

# PLAN DE SERVICES COORDONNÉS (CSP)



Organisme des services à la personne  
et Organisme de l'éducation



**RÉVISÉ EN JANVIER 2022**

**REMARQUE IMPORTANTE :** *Ce CSP donne droit aux familles à la coordination des services et non à des services spécifiques. L'approbation pour accéder à des services ou des placements spécifiques relève de la responsabilité du ou des organismes concernés. Suivre les processus d'approbation établis lors de la mise en œuvre des éléments de ce plan.*

## Table des matières

Dispositions du plan de services coordonnés _____	3
Qu'est-ce qu'un plan de services coordonnés ? _____	3
Consentement pour la détermination de l'admissibilité et la planification des services coordonnés _____	6
Consentement à la divulgation d'informations _____	7
I. Renseignements sur les enfants/adolescents et la famille _____	8
I. Motif de l'aiguillage _____	10
II. Facilitateur(s) de réunion _____	10
III. Participants à l'équipe du CSP _____	10
IV. Connexions sociales : qui est important pour moi et ma famille ? _____	11
V. Facteurs et besoins de résilience : qu'est-ce qu'il est important de savoir à mon sujet (enfant/adolescent) et sur ma famille ? _____	12
VI. Préoccupations comportementales _____	13
VII. État scolaire de l'enfant/adolescent _____	13
VIII. Soutiens et services pour l'enfant et la famille _____	15
IX. Plan de crise proactif _____	16
X. Suivi et prochaines étapes _____	17
Procédures de recours _____	18
Divulgation d'informations pour l'examen par l'équipe interagences du plan de services coordonnés _____	19
Aiguillage vers le comité d'examen des cas _____	20
Questions sur l'aiguillage en établissement _____	20

## Dispositions du plan de services coordonnés

À l'usage de l'équipe et du facilitateur.

Pour des conseils supplémentaires sur les CSP, veuillez consulter le Guide du facilitateur disponible à l'adresse : <https://ifs.vermont.gov/docs/sit>



### Qu'est-ce qu'un plan de services coordonnés ?

Un **plan de services coordonnés** est un plan écrit, élaboré par une équipe pour un enfant/adolescent qui a besoin des services de plus d'un organisme. Il est conçu pour répondre aux besoins de l'enfant au sein de sa famille ou en placement en milieu substitut, à l'école et dans la communauté. (*Adaptation du texte législatif de la loi 264*).

En 2005, une autre **entente interagences** a été créée élargissant la loi 264. Cette entente stipule que « les enfants et les adolescents en droit de bénéficier d'un plan de services coordonnés élaboré par une équipe de coordination des services comprenant des représentants de l'enseignement, les départements appropriés de l'organisme de services à la personne, les parents ou tuteurs et les soutiens naturels liés à la famille ». Le plan de services coordonnés comprend les plans d'enseignement individualisé (PEI) ainsi que les plans de traitement de services à la personne ou les plans de soutien individuels et est organisé pour garantir que tous les éléments travaillent vers des objectifs compatibles, que les progrès soient surveillés et que les ressources soient utilisées efficacement.

## Liste de contrôle du CSP pour le(s) facilitateur(s)

### I. Éléments nécessaires pour un CSP

- Demander au parent/tuteur de signer le consentement pour la détermination de l'admissibilité.
- Demander au parent/tuteur de signer le formulaire de divulgation d'informations.
- Expliquer ce qu'est un représentant des parents et demander si le parent est intéressé à s'entretenir avec celui qui couvre la région du parent.
- Remplir toutes les sections du CSP jusqu'à la section supplémentaire relative aux aiguillages en établissement.
- Fournir à la famille une copie du CSP à la fin de la rencontre ou en temps opportun.
- Fournir à la famille les procédures de recours.

### II. Éléments nécessaires pour l'aiguillage vers l'équipe locale interagences

- Transmettre le consentement signé du parent/tuteur pour la détermination de l'admissibilité.
- Transmettre la décharge signée par le parent/tuteur pour l'examen de l'équipe interagences.
- Expliquer ce qu'est un représentant des parents et demander si le parent est intéressé à s'entretenir avec celui qui couvre la région du parent.
- S'assurer que les personnes clés de la LIT soient présentes lors de la réunion ET s'assurer que le nombre de professionnels présent ne soit pas trop élevé rendant la réunion accablante pour la famille.
- Un CSP complété lors d'une réunion d'équipe.

### III. Éléments nécessaires pour l'aiguillage vers le comité d'examen des cas

- Transmettre le consentement signé par le parent/tuteur pour la détermination de l'admissibilité.
- Transmettre le formulaire de divulgation d'informations pour l'examen de l'équipe interagences signé par le parent/tuteur.
- Documentation sur l'autorité parentale en matière médicale et d'enseignement ; pour les enfants ou les adolescents qui ne sont pas sous la garde du DCF, le paquet doit inclure une documentation indiquant qui a l'autorité parentale en matière médicale et d'enseignement. Elle peut être fournie par les deux parents signant le CSP, ou au moyen de la documentation sur l'autorité parentale exclusive des ordonnances de garde approuvées par le tribunal, des accords de divorce ou des ordonnances d'adoption.
- Préparer une lettre d'accompagnement pour le représentant du CRC avec un résumé complet de la situation (ce qui a fonctionné ou non), les services offerts et quels sont les objectifs et les attentes des équipes à l'égard d'un niveau de traitement plus élevé.
- Expliquer ce qu'est un représentant des parents et demander si le parent est intéressé à s'entretenir avec celui qui couvre sa région.
- Envoyer le CSP ET la section supplémentaire pour les aiguillages en établissement.
- Page de signature de l'aiguillage en établissement
- Évaluation CANS effectuée au cours des trois derniers mois (feuille des résultats complète requise).
- Bilans et évaluations tel que psychologiques ou psychiatriques.
- Plan PEI, 504 ou EST en cours, le cas échéant
- Dossiers médicaux pertinents, y compris la liste des médicaments.
- Rapport de sortie des placements précédents.
- Si sous garde du DCF, disposition la plus récente, plan de gestion du cas et admissibilité IV-E (DCF 201R).
- Copie de la carte Medicaid OU numéro Medicaid.
- Documentation d'une assurance privée indiquant que le traitement en établissement n'est pas couvert par leur couverture d'assurance.
- Identifier l'organisme qui prendra en charge l'aiguillage vers le CRC.

Nom de l'enfant/adolescent : \_\_\_\_\_

**IV. Éléments nécessaires pour l'aiguillage vers l'équipe interagences d'État**

- Transmettre le consentement signé du parent/tuteur pour la détermination de l'admissibilité.
- Transmettre le formulaire de divulgation d'informations signé par le parent/tuteur pour l'examen de l'équipe interagences.
- Expliquer ce qu'est un représentant des parents et demander si le parent est intéressé à s'entretenir avec le représentant des parents qui est membre de la SIT.
- Fournir au parent/tuteur le Guide de la famille de la SIT.
- Préparer une lettre d'accompagnement pour le coordinateur de la SIT avec un résumé de la situation et les questions auxquelles l'équipe interagences locale aimerait que la SIT réponde.
- CSP terminé jusqu'à la section supplémentaire du paquet du CSP.

## Consentement pour la détermination de l'admissibilité et la planification des services coordonnés

Nom de l'enfant/adolescent	Facilitateur
----------------------------	--------------

Un plan de services coordonnés (PSC) est un processus qui suit une série d'étapes pour aider les enfants et les adolescents à concrétiser leurs espoirs et leurs objectifs. Les personnes qui font partie de la vie de l'enfant ou de l'adolescent travaillent en équipe pour élaborer un plan qui regroupe les services et les soutiens nécessaires. Je comprends qu'en tant que parent, je fais partie de l'équipe du CSP.

Je donne mon consentement pour commencer le processus de détermination si mon enfant est admissible à un CSP. Souvent, l'admissibilité fait partie de la réunion initiale du CSP lorsque des informations sont recueillies et examinées sur la façon dont des organismes ou des départements particuliers interviennent auprès de l'enfant/adolescent.

Si mon enfant est admissible, je consens à ce que l'équipe du CSP élabore un plan de services coordonnés.

Je comprends que :

- Je dois également signer un formulaire de *Consentement à la divulgation d'informations*. Le *Consentement à la divulgation d'informations* permettra au facilitateur de transmettre les informations de mon enfant à l'équipe du CSP.
- Le facilitateur m'informera dans les 30 jours suivant la réception de ce formulaire signé et du *Consentement à la divulgation d'informations* si mon enfant est admissible ou pas.
- Les dossiers que le facilitateur rassemble tout au long du processus de planification des services coordonnés sont confidentiels. Le facilitateur ne transmettra pas ces dossiers à d'autres personnes sans obtenir au préalable mon consentement écrit, sauf si la loi exige qu'ils doivent être transmis.
- Je peux consulter ou obtenir une copie de ces dossiers en écrivant une lettre au facilitateur.
- Je recevrai une copie de ce formulaire de consentement après l'avoir signé.
- Si je ne donne pas mon consentement, l'animateur ne peut pas déterminer si mon enfant est admissible à un CSP qui ne pourra donc pas être développé.
- Les prestations et services dont bénéficie actuellement mon enfant ne seront pas affectés si je ne donne pas mon consentement.

	Nom en capitales	Signature	Date
Parent/Tuteur			
Témoin			
Substitut au parent en matière d'enseignement (le cas échéant)			

## Consentement à la divulgation d'informations

Nom de l'enfant/adolescent	Facilitateur
----------------------------	--------------

Je consens à la transmission des informations concernant mon enfant à l'équipe de planification des services coordonnés (équipe du CSP). Je comprends qu'en tant que parent, je fais partie de l'équipe du CSP.

Je comprends que :

- Les informations de mon enfant comprennent des dossiers sur les antécédents scolaires, psychologiques et sociaux, les bilans médicaux et les services dont mon enfant bénéficie.
- Les informations de mon enfant seront transmises à l'équipe du CSP et le prestataire de soins primaires de mon enfant, afin que l'équipe puisse déterminer si mon enfant est admissible à un CSP et, le cas échéant, élaborer et mettre en œuvre un CSP pour mon enfant.
- Je peux consulter ou obtenir une copie des informations sur mon enfant qui sont transmises à l'équipe du CSP en écrivant une lettre à l'animateur.
- L'équipe du CSP sait que les informations de mon enfant sont confidentielles. L'équipe ne transmettra pas d'informations sur mon enfant à d'autres sans avoir d'abord obtenu mon consentement écrit, sauf si la loi exige qu'elles doivent être transmises.
- Je peux retirer mon consentement à tout moment en écrivant une lettre au facilitateur, sauf lorsque l'équipe du CSP a déjà utilisé l'information.
- Si je ne donne pas mon consentement, l'équipe du CSP ne peut pas déterminer si mon enfant est admissible à un CSP et mon enfant ne bénéficiera pas du CSP.
- Les prestations et services dont bénéficie actuellement mon enfant ne seront pas affectés si je ne donne pas mon consentement.
- Je recevrai une copie de ce formulaire de consentement après l'avoir signé.
- Les informations générales sur l'utilité du processus de planification des services coordonnés sont recueillies par l'équipe interagences d'État. Les informations du CSP de mon enfant peuvent être utilisées à cet égard, mais les informations sur mon enfant et ma famille ne seront pas identifiées.

**CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EXPIRE UN AN À COMPTER  
DE LA DATE À LAQUELLE JE LE SIGNE.**

<p style="text-align: center;"><b>Je souhaite parler avec le représentant des parents de mon équipe locale interagences avant la réunion du plan de services coordonnés.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Pour en savoir plus sur la loi 264 et la planification des services coordonnés, visitez l'adresse <a href="http://www.act264.vt.gov">www.act264.vt.gov</a></b></p>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>
---	--

	Nom en capitales	Signature	Date
Parent/Tuteur			
Témoin			
Substitut au parent en matière d'enseignement <i>(le cas échéant)</i>			

**La section I doit être remplie AVANT le CSP AVEC LA FAMILLE**

**I. Renseignements sur les enfants/adolescents et la famille**

<p>Nom de l'enfant/adolescent :</p>	<p>Genre attribué à la naissance : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin          Identité de genre (facultatif) :</p>
<p>Date de naissance :          Âge :</p>	<p>Lequel de ces énoncés décrit l'enfant/adolescent <b>tel qu'identifié par la famille</b> (cocher toutes les cases pertinentes) :</p>
<p>Nom de la ou des personnes qui ont la garde de cet enfant/adolescent :</p> <p><i>De plus, voir la liste des documents qui exigent qu'une ordonnance de garde soit fournie indiquant qui a l'autorité parentale (garde physique ou autorité parentale en matière médicale).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Abénakis  <input type="checkbox"/> Autochtone de l'Alaska  <input type="checkbox"/> Amérindien  <input type="checkbox"/> Asiatique  <input type="checkbox"/> Noir Américain ou Afro-Américain  <input type="checkbox"/> Du Moyen-Orient ou de l'Afrique du Nord  <input type="checkbox"/> Autochtone de Hawaï/ d'autres îles du Pacifique  <input type="checkbox"/> Hispanique, Latino ou Espagnol  <input type="checkbox"/> Blanc  <input type="checkbox"/> Autre  <input type="checkbox"/> Non déclaré / préfère ne pas répondre</p>
<p>Nom du parent :</p>	<p>Adresse physique :           Adresse postale :           Téléphone :           Adresse électronique :</p>
<p>Nom du parent :</p>	<p>Adresse physique : Comme ci-dessus <input type="checkbox"/>           Adresse postale :           Téléphone :          Adresse électronique :</p>
<p>Tuteur légal (le cas échéant)</p>	<p>Adresse :           Téléphone :</p>
<p>Substitut au parent en matière d'enseignement (le cas échéant) :</p>	<p>Adresse :           Téléphone :</p>
<p>Nom et coordonnées du ou des proches aidants (si différent de ci-dessus) :</p>	
<p><b>Si vous bénéficiez des services du DCF, veuillez remplir la section E.</b></p>	



### A. Santé comportementale et mentale

Diagnostic DSM-5	Code CIM	Date	Fourni par
1			
2			
3			
4			

Énumérer les médicaments actuellement pris :

### B. Informations médicales

**Médecin de premier secours :**

Problème médical ou diagnostic	Date	Prestataire
1		
2		
3		

Énumérer les médicaments actuellement pris :

Cet enfant/adolescent a-t-il été jugé admissible aux services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ?  Admissible ; bénéficiaire des services  Admissible ; services en attente  Bilan en cours  Évalué ; jugé inadmissible  Besoin d'aiguillage

Si oui, année d'admissibilité : \_\_\_\_\_ Organisme désigné qui a pris la décision : \_\_\_\_\_

### C. Assurance maladie

L'enfant/adolescent a-t-il une assurance maladie ?  Non  Oui

Medicaid – Numéro : \_\_\_\_\_  Tiers/Commercial – Opérateur et numéro : \_\_\_\_\_

### D. Statut d'adoption

L'enfant/adolescent a-t-il été adopté ?  Oui  Non  En attente

Quel âge avait l'enfant lorsqu'il a été adopté ? \_\_\_\_\_

### E. Intervention du DCF

**Remplir tous les champs pertinents**

L'enfant/adolescent est-il sous la garde du DCF ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Existe-t-il une ordonnance de garde conditionnelle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à qui ?
Y a-t-il un dossier familial ouvert auprès du DCF ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Travailleur social du DCF	
L'adolescent est-il en probation juvénile ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'adolescent a-t-il le statut de jeune contrevenant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Agent de probation spécialiste des jeunes adultes par l'intermédiaire de la Direction générale des services correctionnels	
Tuteur Ad Litem	

## Informations à remplir lors de la réunion du CSP

### I. Motif de l'aiguillage

Quelle est la raison de l'aiguillage ?		
CSP :	Date :	Date de la prochaine réunion :
LIT : (le cas échéant)	Date :	
CRC : (le cas échéant)	Date :	
SIT : (le cas échéant)	Date :	

### II. Facilitateur(s) de réunion

Nom du ou des facilitateurs CSP	Organisme : Adresse :  Numéro de téléphone : Adresse électronique :
Nom du coordonnateur de la LIT	Organisme : Adresse :  Numéro de téléphone : Adresse électronique :

### III. Participants à l'équipe du CSP

Nom (en capitales)	Signature et lien avec l'enfant/adolescent	Pour les réunions de suivi, veuillez parapher si vous y avez assisté

#### IV. Connexions sociales : qui est important pour moi et ma famille ?

**Les personnes importantes ou utiles pour moi et ma famille** (par exemple, famille, membres de la famille élargie, amis, voisins, personnes du lieu de culte, organismes communautaires, école, garderie, autres prestataires de services, prestataires de soins de santé.)

*Ces informations pourraient être fournies sous la forme d'un génogramme de base ou d'une éco-carte, mais il n'est pas nécessaire de les fournir de cette manière. Pour en savoir plus sur la façon de faire des génogrammes et des éco-cartes, visitez l'adresse : [http://stanfield.pbworks.com/f/explaining\\_genograms.pdf](http://stanfield.pbworks.com/f/explaining_genograms.pdf) ou <https://www.smartdraw.com/ecomap/>.*

*Si l'enfant/adolescent n'est pas présent au CSP, assurez-vous d'obtenir ses commentaires pour savoir qui est important et qui inclure : membres de l'équipe (sports, clubs, groupes civiques), enseignants, entraîneurs, pairs, mentors.*

#### En tant que proche aidant, comment est-ce que je préfère recevoir du soutien ?

*(i.e. Est-ce que je préfère voir des documents écrits, en entendre parler, en parler, rencontrer quelqu'un qui a des défis similaires ou ai-je besoin d'un interprète parce que j'apprends l'anglais, ai-je besoin de mesures d'adaptation pour une déficience visuelle ou auditive ?)*

**V. Facteurs et besoins de résilience : qu'est-ce qu'il est important de savoir à mon sujet (enfant/adolescent) et sur ma famille ?**

<p><b>1. Quels sont mes espoirs et objectifs (enfant/adolescent) et ceux de ma famille (objectifs liés à l'enfant/adolescent) ?</b></p>	
<p><b>2. Quels sont mes atouts, mes intérêts et mes ressources (enfant/adolescent) et ceux de ma famille qui peuvent aider à soutenir les espoirs et les objectifs ?</b></p>	
<p><b>3. Quels sont mes besoins, mes défis, mes préoccupations et mes priorités (enfant/adolescent) à prendre en compte pour atteindre mes objectifs ?</b></p> <p><i>(Utilisez les plans et évaluations existants ainsi que l'expérience actuelle pour les identifier.)</i></p>	

Nom de l'enfant/adolescent : \_\_\_\_\_

## VI. Préoccupations comportementales

*Veillez remplir la liste de contrôle ci-dessous, le cas échéant, en fonction des raisons de la tenue du CSP. Si l'aiguillage à lieu par l'intermédiaire du Département de santé mentale, joindre le résumé des besoins et des atouts des enfants et des adolescents (CANS) le plus récent.*

Cochez toutes les cases énumérées ci-dessous lorsque l'enfant/adolescent a montré le comportement à un degré marqué par rapport aux autres dans son groupe d'âge.

<input type="checkbox"/> Aucune des propositions suivantes ne s'applique		
<input type="checkbox"/> Idées confuses/étranges	<input type="checkbox"/> Impulsif	<input type="checkbox"/> Extrême tristesse
<input type="checkbox"/> Comportement inapproprié	<input type="checkbox"/> S'enfuit	<input type="checkbox"/> Anxiété (pourrait inclure des comportements obsessionnels/compulsifs)
<input type="checkbox"/> Réactions émotionnellement problématiques	<input type="checkbox"/> Déficiences sensorielles	<input type="checkbox"/> Toxicomanie
<input type="checkbox"/> Évitement des contacts sociaux ou isolement social	<input type="checkbox"/> Pyromanie OU joue avec le feu	<input type="checkbox"/> Symptômes physiques (somatiques) dont la cause médicale est inconnue
<input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Refus d'accepter des limites	<input type="checkbox"/> Problèmes d'intestin et de vessie (énurésie/encoprésie)
<input type="checkbox"/> Agression verbale	<input type="checkbox"/> Comportement d'automutilation	<input type="checkbox"/> Refus scolaire persistant
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les personnes	<input type="checkbox"/> Pensées suicidaires	<input type="checkbox"/> Suspension/expulsion de l'école
<input type="checkbox"/> Agression à l'égard de la propriété	<input type="checkbox"/> Comportement suicidaire	<input type="checkbox"/> Tics moteurs ou verbaux
<input type="checkbox"/> Comportement sexuellement problématique	<input type="checkbox"/> Vol	<input type="checkbox"/> Troubles graves du sommeil
<input type="checkbox"/> Mise à l'écart extrême de la famille	<input type="checkbox"/> Cruauté à l'égard des animaux	<input type="checkbox"/> Problèmes avec la loi
<input type="checkbox"/> Extrême dépendance à la famille	<input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Difficultés à s'adapter au traumatisme	<input type="checkbox"/> Comportement menaçant impliquant des armes	
Veuillez développer les problèmes de comportement ci-dessus et les contextes dans lesquels ils se produisent :		

## VII. État scolaire de l'enfant/adolescent

Présence scolaire* : District/syndicat de supervision : <i>*Si l'enfant/adolescent est scolarisé à la maison, indiquez qu'il fréquente l'école</i>		Ville de résidence du ou des parents :
Niveau scolaire :	Personne-ressource de l'école (nom et rôle) :	Téléphone :

Nom de l'enfant/adolescent : \_\_\_\_\_

**A. État d'enseignement spécial**

<input type="checkbox"/> Admissible ; inscrit à un PEI		<input type="checkbox"/> Bilan en cours		<input type="checkbox"/> Besoin d'aiguillage	
<input type="checkbox"/> Admissible; PEI en attente		<input type="checkbox"/> Évalué ; trouvé inadmissible			
Handicap :	Primaire :	Secondaire :	Autre		
Si 16 ans ou plus, le plan de transition est-il inclus dans le PEI ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Administrateur de l'enseignement spécialisé :				Téléphone :	
Veuillez décrire tout élément notable concernant le fonctionnement cognitif ou adaptatif :					

**B. État des plans 504 ou EST**

<input type="checkbox"/> Plan 504	<input type="checkbox"/> Besoin d'aiguillage vers le coordonnateur 504 :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> Plan EST	<input type="checkbox"/> Besoin d'aiguillage vers le coordonnateur EST :	Téléphone :

**D. Placement scolaire :** cocher les cases pour indiquer les placements scolaires précédents, actuels et proposés.

Type de placement ( <i>cocher toutes les cases pertinentes</i> )	Précédent	Actuel	Proposé
Salle de classe de formation générale ou soins et apprentissage précoces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle de classe de formation générale + soutien ou mesures d'adaptation en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle de classes de formation générale + enseignement spécialisé ou autres soutiens en dehors de la salle de classe (peut inclure l'enseignement spécial de la petite enfance en milieu scolaire, Headstart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salle de classe séparée / Programme LEA alternatif (peut être à l'intérieur ou à l'extérieur de l'école)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
École indépendante / programme de traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutoriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionnat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instruction à domicile ou hospitalisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étude à domicile (« enseignement à domicile »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas à l'école : a obtenu un diplôme de développement de formation générale (FG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas à l'école : abandonné / suspendu / expulsé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre ( <i>décrire</i> ) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Veuillez décrire le placement scolaire proposé (cela peut être soumis à une décision de l'équipe du PEI) :</b>			

### VIII. Soutiens et services pour l'enfant et la famille

*Ces informations sont spécifiques aux besoins de l'enfant et à fournir sur base volontaire pour la famille. Cette liste est destinée à générer des idées sur les soutiens et les services qui peuvent être utiles. Elle n'est pas censée être exhaustive ou limiter la pensée créative et individualisée.*

Prestations de service	Organisme fournissant ou organisme proposé pour fournir	Précédent	Actuel	Proposé et dans quel délai
Garde d'enfants / Programme parascolaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Mentorat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Évaluation : <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Médicale <input type="checkbox"/> Neurologique <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Soutien comportemental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Prestations de service	Organisme fournissant ou organisme proposé pour fournir	Précédent	Actuel	Proposé et dans quel délai
Gestion de cas / coordination des services		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Repos <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Pendant la nuit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Médecin en milieu scolaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Orientation : <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> De groupe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Services intensifs axés sur la famille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Soutien parental à domicile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Médication		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Travail en compétences communautaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Traitement de la toxicomanie (pour les adolescents)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Services de formation professionnelle / emploi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Services à domicile et communautaires / services de développement (« exemption »)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Services de soins personnels pour enfants		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Services de soins infirmiers de haute technologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Soutien ou subvention post-permanence (aide à l'adoption ou à la tutelle)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Nom de l'enfant/adolescent : \_\_\_\_\_

Planification de la sécurité familiale / conférence de groupe sur la famille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Avantages SSI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Transport		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Services pour lutter contre la violence familiale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Autre (décrire) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Autre (décrire) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Autre (décrire) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Autre (décrire) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Autre (décrire) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### IX. Plan de crise proactif

*Les équipes sont fortement encouragées à élaborer un plan de crise proactif si l'enfant ou l'adolescent est médicalement fragile, a déjà été hospitalisé en milieu psychiatrique ou présente des comportements à risque ou dangereux. Vous pouvez joindre des documents de plan de comportement ou de plan de sécurité convenus existants qui répondent aux besoins dans tous les environnements.*

1. Un plan de crise est nécessaire <input type="checkbox"/> Oui Si oui, répondez aux questions de 2 à 8 ci-dessous <input type="checkbox"/> Non, Si non, pourquoi pas ?
2. À quoi s'attendre lors de la survenance d'une crise ?
3. Quels sont les déclencheurs / facteurs de stress qui pourraient conduire à une crise ?
4. Quelles sont les stratégies d'adaptation qui peuvent être utilisées pour prévenir une crise ? (Décrire les compétences et les stratégies pour prévenir, réduire ou désamorcer la crise.)
5. Quelles sont les stratégies que l'enfant et les autres peuvent utiliser pendant une crise pour assurer la sécurité et encourager le désamorçage ?
6. Quelles sont les personnes clés à contacter et quand faut-il les contacter ?



Nom de l'enfant/adolescent : \_\_\_\_\_

7. Que ne faut-il PAS faire en cas de crise ?

8. Quand la police, les dépisteurs de troubles de santé mentale ou l'hôpital devraient-ils être impliqués ?

**VEUILLEZ NOTER** : Des circonstances spéciales ou inhabituelles qui obligeront les adultes responsables à modifier le plan peuvent se produire.

## **X. Suivi et prochaines étapes**

**Date et heure de la réunion de suivi du CSP :**

**Prochaines étapes et définition du responsable**

- 
- 

**Remarque importante** : Tout membre d'une équipe du CSP, y compris le parent, peut aiguiller vers son équipe interagences locale si l'équipe souhaite des soutiens supplémentaires, des idées ou des suggestions pour plus de soutiens et de services.

## Procédures de recours

La plupart des équipes de planification des services coordonnés sont en mesure de rédiger et de mettre en œuvre avec succès le plan de services coordonnés d'un enfant ou d'un adolescent. Parfois, une équipe peut avoir besoin de se tourner vers son équipe locale interagences (LIT) pour une assistance technique, une consultation ou la résolution d'un litige. Occasionnellement, une LIT peut avoir besoin de se tourner vers l'équipe interagences d'État (SIT) pour une assistance technique, une consultation ou la résolution d'un litige. Les parents, en tant que membres d'une équipe de planification des services coordonnés, peuvent s'adresser à la LIT ou à la SIT pour la résolution des litiges.

**VEUILLEZ NOTER :** Si un parent a un différend concernant le **service de livraison** plutôt que la **coordination des services** il ou elle doit utiliser le(s) mécanisme(s) approprié(s) de résolution des litiges dans la section C ci-dessous.

### A. Procédure de recours de la loi 264 concernant la coordination des services

Une agence locale, un prestataire de services ou un parent de l'équipe peut demander un recours concernant la coordination entre les agences en vertu de la loi 264 et des dispositions connexes de l'accord interagences.

Un recours est possible si ni l'équipe interagences locale ni l'équipe interagences d'État ne sont en mesure de résoudre le litige. La SIT informera l'agence locale, le(s) prestataire(s) de services et le(s) parent(s) de leur droit de recours et fournira le nom et l'adresse pour déposer le recours.

La procédure de recours consiste en une audience conformément au chapitre 25 du titre 3. Le débat est conduit par un agent d'audience nommé par le secrétaire de l'organisme de services à la personne et le ministre de l'Éducation. Sur la base des éléments de preuve présentés à l'audience, l'agent d'audience remet des conclusions écrites et des propositions de décision au ministre et au commissaire. Les secrétaires de l'AHS et de l'AOE peuvent confirmer, annuler ou modifier les propositions de décision. Toutes les parties recevront une décision finale écrite des secrétaires.

### B. Processus de recours concernant les questions de paiement et de remboursement entre les organismes

Lorsqu'une agence autre que d'enseignement ne parvient pas à fournir ou à payer les services dont elle est responsable, et qui sont également considérés comme des services d'enseignement spécialisé et des services connexes, le district scolaire (ou l'organisme d'État responsable de l'élaboration du plan d'enseignement individualisé [PEI] de l'enfant) doit fournir ou payer ces services à l'enfant en temps opportun. Le district scolaire (ou l'organisme d'État responsable en tant qu'organisme d'enseignement) peut alors demander le remboursement des services à l'organisme autre que d'enseignement qui était responsable et n'a pas fourni ou payé ces services. Les procédures décrites dans l'entente interagences de juin 2005 seront utilisées pour les demandes de remboursement entre organismes.

### C. Autres procédures de recours et de résolution des litiges disponibles pour les parents

En plus de la possibilité de déposer un recours concernant la coordination des services en vertu de la loi 264, le parent a le droit à d'autres procédures de recours et de litige selon la nature du service et de la réclamation. Ces procédures de recours et de résolution des litiges peuvent inclure, mais sans s'y limiter :

- Réclamations des parents concernant la prestation d'enseignement publique gratuite et appropriée et d'autres droits en vertu de la loi sur les personnes handicapées dans le domaine de l'enseignement : contacter l'organisme d'enseignement au (802) 479-1255.
- Les parents et les enfants ont le droit de recours concernant la couverture Medicaid ou les recours concernant l'admissibilité d'un enfant à Medicaid, pour ces cas : contacter Vermont Health Connect, Centre de soutien à la clientèle de Green Mountain Care au 1-800-250-8437 (ATS/TTY) 1-888-834-7898.
- Réclamations ou litiges concernant le rendement du personnel ou la qualité des programmes : contacter le prestataire superviseur responsable de la prestation des services.

## Divulgence d'informations pour l'examen par l'équipe interagences du plan de services coordonnés

**Cette décharge doit être signée par le parent si un aiguillage vers l'équipe interagences locale,  
le comité d'examen des cas ou l'équipe interagences d'État à lieu**

Nom de l'enfant/adolescent	Facilitateur

La plupart des plans de services coordonnés (CSP) sont réalisés. Si, toutefois, une équipe du CSP n'est pas d'accord avec un plan, elle peut faire appel à l'équipe locale interagences (LIT) pour obtenir de l'aide. Si la LIT ne peut pas créer un plan mettant tout le monde d'accord, l'équipe interagences d'État (SIT) peut être sollicitée. Si une équipe du CSP envisage des soins globaux ou des soins en établissement, elle doit alors demander au comité d'examen des cas (CRC) d'examiner et d'envisager cette possibilité.

Je donne mon consentement pour la divulgation d'informations pertinentes, y compris le plan de services coordonnés (PSC) : à l'équipe interagences locale (LIT), à l'équipe inter-agences d'État (SIT) ou au comité d'examen des cas (CRC).

Je comprends que :

- Les informations de mon enfant comprennent des dossiers sur les antécédents scolaires, psychologiques et sociaux, les bilans médicaux et les services dont mon enfant bénéficie. Les informations de mon enfant incluent également son CSP.
- Les informations de mon enfant seront transmises à la LIT, la SIT ou au CRC afin qu'ils puissent (1) examiner le CSP de mon enfant ou (2) examiner la demande de soins intensifs ou en établissement.
- Je peux consulter ou obtenir une copie des informations sur mon enfant qui sont transmises à la LIT, la SIT ou au CRC en écrivant une lettre au facilitateur.
- Les membres de la LIT, la SIT ou du CRC savent que les informations de mon enfant sont confidentielles et ils ne transmettront pas d'informations sur mon enfant à d'autres sans obtenir au préalable mon consentement écrit, sauf si la loi exige qu'elles doivent être transmises.
- Ce formulaire de consentement expire un an à compter de la date à laquelle je le signe.
- Je peux retirer mon consentement à tout moment en écrivant une lettre au facilitateur, sauf si la LIT, la SIT ou le CRC a déjà utilisé l'information.
- Si je ne donne pas mon consentement, la LIT, la SIT ou le CRC ne peuvent pas (1) examiner le CSP de mon enfant ou (2) examiner la demande de soins intensifs globaux ou en établissement.
- Les prestations et services dont bénéficie actuellement mon enfant ne seront pas affectés si je ne donne pas mon consentement.
- Je recevrai une copie de ce formulaire de consentement après l'avoir signé.
- Les informations générales sur l'utilité du processus de planification des services coordonnés sont recueillies par l'équipe interagences d'État. Les informations contenues dans les documents d'aiguillage de mon enfant peuvent être utilisées à cet égard, mais les informations sur mon enfant et ma famille ne seront pas identifiées.

<b>Je souhaite parler avec le représentant des parents de mon équipe interagences locale ou nationale avant la réunion de la LIT, la SIT ou du CRC.</b>			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<b>Nom en capitales</b>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>
Parent/tuteur			
Témoin			
Substitut au parent en matière d'enseignement (le cas échéant)			

## Section supplémentaire : Aiguillage vers le comité d'examen des cas

*En plus du paquet du CSP, cette section **doit** être remplie si un aiguillage vers le comité d'examen des cas à lieu pour l'examen d'un placement en établissement.*

Le Comité d'examen des cas (CRC) a été créé par l'équipe interagences de l'État (SIT) dans le but de travailler avec les équipes locales pour élaborer des plans de services coordonnés appropriés pour les enfants. Le CRC s'engage à servir les enfants et les adolescents souffrant de troubles émotionnels graves et d'autres handicaps tels que définis dans l'entente interagences AOE/AHS dans le cadre le moins restrictif adapté à leurs besoins. La SIT et le CRC estiment que, si possible, les enfants devraient être servis au sein de leurs propres communautés. Le traitement intensif en établissement ne doit être utilisé que lorsqu'il est nécessaire pour répondre aux besoins individuels d'un enfant.

Le CRC a été créé en tant que sous-comité de l'équipe interagences d'État pour atteindre deux objectifs **en appliquant des critères cohérents** :

1. accompagner les équipes locales dans l'identification, l'accès ou le développement d'alternatives thérapeutiques moins contraignantes ;
2. lorsque des alternatives moins restrictives ne sont pas appropriées, pour assurer la meilleure adéquation possible entre l'enfant et le centre de traitement en établissement.

Pour les lignes directrices complètes du CRC, veuillez visiter le site Web de l'IFS à l'adresse :

<http://ifs.vermont.gov/docs/sit>.

## Questions sur l'aiguillage en établissement

*Les questions suivantes doivent être remplies par l'équipe du CSP ou l'équipe interagences locale, quelle que soit l'équipe qui aiguille le cas au comité d'examen des cas.*

Informations importantes
<p>Lorsque une demande de traitement en établissement est déposée et que l'enfant a été adopté, le service de l'adoption du DCF a-t-elle été informée que la famille demande un traitement en établissement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Remarque : <i>Il incombe à la famille d'aviser le service de l'adoption d'un tel changement de résidence pour l'enfant/adolescent.</i></p>
<p>Si l'enfant/adolescent est sous la garde du DCF :</p> <p>Quelle était la ville de résidence du ou des parents au moment de la garde ?</p> <p>Les droits parentaux ont-ils été supprimés (TPR) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Si oui, indiquer la commune de résidence des parents au moment de la TPR :</i></p>
<p>Personne(s) ayant l'autorité parentale en matière médicale et d'enseignement :</p>
<p>Si l'enfant/adolescent a une assurance commerciale, indiquez que vous avez vérifié auprès de son assurance s'il offre l'avantage de couvrir le traitement en établissement.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, ils le font <input type="checkbox"/> Non, ils ne le font pas</p>
<p><b>Facteurs de risque</b> (<i>cocher toutes les cases pertinentes</i>)</p> <p>Victime avérée de : <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Négligence <input type="checkbox"/> Abus sexuel <input type="checkbox"/> Abus émotionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Jugé pour comportements sexuellement préjudiciables <input type="checkbox"/> Auteur avéré d'abus sexuels</p> <p><input type="checkbox"/> Autre jugement (décrire) :</p>

- Autres facteurs de risque (décrire) :
- Antécédents en matière de traite d'êtres humains
- Exposition passée/actuelle à la violence domestique  Autres antécédents de traumatisme :

**1. Quels sont les obstacles qui empêchent de répondre aux besoins de l'enfant/adolescent dans la communauté ?**

**2. Veuillez répondre à UNE des questions suivantes--Si une évaluation est demandée, répondre à la question (a) si un traitement en établissement est demandé, répondre à la question (b).**

a. En cas de demande d'évaluation, quelles sont les questions cliniques ou pédagogiques auxquelles vous souhaitez obtenir des réponses ?

b. En cas de demande de traitement en établissement, quels sont les objectifs de ce niveau d'intervention intensive ? Quels sont les objectifs de la famille et de l'enfant/adolescent ?

**3. À quoi s'attendre de la participation des parents / de la famille pendant le traitement en établissement ?**

**4. Veuillez nous faire part de toute difficulté prévue concernant la participation des parents / de la famille au traitement.**

**5. Y a-t-il des recommandations pour les services à domicile pendant que l'enfant/adolescent est sous traitement ? Si oui, veuillez les décrire.**

**6. Comment l'équipe saura-t-elle qu'il y a des progrès ? Quels résultats recherchent-elles ?**

**7. Quel est le plan de sortie / réintégration dans la communauté ?**

**Condition de vie de l'enfant/adolescent**

*Veillez cocher les cases appropriées pour indiquer les conditions de vie et les placements antérieurs, actuels et proposés de l'adolescent et inclure les dates sur la ligne.*

<b>Nature (cocher toutes les cases pertinentes et inclure les dates)</b>	<b>Précédent</b>	<b>Actuel</b>	<b>Proposé</b>
Vie autonome	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Deux proches aidants (au moins un biologique)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Un seul parent biologique (sans partenaire)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Parentage partagé	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Foyer adoptif	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Parents / adulte non rémunéré	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Placement en famille d'accueil	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Placement en famille d'accueil thérapeutique	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Foyer de groupe	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Abri d'urgence	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Évaluation du programme de traitement en établissement	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Traitement en établissement à long terme (autre que toxicomanie/alcoolisme)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Programme de traitement en établissement des toxicomanies et de l'alcoolisme	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hôpital médical	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hôpital psychiatrique	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Établissement protégé pour mineurs	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Établissement de correction	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Alternatives à la détention	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Pas de place où rester	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Autre ( <i>décrire</i> ) :	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Autre ( <i>décrire</i> ) :	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>Veillez décrire la condition de vie proposée :</b>			

Nom de l'enfant/adolescent : \_\_\_\_\_

## Page de signature de l'aiguillage en établissement

**Signature du parent/tuteur : toujours requis.**

Nom, rôle et numéro de téléphone	Signature	Date	Aiguillage en établissement	
			D'accord	Pas d'accord
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Signature de l'administrateur de l'enseignement : si l'enfant est inscrit à un PEI, le directeur de l'enseignement spécial est tenu de signer. Si l'enfant n'est pas inscrit à un PEI (i.e., l'enfant est inscrit à un plan 504, EST ou dans l'enseignement régulier), la signature du directeur ou du directeur de l'enseignement spécial est requise (tel que déterminé par les procédures locales).**

Nom, rôle et numéro de téléphone	Signature	Date	Aiguillage en établissement	
			D'accord	Pas d'accord
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Signature du directeur de district de la Division des services à la famille : si l'enfant/adolescent est sous la garde du commissaire du Département pour les enfants et les familles, il s'agit d'une signature requise.**

Nom, rôle et numéro de téléphone	Signature	Date	Aiguillage en établissement	
			D'accord	Pas d'accord
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Signature du directeur de la santé mentale communautaire des enfants ou du gestionnaire désigné : toujours requis.**

Nom, rôle et numéro de téléphone	Signature	Date	Aiguillage en établissement	
			D'accord	Pas d'accord
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'enfant/adolescent : \_\_\_\_\_

**Signatures d'autres membres de l'équipe :**

Nom, rôle et numéro de téléphone	Signature	Date	Aiguillage en établissement	
			D'accord	Pas d'accord
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>