



## Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa Agence soumissionnaire / liste de vérification de la présentatrice

**Lorsque l'agence soumissionnaire / présentatrice fait une demande au Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa elle doit :**

- Réviser le formulaire de demande afin de s'assurer que tous les documents nécessaires soient complétés. La page couverture du formulaire explique lesquels sont requis et lesquels seraient utiles. **L'agence soumissionnaire, et non les parents, est responsable de remplir la demande d'application.**
- S'assurer que les parents /tuteurs ont reçu le Guide du parent-tuteur, leur expliquant leurs droits et responsabilités
- Expliquer le processus de présentation au parent / tuteur afin de réduire l'intimidation possible d'être créée chez eux, par le processus, les lieux, les personnes présentes et la durée du tout : les encourager à participer à la rencontre.
- S'assurer que les parents/tuteurs/enfants ont signé tous les formulaires de consentement y compris le formulaire de demande. **Il faut s'assurer que les consentements sont accordés en toute connaissance.**
- Préparer une présentation de quinze minutes qui fait un résumé des antécédents, des problèmes à l'abord et des services requis du comité.
- Être prêt à répondre aux questions. Afin de mieux comprendre la situation qui leur est présentée, les membres du comité demanderont habituellement des éclaircissements à la présentatrice et/ou parent/ tuteur.
- Informer le parent / tuteur au sujet des recommandations qui seront faites dans les cinq jours ouvrables pour les Résolution de cas et une journée ouvrable pour les Services de référence. Les recommandations seront acheminées à l'agence soumissionnaire. Il en va de la responsabilité de cette dernière de faire parvenir celles-ci au parent /tuteur et de leur aider à les implanter.
- Être présent à la présentation. Le parent / tuteur doit être mis au courant du fait que l'absence de l'agence soumissionnaire signifie l'annulation de la présentation.



## Services de référence et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa Guide d'information à l'intention des clients, des parents et des tuteurs

### Comités de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa (SRACEO):

SRACEO est un mécanisme de résolution de cas pour les jeunes et familles à besoins multiples et complexes. Ce mécanisme facilite l'aiguillage vers certains services et constitue également un point d'accès unique pour les services intensifs, les classes de traitement de jour, des fonds variables ainsi que certains placements en établissements.

Des représentants de diverses agences de la région d'Ottawa siègent aux comités francophones et anglophones de SRACEO. La responsabilité des comités est d'assister les travailleurs et familles en émettant des recommandations et/ou en aiguillant vers certains services. SRACEO ne dispense pas de services directs.

### Principes inhérents à l'Accès coordonné et services de référence:

En vertu de ces principes :

- SRACEO est un mécanisme de résolution pour les enfants et jeunes ayant des **besoins complexes et multiples**.
- L'équipe de SRACEO cherche à faciliter la créativité et flexibilité dans la prestation de services afin de **répondre le plus efficacement aux besoins** des enfants, jeunes et familles
- La prestation des services s'appuie sur des recherches effectuées au niveau des pratiques exemplaires dans le domaine. Ces recherches ont démontré que lorsque la situation le permet, il est préférable de desservir les enfants dans **leur propre communauté**.
- L'équipe de SRACEO compte sur la collaboration de prestataire de services de différents secteurs pour **développer l'intervention qui, bien qu'appropriée, soit le moins dérangement possible** pour les familles, et pour **assumer conjointement la responsabilité** des besoins des enfants et des familles. Nous croyons qu'une **collaboration entre les prestataires de services qui œuvrent au sein de secteurs divers** favorise les chances de répondre avec succès aux besoins des jeunes et de leurs familles.
- Le plan de service développé devrait **s'appuyer sur les forces des familles**. Par conséquent, la participation de la famille dans le processus est encouragée et supportée.
- Tous les organismes participants sont invités à adhérer à ces principes.

### **Qui peut faire appel à SRACEO et aux services de références?**

Des professionnels travaillant au sein d'organismes communautaires, d'agence en santé mentale ou dans le système scolaire peuvent faire appel à SRACEO. Leur rôle est de travailler avec la famille et autres professionnels impliqués à préparer les documents requis en vue d'une présentation devant le comité approprié. Le travailleur soumettant la demande est responsable de monter le dossier, compléter le formulaire d'application et préparer l'information à présenter au comité cependant, les parents ou les tuteurs sont fortement encouragés à participer activement au processus de demande de services et aux présentations.

### **Qui peut faire l'objet d'une présentation au Comité de Services de références et de l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa?**

Le mécanisme de SRACEO est conçu pour les enfants et familles à besoins complexes et pour qui les services offerts dans la communauté n'ont pu suffire à répondre aux besoins avec succès. Autrement dit, le mécanisme de SRACEO s'adresse à ceux et à celles dont les besoins ne peuvent pas être comblés par les services communautaires existants.

### **Quel est le mode d'opération de SRACEO et service de référence?**

Les membres des Comités francophones et anglophones de l'Accès coordonné se rencontrent selon un horaire prédéterminé, lequel est développé sur une base annuelle. Ces rencontres se tiennent au cours de l'année, sauf durant les mois de juillet et août pour les programmes de traitement de jour et au mois d'août pour les programmes de santé mentale, trouble de développement et médicaux. Lorsque, de concert avec la famille, le professionnel responsable a réuni la documentation pertinente, il doit faire parvenir la demande à SRACEO ou au département des services aux élèves de chacun des conseils scolaires (traitement de jour seulement) pour qu'une date de présentation soit identifiée. Le travailleur doit informer et inviter la famille et autres personnes pertinentes à la présentation. On encourage fortement les parents à participer aux présentations afin d'avoir l'opportunité de communiquer leurs défis et besoins aux membres du comité.

### **Présentations faites auprès de SRACEO et de service de référence:**

D'une durée approximative de 15 minutes, les présentations permettent de transmettre aux membres du Comité un bref historique de service et familial, les principales difficultés ainsi que les services demandés. Suite à la présentation, il est possible que les membres du Comité posent quelques questions afin de s'assurer de bien comprendre les besoins de l'enfant, du jeune et de la famille. Les membres du Comité réviseront ensuite l'information présentée et émettront les recommandations ou procéderont à un aiguillage du dossier. Ces recommandations sont envoyées au professionnel référant dans environ 5 jours ouvrables. Le travailleur est ensuite responsable de faire parvenir les recommandations à la famille et d'offrir le support nécessaire pour la mise en application des celles-ci.

## **Qui siège aux Comités de Services de références et de l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa?**

Les Comités de SRACEO coordonné sont formés de représentants de diverses agences/organismes de différents secteurs. Ces agences sont :

- Association d'Ottawa pour personnes ayant une déficience intellectuelle
- Association pour l'intégration sociale d'Ottawa
- Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa
- Centre d'accès aux soins communautaires de Champlain
- Centre de traitement pour enfants d'Ottawa
- Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
- Centre psychosocial pour enfants et familles d'Ottawa
- Centre Roberts/Smart
- Conseil des écoles catholique de langue française
- Conseil des écoles publiques de l'est ontarien
- Crossroads Children's Centre
- Hôpital Royal d'Ottawa
- Ottawa Rotary Home
- Service Coordination des Services
- Société d'aide à l'enfance d'Ottawa

### **En tant que parent, tuteur ou tutrice, vous avez le droit :**

1. De vous attendre à ce que les membres des comités respectent la nature confidentielle des renseignements qui auront été recueillis et présentés. Vous devez toutefois savoir que si le Comité recommande un aiguillage vers un organisme qui est représenté audit Comité de SRACEO et/ou qui dispense des services au nom de ce Comité, cet organisme recevra copie du dossier ayant servi à la présentation (à moins que vous ne vous y objectiez clairement).
2. D'assister aux discussions relatives à votre situation ou à celle de votre famille.
3. De porter en appel les recommandations du Comité.
4. De refuser l'un ou l'autre ou l'ensemble des services recommandés.
5. De consulter votre dossier et de spécifier qui seront les personnes qui pourront prendre connaissance de son contenu (nous devons conserver le dossier d'un client pendant une période de 10 années après son dernier contact avec SRACEO).
6. De recevoir l'aide de l'équipe d'Accès coordonné, soit en français, soit en anglais.
7. D'être informé de la manière dont seront utilisés les renseignements personnels que vous aurez transmis, à qui ils seront communiqués et comment ils seront conservés (voir formulaire de consentement). Si vous avez des questions ou des préoccupations relativement à l'utilisation de vos renseignements personnels, prière de communiquer avec :

**Santé mentale /**  
**Trouble de développement**  
**Cathy Lonergan**  
**2675, promenade Queensview**  
**Ottawa (Ontario)**  
**K2B 8K2**

**Traitement de jour**  
**Caroline Vinette-Arseneau**  
**2675, promenade Queensview**  
**Ottawa (Ontario)**  
**K2B 8K2**

Si vous vous objectez à notre politique en matière de protection des renseignements personnels, veuillez en informer par écrit madame Cathy Lonergan ou madame Caroline Vinette-Arseneau. Nous prendrons les mesures qu'il faut pour étudier votre dossier dans les plus brefs délais. Par la suite, nous vous communiquerons, par écrit, notre décision formelle et les raisons qui l'auront motivée.

### **Que peut-on attendre du Comité?**

Le Comité de SRACEO s'engage :

- À aider les enfants et les familles dont l'accès aux services dans la communauté fut insuffisant pour répondre avec succès aux besoins complexes et multiples. Le comité s'engage à réviser les besoins et à faire des recommandations et/ou à aiguiller vers des services plus spécialisés, flexibles et créatifs.
- À recommander les services cliniques les moins intrusifs et appropriés. Par conséquent, un placement résidentiel n'est envisagé qu'en tout dernier recours.
- À fournir un feedback aux parents, aux tuteurs et aux intervenants qui ont fait les présentations.
- À informer les agences des aiguillages qui sont effectués.
- À traiter en toute confidentialité tous les cas qui sont portés à l'attention de l'Accès coordonné.

Le présentateur soumissionnaire doit être présent à la présentation. Son absence amènera une annulation de la présentation.

### **Seuil de non-respect du principe de confidentialité**

Il existe trois circonstances (voir ci-après) dans lesquelles l'équipe SRACEO serait appelée à effectuer un signalement sans avoir, au préalable, obtenu votre consentement.

1. Si on nous informe du fait qu'une personne a l'intention d'en blesser une autre sérieusement.
2. Si nous croyons que la sécurité d'un enfant de moins de 16 ans est menacée. Dans un tel cas, nous devons, en vertu de la loi, porter cette situation à l'attention de la Société d'aide à l'enfance.
3. Si, lorsqu'une cause est portée devant un tribunal, le juge exige de voir le contenu d'un dossier, nous devons le lui remettre. Ce juge décidera alors si le dossier renferme des renseignements pouvant servir lors du procès.

### **Services de répit offert par « Terrace Youth Residential Services » :**

Il est probable que les services de répit que vous recevrez par Services de références et de l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa soient offerts par « Terrace Youth Residential Services ». Le répit sera offert à domicile ou en communauté. Il est à noter que le répit est offert en journée et soirée seulement. Le but des services de répit est d'offrir une période de repos pour la famille.

### **Ce à quoi vous pouvez vous attendre :**

- Terrace Youth communiquera directement avec vous pour planifier une rencontre initiale afin de discuter des besoins et paramètres du répit, identifier un travailleur pour votre enfant et dresser une liste d'activités acceptables pour tous.
- Vous serez informé de l'activité de répit à chaque visite.

- Vous recevrez un numéro de téléphone auquel vous pourrez rejoindre votre enfant en tout temps en cas d'urgence.
- Si vous annulez une visite, celle-ci ne sera pas remise à une autre date.

**En cas d'insatisfaction ou de préoccupation :**

- Vous pouvez communiquer avec Shelley Deriger, Coordonnatrice des services de répit à « Terrace Youth Residential Services » au 613-720-5083.
- Vous pouvez aussi communiquer avec SRACEO au 613-729-0577 poste 1212.
- Toute plainte sera adressée à l'intérieur de 2 jours ouvrables.

**Processus d'appel**

En cas d'insatisfaction, le parent ou gardien légal, et non le professionnel, doit informer le ou la gestionnaire de SRACEO de son intention de porter la recommandation en appel. Le processus d'appel est possible seulement dans les cas où le comité aurait refusé de recommander un service et non lors d'insatisfaction face au service ou programme recommandé. Le ou la gestionnaire de SRACEO fera en sorte que les membres du Comité se réunissent dans les 14 jours ouvrables (suivant l'avis d'appel) afin d'entendre vos préoccupations. Si les membres de ce Comité ne sont pas en mesure de résoudre le différend et/ou si vous continuez à faire valoir vos objections, le ou la gestionnaire portera votre appel à l'attention du Comité directeur de SRACEO, et ce, dans les 30 jours, dans le but de tenter d'en arriver à une entente qui soit mutuellement satisfaisante. Il est à noter que lors d'appel, le Comité directeur fait une révision du processus administratif suivi et non, une réévaluation des recommandations émises par les membres du Comité ayant révisé initialement les besoins de l'enfant ou jeune.



## Demande d'application en santé mentale

**Veillez noter que, si les documents et consentements ne sont pas signés et initialisés, la présentation sera annulée.**

- Formulaires de consentement (signés et initialisés par le(s) parent(s)/tuteur(s) légal(aux), ou le jeune si âgé de 16 ans)
- Demande d'application de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa(12 pages)
- Évaluation psychologique (lorsqu'il en est possible)
- BCFPI : entrevue téléphonique abrégée pour enfants et familles (si disponible)
- Historique social, travail social (si disponible)

### À TITRE D'INFORMATION SEULEMENT

Une copie du dossier complet doit être envoyée par la poste ou par télécopieur à:

*Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa  
2675 promenade Queensview  
Ottawa (Ontario), K2B 8K2  
(613) 729-0577 poste 1251  
Télécopieur: (613) 288-0426*

P.S. L'organisme/école faisant une demande de services a la responsabilité de présenter le dossier/le cas au *Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa*. Nous encourageons les responsables de la présentation à être accompagné par des gens qui connaissent bien l'enfant/jeune, par exemple : autre organisme, membres de la famille, docteurs, spécialistes, psychiatres, etc



## AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES ET CLINIQUES

**(Le parent ou tuteur doit signer le formulaire de consentement au nom de son enfant âgé de moins de 16 ans. Lorsque possible les enfants âgés entre 12 et 15 ans devraient aussi signer leur formulaire).**

Par la présente, je (nom des parent ou tuteur légal), \_\_\_\_\_ du (adresse), \_\_\_\_\_

consens à la divulgation, à l'examen et à la transmission, aux membres de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa des dossiers identifiés ci-dessous au sujet de :

(Nom et prénom du client), \_\_\_\_\_(ddn. : mm/jj/aaaa), \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

OU

**(Les enfants âgés de 16 ans et plus doivent signer eux-mêmes les formulaires de consentement)**

Je, (nom, prénom, de famille du client/e), \_\_\_\_\_ (ddn. :mm/jj/aaaa), \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

consens à la divulgation, à l'examen et à la transmission, aux membres de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa des dossiers suivant :

**Veillez cocher:**

Dossier scolaire

Dossier clinique compilés par : (veuillez nommer l'organisme, l'institution et/ou l'individu) \_\_\_\_\_

**Information à être divulguée en provenance de dossiers cliniques:**

Dossier médical  Dossiers psychiatriques/psychologiques  Historique Social

Autre information pertinente ou information particulière : (précisez) \_\_\_\_\_

Je comprends que ce consentement a aussi pour objet de recueillir des informations en vue d'une recherche visant à comprendre les facteurs impliquant les services en santé mentale et la clientèle. Les informations obtenues demeureront confidentielles en étant codées et, ainsi, les client(e)s, ne seront pas identifiés par leur nom. Ce consentement permet de divulguer de l'information au sujet d'une clientèle non identifiée par son nom et pourra faire l'objet de recherche sur les services en santé mentale et la clientèle. Les noms des clients et des clientes et/ou des tuteurs et/ou des parents ne seront aucunement associés aux résultats des recherches.

NOTE :

1. Un client ou une cliente âgé(e) de 12 ans et plus, ayant participé à des sessions de counseling avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur, peut avec ou sans ce consentement, consentir à la divulgation, à la transmission ou à l'examen de ses dossiers de counseling.
2. Un client ou une cliente âgé(e) de 16 ans et plus peut avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur consentir à la divulgation, à la transmission ou à l'examen de ses dossiers cliniques.
3. Un client ou une cliente âgé(e) de moins de 16 ans ne peut consentir à des services résidentiels et/ou traitement de jour sans le consentement parental ou celui de son tuteur.
4. Un client ou une cliente peut avec ou sans le consentement parental ou celui de son tuteur consentir à faire partie du programme de jour, seulement s'il a atteint l'âge de 16 ans.

Cette autorisation de divulgation, de transmission ou d'examen des informations décrites ci-haut m'a été pleinement expliquée. Je comprends et je suis en accord avec la divulgation.

\_\_\_\_\_  
Signature du client(e) (si applicable)

\_\_\_\_\_  
Date : (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date : (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date : (jj/mm/aaaa)

Ottawa Children's Coordinated Access & Referral to Services  
Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa



2675 Queensview Drive,  
Ottawa, Ontario K2B 8K2  
Tel.: 613-729-0577 x 251. Fax: 613-288-0426  
[www.coordinatedaccess.ca](http://www.coordinatedaccess.ca)

[info@coordinatedaccess.ca](mailto:info@coordinatedaccess.ca)

2675 promenade Queensview,  
Ottawa, Ontario K2B 8K2  
Tél.: 613-729-0577 x 251. Téléc.: 613-288-0426  
[www.accescoordonne.ca](http://www.accescoordonne.ca)



## AUTORISATION DE PARTICIPATION AU PROCESSUS DE L'ACCÈS COORDONNÉ

**(Le parent ou tuteur doit signer le formulaire de consentement au nom de son enfant âgé de moins de seize ans. Lorsque possible les enfants âgés entre 12 et 15 ans devraient aussi signer leur formulaire).**

Je, (nom, prénom du parent ou tuteur) \_\_\_\_\_,  
consens à recevoir les services de résolution de cas / aiguillage de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa au nom de,

(nom, prénom du client(e), \_\_\_\_ (d.d.n. :mm/jj/aa), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
OU

**(Les enfants âgés de 16 ans et plus doivent signer eux-mêmes les formulaires de consentement) consens à recevoir les services de résolution de cas / aiguillage de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.**

Je, (nom, prénom, de famille du client(e), \_\_\_\_ (d.d.n. : mm/jj/aa), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- ▶ Je suis conscient(e) que les organismes suivants participent à la mise en marche du mécanisme de Services de références et l'Accès coordonné et je consens à leur participation. Veuillez indiquer si vous ne consentez pas à la participation d'une agence spécifique.
- ▶ Je comprends que toute information fournie au Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa sera diffusé auprès de tous les membres du comité à moins d'indication contraire par le client.
- ▶ Je consens à la divulgation de mon historique de service et familiale des agences suivantes dans le cadre de la présentation au Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa. Veuillez indiquer ci-dessous si vous ne consentez pas à ce qu'une agence partage votre historique de service et familiale avec les membres du comité.
- ▶ Je comprends que ce consentement permettra l'élaboration de recommandations relativement à l'admission / aiguillage aux services de santé mentale, traitement de jour et soins résidentiels. Cependant, ces derniers ne sont utilisés qu'en « dernier recours ».

- Centre psychosocial pour enfants et familles d'Ottawa **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Bureau des services à la jeunesse **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Ministère des services sociaux et communautaires **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Conseil des écoles catholiques de langue française du Centre-Est **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Le Transit **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- McHugh **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Services de probation **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Crossroads Children's Centre **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Roberts/Smart Centre **Restrictions** : \_\_\_\_\_
- Services de santé Royal Ottawa **Restrictions** : \_\_\_\_\_

---

Signature du client(e) (si applicable)

Date : (jj/mm/aaaa)

---

Signature du parent/tuteur

Date : (jj/mm/aaaa)

---

Signature du témoin

Date : (jj/mm/aaaa)

Ottawa Children's Coordinated Access & Referral to Services  
Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa



2675 Queensview Drive,  
Ottawa, Ontario K2B 8K2  
Tél.: 613-729-0577 x 251 Fax: 613-288-0426  
[www.coordinatedaccess.ca](http://www.coordinatedaccess.ca)

[info@coordinatedaccess.ca](mailto:info@coordinatedaccess.ca)

2675 promenade Queensview,  
Ottawa, Ontario K2B 8K2  
Tél.: 613-729-0577 x 251 Téléc.: 613-288-0426  
[www.accescoordonne.ca](http://www.accescoordonne.ca)



## MÉCANISME D'ACCÈS COORDONNÉ

- Je suis conscient (e) que si le comité recommande l'implication d'une agence participante au mécanisme de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa, l'agence recevra une copie de la documentation fournie lors de la présentation, ainsi que les recommandations du comité. De plus, si des services de répit sont recommandés, Terrace Youth Residential Services Inc. recevra également une copie de la documentation fournie lors de la présentation, ainsi que les recommandations du comité.
- Je suis conscient (e) qu'une fois mon consentement donné, un dossier est ouvert dans le cadre de la présentation au Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa. Les informations recueillies demeurent la propriété de cet organisme pendant dix ans suivant le dernier contact et seront archivées au Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.
- Je suis conscient (e) que ce dossier demeure confidentiel. Une copie des informations recueillies y sera versée, puis une version électronique sera inscrite dans la base de données confidentielle du Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa.
- J'ai reçu le « Guide de renseignements pour client – parent/tuteur » qui comprend des informations au sujet de mes droits et responsabilités, des risques, bénéfices et processus d'appel relativement au Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.
- J'ai été avisé(e) que j'ai le droit de rejeter les recommandations ou aiguillage vers des services faits par le comité de Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa.
- Je comprends qu'il y a trois circonstances qui obligeraient le Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa à faire rapport de ces informations sans mon consentement. Elles sont les suivantes :
  1. Si l'on avise le comité que quelqu'un prévoit blesser gravement une autre personne.
  2. Selon la loi, si le comité croit qu'un enfant de moins de 16 ans est à risque d'être blessé, il doit en faire rapport à la Société de l'aide à l'enfance.
  3. Si lors d'une cause entendue devant les tribunaux, le juge demande à voir l'information recueillie, Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa doit lui remettre le dossier afin qu'il décide si celle-ci est pertinente dans le cadre du procès.

**Je consens à être contacté par Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa en vue de donner mon opinion au sujet du niveau de satisfaction avec le processus et les services reçus. (S.V.P. remplir l'information qui suit.)**

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**J'ai lu le document et je suis d'accord avec son contenu. Je comprends l'information fournie et je connais mes droits et responsabilités.**

\_\_\_\_\_  
Signature du client(e) (si applicable)

\_\_\_\_\_  
Date : (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date : (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date : (jj/mm/aaaa)

## DEMANDE D'APPLICATION

<b>Organisme fournissant l'information</b>			
<b>Responsables de la présentation</b>			
<b>Nom</b>	<b>Rôle</b>	<b>Courriel</b>	<b>Téléphone</b>
			( ) -
			( ) -
			( ) -
<b>Service demandé</b>			

<b>Nom de l'enfant</b>			
<b>Sexe</b>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
<b>Date de naissance (m/j/a)</b>		<b>Âge :</b>	
<b>École de l'enfant</b>		<b>Niveau scolaire :</b>	
<b>Tuteur (trice) légal (e)</b>			
<b>Nom et prénom du parent</b>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
<b>Adresse</b>			
<b>Téléphone</b>	<b>Domicile</b>	( ) -	
	<b>Bureau</b>	( ) -	
<b>Nom et prénom du parent</b>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
<b>Adresse</b>			
<b>Téléphone</b>	<b>Domicile</b>	( ) -	
	<b>Bureau</b>	( ) -	
<b>Langue maternelle</b>	Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Spécifiez :		
<b>Frères et soeurs</b>	<b>Nom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>École</b>

<b>Problèmes de santé</b>			
<b>Médecin de famille</b>	<b>Nom</b>		
	<b>Téléphone</b>	( ) -	
<b>Spécialiste (s)</b>	<b>Nom</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Téléphone</b>
			( ) -
			( ) -
			( ) -
			( ) -
<b>Médicaments</b>			

## **INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE**

### **GARDE PARENTALE ACTUELLE**

- Garde parentale
- Garde parentale partagée
- Garde parentale (parent seul); identifiez le parent : \_\_\_\_\_
- Société de l'aide à l'enfance – pupille de la Couronne
- Société de l'aide à l'enfance – pupille de la Société ou en tutelle temporaire
- Société de l'aide à l'enfance – entente relative à des soins temporaires
- Autonome
- Parenté
- Autre; précisez : \_\_\_\_\_

### **MILIEU DE VIE ACTUEL**

- Famille     Naturelle     Élargie     Adoptive
- Famille d'accueil
- Habite chez un/une ami(e)
- Foyer de groupe (maison de traitement sans soins médicaux)
- Sans abri, refuge
- Hôpital (centre de traitement avec soins médicaux)
- Autonome
- Actuellement en détention
- Autre

### **STRUCTURE FAMILIALE**

- Parent seul                       Homme     Femme
- Deux parents
- Autonome
- Je ne sais pas
- Autre

Nombre de personnes vivant dans la résidence principale de la famille [incluant le(la) client(e)] :  
\_\_\_\_\_ Nombre                       Inconnu

### **SEUIL DE REVENU**

**(L'information fournie nous permettra de mieux desservir et de répondre aux besoins des divers groupes socioéconomiques).**

La famille de la personne vit-elle dans un logement subventionné?

- Oui             Non             Inconnu

Quel a été votre revenu familial total l'année dernière?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$9,999       | <input type="checkbox"/> \$10,000-\$14,999 | <input type="checkbox"/> \$15,000-\$19,999 |
| <input type="checkbox"/> \$20,000-\$29,999 | <input type="checkbox"/> \$30,000-\$39,999 | <input type="checkbox"/> \$40,000-\$49,999 |
| <input type="checkbox"/> \$50,000-\$59,999 | <input type="checkbox"/> plus que \$60,000 |  |

**Source de revenu:**

- Travail à temps plein
- Travail à temps partiel ou occasionnel
- Faible revenu
- Pension d'invalidité de l'Ontario
- Compensation - bien être social
- Bourse d'études
- Assurance chômage
- Contrat ou saisonnier
- Aide financière (Ontario au Travail)
- Autre : \_\_\_\_\_

**APPARTENANCE CULTURELLE:**

**(L'information fournie nous permettra de mieux desservir et de répondre aux besoins des divers groupes ethnoculturels).**

- Noir (Afrique, Canada, Etats-Unis, Antilles, etc.)
- Sud asiatique (Bangladesh, Inde, Pakistan, Sri Lanka, etc.)
- Asiatique (Chine, Fiji, Japon, Corée, Polynésie, etc.)
- Moyen-orientale (Arabie, Arménie, Égypte, Iran, Afrique du Nord, etc.)
- Latino-américaine ou latine (Amérique latine, Espagne, Portugal, etc.)
- Caucasien (Blanc d'origine européenne)
- Autochtone (Amérindien nord-américain, Inuit, Métis)
- Autre (Autochtone australien ou latino-américain)
- Inconnu

**LIEU DE NAISSANCE:**

- Canada
- Autre pays (nombre d'années au Canada) \_\_\_\_\_
- Statut de réfugié

**HISTORIQUE DE JEUNE CONTREVENANT :**

- Non applicable
- Aucun historique de jeune contrevenant, pas de statut actuel de contrevenant – charges en cours
- Statut antérieur de jeune contrevenant
- Statut récent de jeune contrevenant
- Inconnu

**DISPOSITIONS ANTÉRIEURES ET ACTUELLES :**

- Services YOA
- Mesures alternatives
- Probation
- Garde ouverte
- Garde fermée

**STATUT SCOLAIRE :**

La personne fréquente-t-elle actuellement l'école dans le cadre d'un placement?

- Oui, placement en classe régulière
- Oui, placement en classe adaptée ; précisez : \_\_\_\_\_
- Oui, placement en traitement de jour
- Oui, autre
- Non ; précisez : \_\_\_\_\_
- Inconnu

La personne fréquente-t-elle actuellement l'école?

- Oui
- Non, procédure de renvoie
- Non
- Non, suspension
- Inconnu
- Liste d'attente pour : \_\_\_\_\_

**PRINCIPAUX PROBLÈMES PRÉSENTEMENT MANIFESTÉS :** (Cocher toutes les réponses appropriées)

<p><b>Problèmes scolaires et troubles d'apprentissage</b></p> <input type="checkbox"/> École buissonnière <input type="checkbox"/> Phobie scolaire <input type="checkbox"/> Sous rendement scolaire <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage général <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage spécifique	<p><b>Victime/témoign d'agression</b></p> <input type="checkbox"/> Abus sexuel <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Violence affective <input type="checkbox"/> Abus rapporté à : _____ par : _____ <input type="checkbox"/> Intimidation/taxage																																							
<p><b>Comportements perturbateurs</b></p> <input type="checkbox"/> Hostilité avec agressivité <input type="checkbox"/> Hostilité sans agressivité <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Pyromanie <input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Vandalisme <input type="checkbox"/> Actes à caractère sexuel <input type="checkbox"/> Abus de substances intoxicantes <input type="checkbox"/> Défi de l'autorité <input type="checkbox"/> Problèmes avec le contrôle de soi <input type="checkbox"/> Intimidation	<p><b>Diagnostiques psychiatriques: (choisir seulement ceux diagnostiqués par un professionnel qualifié et identifier le professionnel ayant posé le diagnostique)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Par qui?</th> <th>Quand?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trouble de l'attention</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trouble de l'attention avec hyperactivité</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Désordre de communication</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dépression</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anxiété</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> T.O.C. Trouble obsessionnel compulsif</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bipolarité</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Syndrome Gilles de la Tourette</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Désordre de conduite</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trouble d'opposition</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autisme; spécifiez: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre; spécifiez: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Par qui?	Quand?	<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention			<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention avec hyperactivité			<input type="checkbox"/> Désordre de communication			<input type="checkbox"/> Dépression			<input type="checkbox"/> Anxiété			<input type="checkbox"/> T.O.C. Trouble obsessionnel compulsif			<input type="checkbox"/> Bipolarité			<input type="checkbox"/> Syndrome Gilles de la Tourette			<input type="checkbox"/> Désordre de conduite			<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition			<input type="checkbox"/> Autisme; spécifiez: _____			<input type="checkbox"/> Autre; spécifiez: _____		
	Par qui?	Quand?																																						
<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention																																								
<input type="checkbox"/> Trouble de l'attention avec hyperactivité																																								
<input type="checkbox"/> Désordre de communication																																								
<input type="checkbox"/> Dépression																																								
<input type="checkbox"/> Anxiété																																								
<input type="checkbox"/> T.O.C. Trouble obsessionnel compulsif																																								
<input type="checkbox"/> Bipolarité																																								
<input type="checkbox"/> Syndrome Gilles de la Tourette																																								
<input type="checkbox"/> Désordre de conduite																																								
<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition																																								
<input type="checkbox"/> Autisme; spécifiez: _____																																								
<input type="checkbox"/> Autre; spécifiez: _____																																								
<p><b>Troubles intellectuels/d'adaptation/fonctionnel</b></p> <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Manque d'autonomie fonctionnelle <input type="checkbox"/> Retard de développement	<p><b>Problèmes de socialisation</b></p> <input type="checkbox"/> Peu d'amis parmi ses pairs <input type="checkbox"/> Peu de relations avec les adultes <input type="checkbox"/> Isolement social																																							
<p><b>Problèmes familiaux</b></p> <input type="checkbox"/> Manque de soutien à la famille pour fournir soins <input type="checkbox"/> Conflit/détresse familiale <input type="checkbox"/> Conflit parent/enfant <input type="checkbox"/> Séparation de la famille <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Problématiques de santé physique ou mentale <input type="checkbox"/> Autre ; spécifiez : _____	<p><b>Troubles physiques/sensoriels</b></p> <input type="checkbox"/> Dommage cérébral et/ou neurologique sévère <input type="checkbox"/> Trouble de sommeil <input type="checkbox"/> Énurésie <input type="checkbox"/> Encoprésie <input type="checkbox"/> Déficience ou trouble sensoriel <input type="checkbox"/> Trouble psychophysiologique <input type="checkbox"/> Handicap physique																																							
<p><b>Troubles de la pensée, de la perception et de l'humeur</b></p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perturbation du processus de la pensée</td> <td><input type="checkbox"/> Dépression</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Troubles anxieux</td> <td><input type="checkbox"/> Pensées suicidaires</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Excitation continuelle</td> <td><input type="checkbox"/> Comportements suicidaires</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Changements brusques d'humeur</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Perturbation du processus de la pensée	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Troubles anxieux	<input type="checkbox"/> Pensées suicidaires	<input type="checkbox"/> Excitation continuelle	<input type="checkbox"/> Comportements suicidaires	<input type="checkbox"/> Changements brusques d'humeur																																
<input type="checkbox"/> Perturbation du processus de la pensée	<input type="checkbox"/> Dépression																																							
<input type="checkbox"/> Troubles anxieux	<input type="checkbox"/> Pensées suicidaires																																							
<input type="checkbox"/> Excitation continuelle	<input type="checkbox"/> Comportements suicidaires																																							
<input type="checkbox"/> Changements brusques d'humeur																																								

**SERVICES RECUS** (Choisir ceux qui s'appliquent seulement. Veuillez indiquer le résultat des services dans le sommaire de la page 12) :

Organismes	Programmes	Actuel	Antérieur	Date	Complété (O/N)
Société de l'aide à l'enfance	Foyer de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Foyer d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Foyer modèle parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Roberts/Smart Centre	Intervention d'urgence	N/A	<input type="checkbox"/>		
	Traitement en milieu fermé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	(Santé mentale) CFI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	YOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Bureau des services à la jeunesse	Services pour jeunes contrevenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Counselling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Services intensifs (MST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Programmes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Équipe mobile de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Wraparound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Unité résidentielle de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	SFI (Groupe de parentage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Services de santé Royal Ottawa	Cottages résidentiels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Services internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Services externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario	Soins internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Soins externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Crossroads Children's Centre	Services résidentiels	N/A	<input type="checkbox"/>		
	Répit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Services intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Home Based	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Under 6 Program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Services en toxicomanie	Centre David Smith	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Rideau Wood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Maison Fraternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sandy Hill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Centre psychosocial pour enfants et familles d'Ottawa	Services intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Traitement de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Services résidentiels	N/A	<input type="checkbox"/>		
	Services de santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autre (spécifiez):				
Autre (spécifiez):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**DÉCRIVEZ LES FORCES DE L'ENFANT/JEUNE**

**DÉCRIVEZ LES BESOINS DE L'ENFANT/JEUNE/FAMILLE**

**SOMMAIRE:**

SVP compléter un sommaire de l'enfant/jeune/famille étant présenté. **Veillez noter que le sommaire vous servira également lors de la présentation devant le comité.**

**Un sommaire complet inclus les éléments suivants :**

1. Bref historique familial et historique des services
2. Évènements significatifs tel qu'identifiés par la famille et le travailleur
3. Interventions antérieures et résultats
4. Service demandé au Services de références et l'Accès coordonné pour enfants d'Ottawa

--

\_\_\_\_\_  
(Signature du travailleur)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
(Signature du client)

\_\_\_\_\_  
Date