(s)

.....

.....

S'ils sont connus, y a-t-il d'autres éléments à prendre en considération qui se font sentir sur les capacités actuelles de la famille et du réseau de soutien à recourir aux services au nom de leur enfant ou de leur jeune? (Dans l'affirmative, veuillez expliquer. Veuillez inclure tout problème de santé physique ou mentale ou toute incapacité qui pourrait avoir une incidence sur leur capacité en tant que fournisseur de soins.)

☐ Oui, veuillez
expliquer :

☐ No

☐ Inconnu

.....

.....

.....

3a. Renseignements sur la famille et le réseau de soutien

Nom:

Relation (S'ils sont connus, ajoutez des renseignements sur l'état de la garde ou sur les ordonnances de garde)

.....

.....

Adresse (si elle diffère de celle de l'enfant ou du jeune)

.....

.....

Coordonnées (courriel, numéro de téléphone et numéro de téléphone au travail)

.....

.....

Langue(s) de communication préférée(s)

.....

.....

S'ils sont connus, y a-t-il d'autres éléments à prendre en considération qui se font sentir sur les capacités actuelles de la famille et du réseau de soutien à recourir aux services au nom de leur enfant ou de leur jeune? (Dans l'affirmative, veuillez expliquer. Veuillez inclure tout problème de santé physique ou mentale ou toute incapacité qui pourrait avoir une incidence sur leur capacité en tant que fournisseur de soins.)

☐ Oui, veuillez
expliquer :

☐ No

☐ Inconnu

.....

.....

.....

3b. Renseignements sur les frères et sœurs

Y a-t-il d'autres enfant ou jeunes qui résident dans la maison de la famille ou dans le réseau de soutien qui ont le ou les mêmes parents?

☐ Non☐ Oui

Dans l'affirmative, combien y en a-t-il? _____

Dans l'affirmative, quel âge ont-ils? _____

Dans l'affirmative, ces enfants ou jeunes ont-ils des besoins particuliers (déficiences développementales, handicap physique, inquiétude neurodéveloppementale, inquiétudes liées à la santé mentale, etc.)?

☐ Oui☐ Non**3c. Forces de la famille et du réseau de soutien Veuillez réfléchir à ce qui fonctionne bien.**

3d. Situation générale de la famille et du réseau de soutien Qu'est-ce que votre famille ou réseau de soutien a dû gérer au cours des dernières années et qui s'est fait sentir sur votre ménage et votre situation de vie?

Veillez inclure les dates et les années pertinentes si vous les connaissez.

Voici des exemples de situations : des inquiétudes liées à la sécurité (comme des tendances d'agression), le logement, la sécurité alimentaire, la maladie, les obstacles linguistiques, la situation d'emploi, l'immigration, un divorce ou une séparation, des querelles sur la garde, la participation des services juridiques ou de police, les soins de santé ou l'hospitalisation, la dynamique et les besoins de la famille ou du réseau de soutien.

3e. La plus grande inquiétude de la famille et du réseau de soutien

4. Objectifs de l'enfant ou du jeune ainsi que de sa famille et de son réseau de soutien :

- Ces objectifs se fondent sur ce qui a été déterminé comme important pour le développement de l'enfant ou du jeune; il n'est toutefois pas obligatoire d'avoir un ou plusieurs objectifs pour chaque domaine. Pour obtenir de plus amples renseignements, cliquez sur le lien suivant (contenu en anglais seulement) : <https://www.canchild/youth.ca/en/research-in-practice/f-words-in-child/youthhood-disability>
- Des objectifs ambitieux peuvent remplir les familles d'espoir et de motivation. On s'attend toutefois des coordonnateurs de TSAF qu'ils travaillent avec les familles et les réseaux de soutien afin d'établir des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART) dans la mesure du possible.
- Envisagez d'avoir des conversations sur le deuil et la perte dans les cas où une famille ou un réseau de soutien est peut être en train d'abandonner certains objectifs ou d'en faire le deuil.

	Objectif(s)	Plan d'action	Personne responsable	Date d'échéance	Statut
Capacités : Une activité qui aide l'enfant ou le jeune à acquérir une compétence					
Famille : Aide l'enfant ou le jeune à participer à une activité de la famille ou du réseau de soutien					
Amitiés : Aide l'enfant ou le jeune à participer à une activité sociale					
Plaisir : Aide l'enfant ou le jeune à faire quelque chose qu'il aime					
Santé physique et mentale : Aide l'enfant ou le jeune à participer à une activité physique					
Avenir : Aide à planifier l'avenir de l'enfant ou du jeune					

5. Éducation et apprentissage

5a. Niveau scolaire de l'enfant ou du jeune (s'il est connu) :

.....

.....

.....

5b. Type de programme d'enseignement (s'il est connu) :

À titre d'exemple, notons l'enseignement régulier en classe avec de l'aide, les Programmes d'éducation pour les soins et traitements (Programmes EST) [aussi connu sous le nom d'article 23], autonome, vie quotidienne, professionnel, préparation au travail, école, en milieu de travail, enseignement en alternance) :

.....

.....

5c. À quoi ressemble la fréquentation scolaire? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

☐ **Fréquente l'école à temps plein**

- ☐ En personne
- ☐ En ligne/virtuellement

☐ Hybride/combinaison de présence en personne et en ligne

☐ **Horaire stable à temps partiel**

- ☐ En personne
- ☐ En ligne/virtuellement

☐ Hybride/combinaison de présence en personne et en ligne

☐ **Horaire changeant à temps partiel**

- ☐ En personne
- ☐ En ligne/virtuellement

☐ Hybride/combinaison de présence en personne et en ligne

☐ **Exclusion**

☐ **Programme de jour modifié**

☐ **Suspension(s)**

- ☐ **Expulsion(s)**
- ☐ **Autre, veuillez préciser :** _____
- ☐ **Inconnu/la famille et le réseau de soutien n'en sont pas certains.**
Veuillez expliquer :

5d. L'enfant ou le jeune et sa famille et son réseau de soutien sont-ils d'avis que les choses se passent bien à l'école?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ S.O. Veuillez expliquer (facultatif):

5e. Y a-t-il des transitions pédagogiques récentes ou à venir dont il faut être au courant? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- ☐ Non
 - ☐ Oui, un changement d'école
 - ☐ Oui, un changement de classe
 - ☐ Oui, un changement d'enseignant
 - ☐ Oui, une transition de l'école primaire à l'école intermédiaire
 - ☐ Oui, une transition de l'école primaire à l'école secondaire
 - ☐ Autre, veuillez préciser : _____
- Veuillez expliquer (facultatif) :

5f. Quels sont les objectifs pédagogiques de l'enfant ou du jeune et de sa famille et de son réseau de soutien?

5g. L'enfant ou le jeune a-t-il un plan d'enseignement individualisé (PEI)?

Expliquez à la famille et au réseau de soutien ce qu'est un PEI s'ils ne le savent pas.

- ☐ **Oui** (dans l'affirmative, joignez la copie la plus récente, avec le consentement de l'enfant ou du jeune et de sa famille et de son réseau de soutien)
- ☐ **Non**

5h. L'enfant ou le jeune a-t-il un plan de sécurité/en cas de crise conçu par l'école?

- ☐ **Oui** (dans l'affirmative, veuillez en obtenir une copie pour la verser au dossier de l'enfant après avoir obtenu son consentement et celui de sa famille et de son réseau de soutien)
- ☐ **Non**
- ☐ **Pas nécessaire**

5i. L'enfant ou le jeune et sa famille et son réseau de soutien reçoivent-ils un soutien par l'intermédiaire de l'école afin d'atteindre les objectifs d'apprentissage de l'enfant ou du jeune (p. ex., assistant en éducation, travailleur auprès des enfants et des jeunes, travailleur social, orthophoniste, etc.) ou d'un tiers embauché par la famille ou le réseau de soutien (p. ex., tuteur, psychologue)?

- ☐ **Oui** ☐ **Non**
- ☐ **Inconnu. Veuillez expliquer :**

5j. Au mieux de vos connaissances, l'école et les éducateurs de l'enfant ou du jeune sont-ils ouverts à collaborer avec les services de coordination en matière de TSAF afin de soutenir l'atteinte des objectifs pédagogiques (c.-à-d. rencontre avec l'équipe de soin de l'enfant ou du jeune et intégration de ses suggestions et stratégies)?

Expliquez à la famille et au réseau de soutien que vous pouvez offrir un soutien en assurant une coordination avec l'école.

☐ Oui

☐ Non

☐ Inconnu. Veuillez expliquer :

.....

.....

.....

.....

6. Renseignements sur le diagnostic

6a. Profil du diagnostic : Veuillez indiquer tout diagnostic connu lié à la santé mentale, à l'apprentissage, aux troubles neurodéveloppementaux et à la santé physique.

Diagnostic	Le diagnostic est-il soupçonné ou confirmé?	Qui a posé ce diagnostic ou comment a-t-il été obtenu?	Faut-il recourir aux services de secteurs multiples (c.-à-d. communautaire, santé, éducation) afin de répondre aux besoins associés à ce diagnostic?	Les services et les soutiens appropriés associés à ce diagnostic font-ils partie de l'équipe qui prodigue des soins à l'enfant ou au jeune? Expliquez pourquoi ou pourquoi pas.
	☐ Soupçonné ☐ Confirmé		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui, veuillez expliquer : ☐ No, veuillez expliquer :
	☐ Soupçonné ☐ Confirmé		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui, veuillez expliquer : ☐ No, veuillez expliquer :
	☐ Soupçonné ☐ Confirmé		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui, veuillez expliquer : ☐ No, veuillez expliquer :
	☐ Soupçonné ☐ Confirmé		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui, veuillez expliquer : ☐ No, veuillez expliquer :
	☐ Soupçonné ☐ Confirmé		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui, veuillez expliquer : ☐ No, veuillez expliquer :

6b. L'enfant ou le jeune suit-il un processus pour obtenir une évaluation clinique ou professionnelle?☐ Oui☐ Non, Veuillez expliquer :

6c. L'enfant ou le jeune ainsi que sa famille et son réseau de soutien souhaitent-ils obtenir un diagnostic de TSAF?☐ Oui☐ Non☐ A déjà un diagnostic de TSAF
☐ A Suit déjà un processus pour obtenir un diagnostic
Veuillez expliquer :

6d. Évaluations : Indiquez l'ensemble des évaluations, des rapports et des documents importants obtenus auparavant. Il peut s'agir d'évaluations cliniques ou professionnelles de spécialistes médicaux, de psychologues, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d'orthophonistes et de travailleurs sociaux, entre autres.

Type	Par qui?	Date	L'organisme de coordination a obtenu une copie de l'évaluation ou du plan avec un consentement approprié.
			☐ Oui ☐ No
			☐ Oui ☐ Non

7. Renseignements sur l'équipe de soin :

Veillez indiquer les fournisseurs de service qui appuient l'atteinte des objectifs de l'enfant ou du jeune ainsi que de sa famille et de son réseau de soutien et qui participent régulièrement, y compris les partenaires intersectoriels locaux.

Nom de la-personneres-source, rôle et nom de l'organisme	Secteur (services communautaires aux enfants et aux jeunes, santé, santé mentale, éducation, protection de l'enfance et de la jeunesse, etc.)	Coordonnées (adresse, numéro de téléphone et adresse de courriel)	La personne-ressource participe-t-elle à l'élaboration du plan de service en matière de TSAF, y compris les objectifs indiqués à la section 4?
			☐ Oui ☐ Non Dans la négative, justifiez la réponse et indiquez s'il est prévu de faire participer ce partenaire avec le consentement de la famille et du réseau de soutien :
			☐ Oui ☐ Non Dans la négative, justifiez la réponse et indiquez s'il est prévu de faire participer ce partenaire avec le consentement de la famille et du réseau de soutien :

			☐ Oui ☐ Non Dans la négative, justifiez la réponse et indiquez s'il est prévu de faire participer ce partenaire avec le consentement de la famille et du réseau de soutien :
--	--	--	--

8. Planification de la transition vers l'âge adulte (à remplir pour les enfants et jeunes âgés de 14 ans et plus) :

8a. Un plan de transition vers l'âge adulte a-t-il été élaboré?

- ☐ Oui
- ☐ Veuillez indiquer les objectifs et préciser le plan d'action pour l'âge adulte. À titre d'exemple, notons les Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, le logement, l'élaboration de stratégies pour encourager l'autonomie (p. ex., gestion de l'argent, cuisine, emploi), un régime enregistré d'épargneinvalidité, un PEI, un plan de transition après les études, etc.

☐ Non

☐ Dans la négative, veuillez expliquer ce qui est fait actuellement pour élaborer un plan de transition ou quand ce travail débutera.

9. Approbation du plan :

Rempli par :
(Nom du coordonnateur de TSAF)

Qui a été informé de l'achèvement de ce plan?

- ☐ Enfant ou jeune : ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Familles ou réseau de soutien : ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Coordonnateur de TSAF : ☐ Oui ☐ Non

Des services de coordination des services en matière de TSAF sont-ils toujours requis?

- ☐ Oui
- Dans l'affirmative, indiquez la prochaine date d'examen :
- ☐ Non
- Dans la négative, indiquez la date de libération et un sommaire ou un plan de libération :
- ☐ Inactif

Au meilleur de mes capacités, je confirme que les renseignements indiqués dans ce plan sont exacts :

- Nom(s) de l'enfant ou du jeune :
- Date (mm/jj/aaaa) :
- Nom(s) du ou des fournisseurs de soins principaux :
.....
- Date (mm/jj/aaaa)
- Le plan a-t-il été présenté à l'enfant ou au jeune ☐ Oui ☐ Non
et à sa famille et à son réseau de soutien?