
CADRE PROVINCIAL DE PLANIFICATION DE LA TRANSITION

PLANIFICATION DE LA TRANSITION DES JEUNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Le Cadre provincial de planification pour la transition des MSEJ/MSSC constitue une première étape pour l'amélioration de la planification de la transition pour les jeunes ayant une déficience intellectuelle. Il s'agit d'un outil de planification que les bureaux régionaux du MSEJ et du MSSC utiliseront pour élaborer des protocoles régionaux avec les intervenants communautaires. Les protocoles identifieront les organismes communautaires qui collaboreront pour offrir un soutien aux jeunes ayant une déficience intellectuelle lors de l'élaboration de leur plan de transition vers la vie adulte. Le cadre peut faire l'objet de révisions à l'avenir en fonction de la rétroaction et du vécu de la jeune personne dans la collectivité.

CADRE PROVINCIAL DE PLANIFICATION DE LA TRANSITION

PLANIFICATION DE LA TRANSITION DES JEUNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

PRÉFACE

Le ministère des Services sociaux et communautaires et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse travaillent en collaboration afin d'améliorer la planification de la transition des jeunes ayant une déficience intellectuelle.

À cette fin, les ministères ont adopté un Cadre pour l'élaboration de protocoles régionaux qui officialisent les responsabilités en matière de planification de la transition entre les ministères, les fournisseurs de services et d'autres entités de la collectivité. Le Cadre a pour objectif de faire en sorte que la planification de la transition soit assurée pour les jeunes ayant une déficience intellectuelle et que la planification commence tôt.

Les ministères partagent la vision que le soutien à la planification de la transition permet d'assurer aux jeunes un transfert en douceur vers les services aux adultes et de vivre une bonne expérience de transition.

Les détails du projet de mise en œuvre des orientations du Cadre sont décrits dans un document complémentaire intitulé **Instructions relatives à la mise en œuvre**. Les instructions énoncent la marche à suivre, étape par étape, pour réaliser les objectifs du Cadre en mettant l'accent sur les mesures à prendre en 2011.

INTRODUCTION

La planification de la transition des jeunes ayant une déficience intellectuelle peut être compliquée et complexe. Dans le rapport de la consultation sur la transformation, publié en 2006, les familles et les particuliers ont décrit l'absence de planification et de soutien inadéquat à la transition comme « un des plus importants problèmes à discuter »¹.

Le Cadre propose une approche plus systématique, concertée et transparente concernant le soutien des jeunes ayant une déficience intellectuelle qui préparent leur transition vers l'âge adulte, ce qui peut nécessiter la prestation de services et de soutiens par le système des services aux adultes ayant une déficience intellectuelle. Les objectifs du Cadre visant à favoriser une planification efficace et une transition en douceur s'appuient sur les orientations stratégiques suivantes :

- chaque jeune ayant une déficience intellectuelle qui demande ou qui demandera des services aux adultes ayant une déficience intellectuelle lorsqu'il atteindra l'âge de 18 ans² bénéficiera d'un plan de transition individualisé fondé sur une évaluation de ses besoins, les critères d'admissibilité et les ressources disponibles, et en fonction des intérêts, des préférences et des priorités du jeune.

¹ Novembre 2006, Rapport sommaire – Consultation sur la réorganisation du soutien aux personnes ayant une déficience intellectuelle en Ontario (préparé pour le ministère des Services sociaux et communautaires)

² La plupart des jeunes quittent les services subventionnés par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans.

- La planification du passage du jeune des services aux enfants vers les services aux adultes commencera tôt. La préparation d'un jeune à sa transition vers l'âge adulte devrait commencer à l'âge de 14 ans (sinon plus tôt). La planification devrait commencer pour de bon lorsque le jeune atteint l'âge de 16 ans, y compris la préparation de la demande de services aux adultes ayant une déficience intellectuelle, le cas échéant.

CONTEXTE

La *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle* prévoit le processus qu'une personne devra suivre, une fois que l'entrée en vigueur de ces dispositions de la Loi aura été proclamée, pour demander des services et des soutiens pour adultes ayant une déficience intellectuelle. Même si la Loi précise que les services et les soutiens doivent être fournis en fonction des besoins, elle stipule également que la prestation des services et des soutiens est faite sous réserve des ressources disponibles en vertu de la Loi. La Loi fait également mention de listes d'attente pour les services et les soutiens et, par conséquent, ne garantit pas la disponibilité des services.

BUT DU CADRE

Le Cadre vise à guider les protocoles de planification de la transition partout dans la province. Il énonce les attentes concernant les protocoles régionaux qui définissent clairement les processus de planification et la répartition des responsabilités en matière d'élaboration et de mise en œuvre des plans de transition individualisés.

- Le bureau régional de chaque ministère³ dirigera un processus de collaboration communautaire visant l'élaboration de protocoles de planification de la transition.
- Les protocoles régionaux établiront des processus transparents et uniformes pour préparer les jeunes à quitter les services aux enfants, examiner les services aux adultes qui sont offerts et, le cas échéant, présenter une demande de services et de soutiens pour adultes ayant une déficience intellectuelle.
- Les gens sauront qui est chargé de diriger et d'appuyer la planification de la transition dans leur collectivité. Les protocoles décriront clairement les responsabilités et le leadership attendu des organismes et des fournisseurs de services à la fois dans les secteurs des services aux enfants et des services aux adultes, ainsi que les contributions d'autres entités en matière de soutien à la planification individuelle de la transition.
- Les protocoles régionaux engloberont tous les secteurs appropriés des services de santé et des services communautaires.
- Les protocoles régionaux seront accessibles et disponibles au public. Les mères, les pères, les tuteurs et tuteurs, et les autres personnes intéressées, seront en mesure d'accéder facilement aux renseignements sur les processus de planification de la transition.

³ Les bureaux régionaux du ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

PRINCIPAUX OBJECTIFS

Les jeunes et leur famille

- Les jeunes et leur famille auront un meilleur accès à l'information sur la gamme complète de service et de soutiens, y compris les autres services et soutiens communautaires et de santé et les possibilités en matière de logement, une meilleure planification de la continuité des services lors de la transition et un contrôle accru sur les décisions qui touchent le jeune et sa famille.
- Tout jeune ayant une déficience intellectuelle qui peut demander des services pour adultes comprendra comment présenter une demande de services et soutiens aux adultes.
- L'expérience de la transition des jeunes et de leur famille sera améliorée grâce à un processus de planification de la transition clair et transparent qui tient compte de l'évolution des besoins des jeunes et les aide à faire la transition vers les systèmes appropriés de soutien des adultes et de participation communautaire.
- Tout jeune ayant une déficience intellectuelle aura un plan de transition qui documentera ses objectifs de transition, les soutiens dont il a besoin et le processus par lequel la transition sera réalisée.
- Le but d'un protocole régional est d'identifier, pour les mères, les pères, les tuteurs et les tuteuses et les jeunes ayant une déficience intellectuelle, les personnes chargées de diriger et d'appuyer la planification de la transition dans leur collectivité (par exemple, les fournisseurs de services à l'enfance devront identifier les clients qui sont à l'âge de la transition et engager le processus de planification en leur nom). Les protocoles n'exigeront pas que le processus de planification de la transition soit engagé par la mère, le père, la tuteurice ou le tuteur au nom de l'enfant. Toutefois, le protocole doit donner aux jeunes et à leur mère, père, tuteurice ou tuteur, ou d'autres personnes importantes pour le jeune, la possibilité de participer activement et de contribuer à la planification de la transition.

Les organismes de prestation de services et la collectivité

- Les bureaux régionaux des ministères travailleront avec leurs collectivités afin d'inviter les jeunes et les adultes ayant une déficience intellectuelle, leur famille, les intervenants, les organismes de prestation de services aux enfants et aux adultes et les autres entités communautaires à établir des protocoles uniformes et transparents pour appuyer la planification de la transition.
- Les protocoles de planification de la transition intégreront les meilleures pratiques visant à assurer la réussite de la transition, y compris le début de la planification assez tôt et la participation du jeune et des membres de sa famille, ou de sa tuteurice ou tuteur, à la planification.

RÔLES DU GOUVERNEMENT ET DE LA « COLLECTIVITÉ »

Rôle du ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) collaborent à l'amélioration de la planification de la transition des jeunes ayant une déficience intellectuelle.

En partenariat, les ministères :

- assurent l'orientation générale des politiques et l'élaboration d'outils visant à appuyer la mise en œuvre du Cadre et à surveiller les progrès concernant la réalisation des objectifs;
- partagent les fonctions de supervision afin de s'assurer que les mesures et les activités nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des protocoles sont réalisées;
- élaborent des politiques et des stratégies de planification des ressources (p. ex., les meilleures pratiques en matière d'élaboration des politiques et de planification des ressources) afin de favoriser la réussite de la planification de la transition;
- travaillent et collaborent avec d'autres ministères dans le cadre d'approches interministérielles systémiques pour appuyer la transition des jeunes ayant une déficience intellectuelle qui auront besoin d'un logement pour adulte, de services de santé, de services et soutiens communautaires ainsi que d'une formation scolaire et professionnelle.

Les ministères ne participent pas aux activités visant à déterminer l'admissibilité des personnes aux services pour adultes ni n'approuvent ou orientent la nature et la quantité des services qui peuvent être fournis à une personne. Les ministères n'offrent aucune activité de gestion de cas et ne participent à aucune activité de ce genre.

Rôle des fournisseurs de services, des organismes de prestation de services et des « entités d'examen des demandes » (concernant les services aux adultes ayant une déficience intellectuelle)

- Les organismes de prestation de services aux enfants participeront et contribueront à la planification de la transition au nom des jeunes ayant une déficience intellectuelle qui reçoivent des services de ces organismes.
- Les représentantes et représentants du système des services aux adultes ayant une déficience intellectuelle participeront et contribueront à la planification de la transition.
- Les organismes de prestation de services aux adultes pourraient être invités à fournir des renseignements au sujet de leurs services.
- Les attentes et les responsabilités des organismes de prestation de services en matière de planification de la transition concernant l'élaboration des plans de transition seront définies par les protocoles régionaux et énoncées dans les futures ententes de services.

- Les organismes de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle qui sont désignés en vertu de la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle* offriront un point de contact unique pour les personnes qui souhaitent se renseigner sur les services et soutiens pour adultes ayant une déficience intellectuelle et il s'agira du point d'accès aux services et aux soutiens à l'intention des adultes ayant une déficience intellectuelle en Ontario.
- Les organismes désignés de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle seront opérationnels le 1^{er} juillet 2011⁴.
- L'organisme de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle fournira, sur demande, à l'équipe de planification de la transition des renseignements sur les services et les soutiens qui peuvent être fournis par les organismes communautaires de son territoire.
- L'organisme de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle fournira, sur demande, à l'équipe de planification de la transition des renseignements sur les critères d'admissibilité et le processus de demande de services et de soutiens. La demande de services et de soutiens à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle recueillera des renseignements sur ce qui suit : objectifs personnels de la personne, ses réussites, rêves, souhaits, préférences et besoins, soutiens en place au moment considéré, comme des membres d'un cercle de soutien et des services de soutien, renseignements particuliers sur le style de communication et les besoins en communication de la personne, besoins en services médicaux spécialisés et en équipement spécialisé, et autres données de base.
- Les organismes de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle évalueront les soutiens requis par les personnes admissibles et qui souhaitent faire une demande de services et de soutiens à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle. L'Échelle d'intensité de soutien (SIS-F) est un outil d'évaluation standardisé qui mesure le type et l'intensité des soutiens nécessaires aux adultes ayant une déficience intellectuelle, il est publié par l'American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Il évalue le type et l'intensité des soutiens nécessaires dans six domaines d'activités de la vie, en matière de protection et de défense des droits, ainsi que les besoins de soutien médical et comportemental. De plus, le SIS-F évalue directement les besoins en soutien en demandant le type de fréquence et d'intensité, de soutiens dont la personne aurait besoin pour participer à diverses activités de la vie en tant qu'adulte typique d'une collectivité.

en travaillant avec les jeunes et les équipes de planification de la transition afin de se concentrer sur les besoins émergents et les aspirations des jeunes adultes

⁴ Pour obtenir des renseignements sur les organismes de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, veuillez communiquer avec votre bureau régional.

**PLANIFICATION DE LA TRANSITION DES JEUNES
AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

DIRECTIVES

Favoriser la réussite de la planification de la transition vers les services aux adultes ayant une déficience intellectuelle

Élaboration des plans de transition individualisés

- Tout jeune ayant une déficience intellectuelle aura un plan de transition écrit. Un objectif du plan est d'aider le jeune à se préparer à l'âge adulte et de planifier les services aux adultes d'une manière qui favorise l'inclusion sociale, une plus grande autonomie et une vie aussi indépendante que possible.
- La planification commencera à l'âge de 14 ou plus tôt afin de fournir aux jeunes les renseignements et le soutien dont ils ont besoin pour se préparer à la transition éventuelle des fournisseurs de soins aux enfants vers les soutiens communautaires aux adultes et à acquérir les compétences dont ils auront besoin pour fonctionner comme un adulte. Les préparatifs accélérés visant à obtenir les documents nécessaires pour confirmer l'admissibilité aux services et soutiens pour adultes ayant une déficience intellectuelle débiteront une fois que le jeune aura atteint l'âge de 16 ans.
- Le plan de transition déterminera les tâches qui doivent être accomplies, les renseignements qui doivent être fournis et les personnes qui seront chargées de chaque aspect de la planification. Le plan sera révisé et mis à jour au moins une fois par année.
- Le jeune, sa mère, son père, sa tutrice ou son tuteur, et les personnes identifiées par le jeune seront invités à participer et à contribuer à l'élaboration du plan de transition.

Plan de transition

- Aux fins du protocole, le plan de transition est un plan écrit qui aide le jeune à se préparer à l'âge adulte et à la transition des services aux enfants vers les soutiens communautaires aux adultes d'une manière réfléchie et coordonnée.
- Le plan est un outil évolutif et individualisé. Le plan déterminera les possibilités d'accroître progressivement l'autonomie du jeune et sa capacité à fonctionner dans les milieux pour adultes et il préparera la mère, le père, la tutrice ou le tuteur ainsi que les autres membres de la famille à s'adapter à ces changements. Le plan peut prendre en compte et envisager tous les domaines dans lesquels des changements peuvent survenir, y compris, entre autres, le soutien du revenu, l'inclusion communautaire, les services aux adultes, les modalités de vie, la formation pour adultes, l'emploi avec soutien ou l'expérience de travail dans le domaine du bénévolat.
- Le plan du jeune qui peut demander des services et des soutiens pour adultes ayant une déficience intellectuelle lorsqu'il atteint l'âge de 18 ans prévoira la préparation d'une demande de services et de soutiens à l'intention des adultes ayant une déficience intellectuelle.
- Le processus de demande de services et de soutiens à l'intention des adultes ayant une déficience intellectuelle est énoncé par la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle* et les critères d'admissibilité sont établis dans la Loi et ses règlements.

Protocoles régionaux de planification

- Le bureau régional de chaque ministère dirigera l'élaboration d'un protocole MSSC-MSEJ de planification de la transition pour son territoire, en s'appuyant sur le Cadre.
- Les protocoles régionaux seront élaborés à l'aide d'un processus de collaboration et de consultation. Les participantes et participants invités comprendront, entre autres, les jeunes handicapés, les mères, les pères, les tuteurs et les tutrices, les autres membres de la famille, les fournisseurs de services aux enfants, y compris les centres de traitement pour enfants, les sociétés d'aide à l'enfance locales, les organismes de santé mentale pour enfants, et les représentantes et représentants du système des services aux adultes ayant une déficience intellectuelle. En outre, des activités de mobilisation seront réalisées auprès d'autres organismes communautaires et particuliers intéressés, y compris les associations représentant les entreprises et les employeurs locaux qui pourraient être intéressés à former et à embaucher des personnes ayant une déficience intellectuelle.
- Les versions définitives des protocoles préciseront les mécanismes locaux de planification et les attentes à l'égard des fournisseurs de services et des autres entités ou personnes chargées d'élaborer des plans de transition individualisés ou d'y contribuer.
- Les exigences relatives à la participation et à la contribution des organismes de prestation de services à la planification de la transition au nom de leurs clients, conformément au protocole régional, seront énoncées dans une entente de service avec le ministère.
- Les protocoles locaux seront mis à jour afin d'intégrer les futures directives concernant le programme et les politiques ainsi que les outils de planification ou d'évaluation des services délivrés ou autorisés par le ministère des Services sociaux et communautaires, y compris l'Échelle d'intensité de soutien et la demande de services et de soutiens à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle.
- Une fois terminés, les protocoles seront accessibles au public, dans des formats qui sont accessibles et faciles à comprendre par les mères, les pères, les tuteurs et tutrices des jeunes ayant une déficience intellectuelle.

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes énoncés ci-dessous visent à favoriser et à appuyer l'adoption progressive des meilleures pratiques en matière de planification de la transition.

Planification⁵

La planification de la transition est un processus dynamique et continu, pouvant tenir compte des changements dans les préférences, les situations et les circonstances personnelles.

Le processus de planification tient compte de tous les scénarios de services disponibles et imaginables.

Il y a une souplesse suffisante pour adapter les plans afin de répondre aux changements dans la situation ou les circonstances de la personne ou de ses besoins et ses priorités.

La planification de la transition commence tôt et se poursuit jusqu'à ce qu'elle soit terminée (ce qui, pour certains jeunes, peut aller au-delà de 18 ans).

La planification de la transition est importante parce qu'elle est un moyen de centrer la planification sur les besoins du jeune adulte et de l'informer des choix concernant les services aux adultes et les mécanismes de présentation d'une demande.

Définition des responsabilités

Les responsabilités de toutes les parties concernant l'élaboration et la mise en œuvre des plans de transition individualisés sont clairement et explicitement définies et les populations visées sont clairement précisées.

Les mécanismes de planification de la transition et les progrès sont documentés pour chaque personne, et les organismes et les particuliers concernés entretiennent des communications régulières durant la période de transition.

Le processus de planification se déroule dans le respect de l'autonomie du jeune et de ses droits en matière de protection de la vie privée et de confidentialité, de ses capacités et de son consentement.

⁵ Dans le système des services aux adultes ayant une déficience intellectuelle, la disponibilité des services pour une personne admissible aux services aux adultes ayant une déficience intellectuelle dépend de la disponibilité des ressources.

Axé sur la personne

La personne participe au processus de planification et, dans la mesure du possible, les décisions concernant ses soins et ses services sont prises en fonction de ses besoins, préférences, intérêts et atouts.

Un objectif de la planification de la transition consiste à appuyer le jeune de façon à l'aider à vivre dans la collectivité, à maintenir et à renforcer les liens avec ses parents, ses frères et sœurs et sa parenté, les familles d'accueil et les autres personnes qui sont importantes pour lui, ainsi que les liens avec sa collectivité, sa culture et sa religion.

Le processus de planification donne la possibilité à la personne de faire des choix visant à favoriser son autodétermination et son autonomie sociale.

Les renseignements sur les services et les soutiens, et les autres programmes et services sociaux et de santé, sont facilement disponibles et fournis dans des endroits et des formats accessibles.

La planification de la transition est réalisée avec la participation des personnes qui sont importantes pour le jeune, selon ce qu'il a déterminé.

Des dispositions transitoires sont mises en œuvre à un rythme qui tient compte des besoins et des préférences du jeune et d'une manière qui favorise et préserve la cohérence et la qualité des services.

Les décisions relatives aux services tiennent compte des mesures qui perturbent le moins possible le jeune.

Collaboration

L'échange de renseignements et les communications entre les organismes de prestation de services et les ministères font partie intégrante de l'élaboration d'un plan de services cohérent visant à appuyer la transition⁶, sous réserve de toute exigence ou restriction juridique.

⁶ Les renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé, sont communiqués avec le consentement du jeune ou de sa tutrice ou son tuteur ou de sa décideuse ou son décideur au nom d'autrui.

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE

Protocoles régionaux

Chaque bureau régional élaborera un protocole MSSC-MSEJ de planification de la transition en collaboration avec ses collectivités, y compris les organismes communautaires, les jeunes et leur mère, père, tutrice ou tuteur, ainsi que les autres organismes et particuliers intéressés.

Hypothèses de conception

Les aspects les plus importants et permanents de la planification devraient être énoncés dans le protocole. Le protocole décrira le processus de planification de la transition et définira clairement les rôles et les responsabilités des organismes de prestation de services et des autres entités communautaires qui participeront au processus de planification de la transition.

Âge au moment de la transition

Le protocole s'applique aux jeunes qui, en raison d'une déficience intellectuelle⁷ et possiblement d'autres problèmes médicaux ou psychologiques, reçoivent des services pour enfants et préparent leur transition vers l'âge adulte. La préparation d'un jeune à sa transition vers l'âge adulte et la planification de son départ des services aux enfants devrait commencer à l'âge de 14 ans et s'accélérer lorsqu'il atteint l'âge de 16 ans.

Principaux éléments du protocole

Les directives présentées dans les pages qui suivent comportent des éléments de conception et des pratiques exemplaires qui visent à assurer une meilleure planification de la transition et la réussite des plans de transition.

⁷ La définition de « déficience intellectuelle » énoncée dans la *Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle* entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2011.

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE	
Résultats	Définitions
1. IDENTIFIER LE JEUNE QUI FERA L'OBJET D'UNE TRANSITION	
<p>Les jeunes qui atteignent l'âge de la transition sont identifiés en temps opportun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier le jeune qui fera l'objet d'une transition. Préciser les entités (organisme de prestation de services à l'enfance ou toute autre entité) chargées d'identifier les jeunes à l'âge de 14 ans qui sont susceptibles de demander des services pour adultes. Par exemple, lorsqu'un jeune reçoit des services financés par le MSEJ, il incomberait au fournisseur de services d'engager la planification (conformément au protocole et à l'entente de service). • Attribuer les responsabilités afin de mettre en place les modalités de planification de la transition au nom du jeune. • Indiquer l'entité ou la personne qui recevra cette information et y donnera suite (c'est-à-dire qui a un rôle de premier plan dans la mise sur pied de l'équipe de planification de la transition) et les mesures attendues. • Une personne ayant une déficience intellectuelle n'est pas tenue de recevoir un service pour enfants financé par le MSSC ou le MSEJ pour recevoir une aide à la planification. Le jeune peut dire qu'il a besoin d'un plan ou qu'il souhaite en avoir un. D'autres personnes peuvent identifier un jeune qui pourrait bénéficier de la planification de la transition (mère, père, tutrice ou tuteur, parents adoptifs, enseignante ou enseignant, travailleuse sociale ou travailleur social, chargé(e) de cas, fournisseur de soins de santé, etc.).
2. METTRE SUR PIED L'ÉQUIPE DE PLANIFICATION DE LA TRANSITION	
<p>Les plans de transition individualisés précisent qui est chargé des tâches particulières.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser les attentes relatives à la mise sur pied d'une « équipe » de transition dont les membres participeront et contribueront au plan de transition plan. • Fournir des conseils au sujet de la composition de l'équipe (p. ex., les fournisseurs de services qui participent à la prestation des services et des soutiens au jeune, sa mère, son père, sa tutrice ou son tuteur, y compris la société d'aide à l'enfance, lorsqu'un jeune a été pris en charge par cet organisme, ainsi que d'autres personnes qui sont importantes pour le jeune, le personnel scolaire, des experts dans le domaine de l'évaluation spécialisée, des pairs mentors). • Préciser les membres de l'équipe de planification et leur obligation de donner l'occasion au jeune, à sa mère, son père, sa tutrice ou son tuteur⁸, et à toute autre personne qui est importante pour le jeune, de participer et de contribuer au processus de planification.

⁸ Aux fins du présent document, l'expression « tutrice ou tuteur » inclut la société d'aide à l'enfance, lorsqu'un jeune a été pris en charge par cet organisme.

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE

<i>Résultats</i>	<i>Définitions</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • La taille et la composition de l'équipe peuvent varier selon les circonstances et les préférences d'une personne et de la complexité de ses besoins en matière de services et de soutiens. On s'attend principalement à ce que des personnes ayant les connaissances et l'expertise nécessaires pour élaborer un plan de transition approprié et sécuritaire participent à la planification. Cela peut inclure d'autres disciplines professionnelles ou fournisseurs de services lorsque l'état ou les circonstances d'une personne l'exigent. • Identifier une personne qui aidera le jeune et sa mère, son père, sa tutrice ou son tuteur au cours du processus de planification de la transition. Une seule personne devrait agir comme « navigatrice ou navigateur » ou « coordonnatrice ou coordonnateur » au nom du jeune afin de faciliter l'échange de renseignements. Préciser les attentes liées à la sélection ou à l'identification de la personne qui dirigera ou coordonnera le processus de planification. • Préciser les attentes liées à l'attribution des responsabilités pour la coordination, la planification et la gestion des réunions, la consignation des décisions, la sauvegarde des documents de transition (p. ex., les évaluations, les dossiers relatifs aux soutiens ou aux soins, les notes des réunions), la collecte de renseignements (trouver les ressources et les services) et la résolution des conflits.
<p>La planification de la transition comprend les personnes qui sont importantes pour le jeune.</p> <p>Le jeune est appuyé ou représenté par une ou des personnes qui ont la volonté, les capacités et l'habileté d'agir dans l'intérêt supérieur du jeune.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un jeune peut refuser une invitation à participer à la planification. Toutefois, l'invitation et la possibilité de participer doivent être répétées à intervalles raisonnables (p. ex., tous les six mois), à moins que cela soit déconseillé en raison de l'état ou des circonstances du jeune. Les motifs doivent être documentés. • Le jeune et les personnes qu'il a identifiées, c'est-à-dire sa mère, son père, sa tutrice, son tuteur ou d'autres personnes, auront des occasions de participer et de contribuer à l'élaboration d'un plan de transition. • Le protocole doit comprendre un plan de gestion des situations où la mère, le père, la tutrice ou le tuteur du jeune, ou la personne qui prend les décisions en son nom, démontre peu ou pas d'intérêt à participer ou à contribuer à la planification de la transition.
<p>La planification de la transition commence tôt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les organismes de services aux adultes, ainsi que l'organisme de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle qui est concerné, participent dès le début à la planification de la transition d'un jeune. • Préciser dans le protocole les attentes et les obligations des fournisseurs de services à l'enfance et des différents organismes de services aux adultes (y compris les organismes de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou les regroupements d'organismes ayant des responsabilités en matière de planification des services) concernant la participation à la planification

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE	
Résultats	Définitions
	<p>et la prestation d'aide et de conseils.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les devoirs qui incombent aux organismes de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, en précisant les attentes en matière de communication de renseignements (lorsque le jeune est âgé de 16 ans) sur les sujets suivants : les services et soutiens aux adultes, les documents nécessaires pour déterminer l'admissibilité et la préparation de la demande de services et de soutiens pour adultes ayant une déficience intellectuelle.
3. RECUEILLIR DES RENSEIGNEMENTS POUR APPUYER LA PLANIFICATION – COORDONNER LA PLANIFICATION INTERSECTORIELLE	
<p>Chaque jeune en transition bénéficie d'un plan pour assurer la continuité des services dans le secteur des services aux adultes.</p> <p>Les mécanismes de planification de la transition sont coordonnés et intégrés et les renseignements sont partagés entre les secteurs.</p> <p>De bons liens entre les services scolaires et les services communautaires favorisent une planification fondée sur la collaboration.</p> <p>La collecte et l'échange de renseignements personnels sont effectués conformément aux lois ontariennes sur la protection de la vie privée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser les attentes concernant la collecte, l'échange et la communication de renseignements dans le cadre de l'élaboration du plan. • Le processus de planification de la transition est coordonné avec les mécanismes de planification mis en place par les conseils scolaires publics pour les élèves en transition ayant une déficience intellectuelle. • Avec le consentement du jeune ou de sa mère, son père, sa tutrice ou son tuteur, un plan de transition doit faire partie du plan d'enseignement individualisé d'un jeune dans le cadre de l'élaboration d'un plan de transition vers les services aux adultes. • Le protocole favorise l'intégration des mécanismes de planification de la transition aux processus de planification de la transition établis par les conseils scolaires locaux. • Les jeunes en transition qui sont atteints d'une maladie grave ou chronique ou qui éprouvent des troubles de santé mentale, en plus d'avoir une déficience intellectuelle, auront besoin de soins de santé continus de la part des services de santé pour adultes. Les protocoles de planification de la transition devront prévoir des dispositions pour assurer la participation des services de santé pour adultes, lorsque l'état de santé du jeune l'exige.
4. ÉLABORER LE PLAN	
<p>Tous les plans de transition sont individualisés et fondés sur l'évaluation des besoins et des préférences de la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser les attentes à l'égard de « l'équipe » de planification ou des autres pour assurer l'élaboration de plans de transition qui sont compatibles avec l'esprit et l'objet des principes directeurs. • Attribuer les responsabilités concernant les tâches et les activités des membres de

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE

Résultats	Définitions
<p>Les opinions du jeune sont activement sollicitées et prises en compte dans le cadre du processus de planification.</p> <p>Une aide est fournie au jeune afin de l'aider à comprendre le processus de transition et les choix possibles concernant les services et autres soutiens.</p> <p>Le jeune a l'occasion d'exprimer ses choix quant à la nature des services et des soutiens qu'il reçoit et à la façon dont ils sont fournis.</p>	<p>« l'équipe », et préciser les contributions attendues des membres de l'équipe en indiquant leurs contributions particulières à la planification.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attribuer la tâche d'aider le jeune (ou la mère, le père, la tutrice ou le tuteur) afin de préparer la demande de soutien du revenu et de l'emploi dans le cadre du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (la demande doit être faite au moins six mois avant le 18^e anniversaire de la personne). • Prévoir, dans le cadre de la planification de la transition, l'utilisation de l'Échelle d'intensité de soutien et la demande de services et de soutiens à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle lorsque le jeune souhaite présenter une demande pour ces services. • Tenir compte de toutes les ressources disponibles et dispositions possibles. Attribuer une haute priorité à satisfaire les préférences du jeune en transition ou de la personne qui agit en son nom, y compris les possibilités en matière de logement et de services communautaires autres que les services et soutiens pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, ou en plus de ces services. • La planification de la transition prend en compte les exigences de la <i>Loi sur les services en français</i> et reflète la diversité ethnoculturelle et linguistique, et prévoit des mécanismes qui permettent de satisfaire les besoins et les préférences des Premières nations, des autres peuples autochtones et des minorités ethnoculturelles pour des services et soutiens appropriés et adaptés sur les plans culturel et linguistique.
<p>Les plans de transition prévoient les mesures à prendre afin de permettre à la personne d'acquérir les compétences dont elle a besoin pour réussir sa transition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Étudier des stratégies qui permettront au jeune et à sa famille de se préparer à quitter les services pour enfants et à faire la transition vers l'âge adulte et un système différent de services et de soutiens.
<p>Le droit au consentement et la protection de la vie privée est fondamental.</p> <p>Les protocoles prévoient des mécanismes précis visant à assurer le respect des mesures de protection prévues par les lois, notamment en ce qui concerne le consentement et la prise de décisions au nom d'autrui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes ayant une déficience intellectuelle bénéficient des mêmes protections de la loi que les autres citoyennes et citoyens de l'Ontario. • Le protocole reconnaît les mesures de protection prévues par les lois et témoigne d'une compréhension de la façon dont ces lois touchent la prestation d'une aide financière et de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE	
Résultats	Définitions
Les plans de transition énoncent les mesures qui doivent être prises afin de faire face aux imprévus.	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir et préciser la marche à suivre afin de faire face aux imprévus (p. ex., un retard important à recevoir les services). • Attribuer des responsabilités particulières afin d'assurer la gestion des situations qui nuisent à la planification (p. ex., assurer que divers secteurs participent à la planification, désigner une facilitatrice ou un facilitateur ou une coordonnatrice ou un coordonnateur afin de travailler avec la personne pendant la durée du processus de transition, si aucune autre personne n'est identifiée).
Les mesures qui doivent être prises si les participantes et participants sont incapables d'élaborer un plan adéquat.	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser le mécanisme de règlement des différends, lorsque ceux-ci ne peuvent être réglés par l'équipe de planification. • Préciser les mesures qui doivent être prises si l'équipe de planification de la personne en transition est incapable de s'entendre au sujet des éléments du plan ou lorsqu'elle convient que la complexité des services ou des soins dont une personne a besoin dépasse l'expertise de l'équipe.
Le nombre de plaintes découlant du processus de planification de la transition est réduit.	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire le processus de réception et de traitement des plaintes relatives au processus de planification, y compris les plaintes concernant l'expérience du jeune, de la mère, du père, de la tutrice ou du tuteur dans le cadre du processus de planification.
5. EXAMINER LE PLAN ET LE METTRE À JOUR	
Les plans de transition sont examinés et mis à jour périodiquement.	<ul style="list-style-type: none"> • Les plans de transition individuels doivent être examinés et mis à jour périodiquement. • Préciser dans le protocole les mécanismes permettant d'examiner, d'évaluer, de mettre à jour et de réviser le plan à intervalle régulier. • Préciser les attentes de l'équipe de planification concernant l'établissement d'un calendrier d'examen et de mise à jour du plan de la personne. Le plan d'une personne devrait être examiné au moins une fois par année ou plus fréquemment en fonction de nouveaux renseignements ou d'un changement aux circonstances ou à la situation de la personne.

ÉLÉMENTS DE CONCEPTION DU PROTOCOLE	
Résultats	Définitions
6. METTRE LE PLAN EN ŒUVRE	
<p>Le jeune est préparé afin de présenter une demande de services et de soutiens pour adultes ayant une déficience intellectuelle.</p> <p>Le plan de transition prévoit les mesures qui doivent être prises et identifie les personnes chargées de les prendre.</p> <p>Le personnel identifié accueille et appuie le jeune en transition.</p> <p>Le départ des services aux enfants est planifié et coordonné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La version définitive du plan décrit une approche concertée et planifiée visant à appuyer la transition de la personne vers les soutiens communautaires pour adultes. • Le plan précise les mesures qui doivent être prises pour en assurer la mise en œuvre, identifie les personnes chargées de prendre ces mesures et précise les échéanciers concernant ces mesures.
7. PROCÉDER À L'ÉVALUATION	
<p>Évaluation du protocole de transition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un mécanisme permettant de surveiller, d'évaluer et d'améliorer la qualité du processus de planification et l'efficacité du protocole afin de favoriser la réussite de la planification de la transition. • Préciser les mécanismes d'examen des résultats des évaluations et de révision du protocole à la lumière des conclusions (au moins une fois par année).

References

- American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, (2002). A Consensus Statement on Health Care Transitions for Young Adults with Special Health Care Needs, *Pediatrics*, Vol. 110 No. 6,
- Blum, R. Haydock White, P, Gallay, L. (2006) Moving Into Adulthood for Youth with Disabilities and Serious Health Concerns, Policy Brief: *Network on Transitions to Adulthood*, Issue 26.
- Brown, I & Percy, M (Editors) (2003) Developmental Disabilities in Ontario, 2nd Edition.
- Child and Family Welfare Association of Australia (June 2006). National Standards for Transition Planning and Provision of Information.
- Commission for Social Care Inspection, *Growing Up Matters: Better Transition Planning for Young People with Complex Needs*, London, England, January 2007
- Government of Alberta, Alberta Children and Youth Initiative, *ACYC Transition Protocol for Youth with Disabilities: Your Guide for Reaching New Heights*, April 2007
- Government of British Columbia, Ministry of Children and Family Development, *Transition Planning for Youth with Special Needs: A Community Support Guide* (no date)
- Government of Manitoba (2008). Bridging to Adulthood: A Protocol for Transitioning Students with Exceptional Needs from School to Community.
- Government of Nova Scotia. (2005) Transition Planning for Students with Special Needs: The Early Years through Adult Life.
- Halton Borough Council. (October 2007) *Transition Protocol for young people with learning and physical disabilities in Halton: An Inter Agency Agreement*.
- Mercer Delta Organizational Consulting, *Summary Report Consultation on Transforming Supports in Ontario for People who have a Developmental Disability*, Prepared for the Ministry of Community and Social Services, November 2006
- Ministry of Community and Social Services. (May 2006) Opportunities and Action: Transforming Supports in Ontario for People who have a Developmental Disability.
- Ontario Ministry of Education (2002) Transition Planning: A Resource Guide
- Porter, S, Freeman, L, Reeves Griffin, L, *September 2000* Transition Planning for Adolescents with Special Health Care Needs and Disabilities: A Guide for Health Care Providers
- Policy Forum on Transition to Adulthood for Persons who have a Developmental Disability, (November 2005). Ministries of Community and Social Services, Education, Health and Long-Term Care and Children and Youth Services.
- Prime Minister's Strategy Unit (January 2005). Improving the Life Chances of Disabled People, Final Report, England.
- Rosen, DS., (2004) Transition of Young People with Respiratory Diseases to Adult Health Care, Series: Adolescent issues, *Paediatric Respiratory Reviews* 5, pp 124–131
- Royal College of Nursing (2008) Lost in Translation: Moving young people between child and adult health services, United Kingdom.

Scal, P, Evans, T, Blozis, S, Okinow, N. & Blum, R, (1999) Trends in Transition from Pediatric to Adult Health Care Services for Young Adults with Chronic Conditions, *Journal Of Adolescent Health* 24, pp 259–264

Spalding, KL Hayes, VE Williams, AP. McKeever, P. (2002), Analysis of Interfaces along the Continuum of Care: *Technical Report 5: Services for Children with Special Needs and their Families*, Hollander Analytical Services.

Specht, J, Rodger, S, Fernandez, R, Flynn, S, Lajoie, K, Liyange, N & Young, G., (January 2008) Transitioning Youth with Disabilities, Knowledge Mobilization Project between the University of Western Ontario, Ministry of Children and Youth Services and The Ministry of Community and Social Services.

Transition Protocols, Child and Adolescent Mental Health Services for Adults of Working Age in Rotherham, Doncaster, North Lincolnshire and North East Lincolnshire, (2007) Section 3, No. 4, England.

Stainton, T, Hole, R, Charles, Yodanis, C, Powell, S, Crawford, C, Wilson, L (October 2006). Young Adults with Developmental Disabilities: Transition from High School to Adult Life, Literature and Initial Program Review

Stewart, D, Freeman, M, Law, M, Healy, H, Burke- Gaffney, J, Forhan, M, Young, N, Guenther, S, The Best Journey to Adult Life for Youth with Disabilities An Evidence-based Model and Best Practice Guidelines for the Transition to Adulthood for Youth with Disabilities

Stewart, D., Law, M. Jaffer, S. (CanChild Centre for Childhood Disability Research, May 2005). Transition to Adulthood for Youth with Complex Needs and their Families. A Report prepared for the Ontario Ministry of Children and Youth Services,

Stewart, D. & Antle, B.J. (2009) Transition to Adulthood Services and Supports for Youth with Disabilities in Ontario: Best Practice Guidelines (funded by the Ministry of Health and Long-Term Care)

Viner, R. (1998). Transition from paediatric to adult care: Bridging the gaps or paasing the buck? *ADC* 1999 81, 271 - 275

Whitehouse, S. Paone, MC. (1998) Patients in Transition: Bridging the health care gap from youth to adulthood, *Contemporary Paediatrics, A Canadian Journal Dedicated to the Care of Children*, 13,15-16.