**Ministère des Services à l’enfance et des Services sociaux et communautaires**

**Facultatif – Modèles d’élaboration et d’examen du programme/plan de soins**

**Objectif :**

Conçu par le ministère des Services à l’enfance et des Services sociaux et communautaires (le ministère), ce modèle facultatif vise à aider les titulaires de permis à remplir leurs obligations en matière de programmes de soins en vertu de l’[article 94](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK147) et de l’[article 131.1](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK204) du Règl. de l’Ont. 156/18, en application de la *Loi de 2017 sur les services à l’enfance, à la jeunesse et à la famille* (LSEJF).

Ces obligations s’appliquent aux titulaires de permis de famille d’accueil (y compris les sociétés d’aide à l’enfance), aux titulaires de permis de foyer pour enfants (y compris les lieux de garde en milieu fermé, les lieux de garde en milieu ouvert ou les lieux de détention provisoire, autorisés à fournir des soins en établissement), aux titulaires de permis de foyer pour enfants avec rotation de personnel, ainsi qu’aux agences de placement (y compris les sociétés d’aide à l’enfance).

En ce qui concerne les titulaires de permis qui exploitent un lieu de détention provisoire ou de garde en milieu fermé ou ouvert, le programme de soins est appelé programme de gestion de cas et de réinsertion sociale (PGCRS). Ces titulaires devraient continuer à utiliser le modèle de PGCRS.

Il est obligatoire d’élaborer un programme de soins individualisé pour chaque enfant ou adolescent. Ce programme doit être sensible aux traumatismes. Il doit mettre en évidence les objectifs personnels à court et à long terme, les résultats attendus, les besoins, les points forts, les difficultés et les préférences de chaque enfant ou adolescent Le programme de soins doit préciser les mesures à prendre en vue d’atteindre chaque objectif, y compris la personne responsable de la réalisation de l’action. L’enfant ou l’adolescent doit participer aux échanges relatifs à l’élaboration du programme, qui doivent donc refléter ses souhaits et objectifs. L’enfant ou l’adolescent doit recevoir un exemplaire du programme de soins s’il le souhaite.

**Conditions d’utilisation/avis de non-responsabilité :**

Les titulaires de permis peuvent utiliser leur propre modèle ou leurs propres formulaires pour prouver leur conformité aux obligations du programme de soins.

**Tous les titulaires de permis sont tenus de s’assurer que tout document relatif aux obligations en matière de programme de soins respecte toutes les dispositions applicables de la Loi, de ses règlements d’application et des directives du ministère. Ce modèle constitue une ressource uniquement et n’a pas force de loi. Il ne remplace pas les obligations énoncées dans le Règl. de l’Ont. 156/18 à l’égard des programmes de soins; par conséquent, il faut toujours se reporter à la version officielle dudit règlement.**

Les titulaires de permis qui ont besoin de l’aide à interpréter les conditions réglementaires, notamment celles concernant les programmes de soins, feraient bien de demander l’avis d’un avocat.

Les éléments assortis d’un astérisque (\*) sont recommandés et ne constituent pas une obligation réglementaire.

**Modèle de programme de soins**

|  |
| --- |
| **PARTIE A : Dates d’élaboration et d’examen du programme de soins**  *(Foyers pour enfants, foyers avec rotation de personnel et familles d’accueil)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dates d’élaboration et d’examen du programme de soins – calendrier de planification** | | |
| **30 jours** | [Insérer 30 jours à partir de l’admission/du placement – date d’échéance]. | [Date d’achèvement] |
| **90 jours** | [Insérer 90 jours à partir de l’admission/du placement – date d’échéance]. | [Date d’achèvement] |
| **180 jours** | [Insérer 180 jours à partir de l’admission/du placement – date d’échéance]. | [Date d’achèvement] |
| **Tous les 180 jours par la suite** | [Insérer 180 jours à partir de date d’examen précédente] | [Date d’achèvement] |
| **Tous les 180 jours par la suite** | [Insérer 180 jours à partir de date d’examen précédente] | [Date d’achèvement] |
| **Tous les 180 jours par la suite** | [Insérer 180 jours à partir de date d’examen précédente] | [Date d’achèvement] |

En plus des dates ci-dessus, le programme de soins doit faire l’objet d’un examen lorsque l’un des événements suivants survient :

1. Il y a un changement important dans la situation de l’enfant ou de l’adolescent qui nécessite un examen du programme de soins.
2. Le titulaire de permis prend connaissance de nouveaux renseignements au sujet des besoins, des comportements ou du diagnostic de l’enfant ou de l’adolescent.
3. L’enfant ou l’adolescent, son agence de placement ou son parent, ou toute autre personne qui a placé l’enfant ou l’adolescent recommande que le programme de soins soit examiné.

L’examen a les buts suivants :

1. Veiller à ce que les renseignements figurant dans le programme de soins soient à jour;
2. Consigner les services, les traitements et les soutiens mentionnés dans le programme de soins qui ont été fournis à l’enfant/adolescent.

Lorsqu’un titulaire de permis détermine la nécessité d’un examen du programme de soins, il doit garantir que le même processus et les mêmes exigences en matière d’élaboration d’un programme de soins sont suivis, comme décrit ci-dessous. Ce processus est également mis en évidence dans l’[article 94.1 du Règl. de l’Ont. 156/18](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK148) et l’[article 131.2 du Règl. de l’Ont. 156/18](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK205).

**Remarque :** À titre de pratique exemplaire, il est recommandé que le programme de soins soit également examiné à l’égard d’un enfant ou d’un adolescent des Premières Nations, inuit ou métis (PNIM) lorsqu’un représentant de la bande ou de la communauté de l’enfant ou l’adolescent en demande l’examen.

En s’appuyant sur le tableau ci-dessous, donner un aperçu des révisions effectuées en plus des révisions de 30 jours, 90 jours, 180 jours et tous les 180 jours suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de l’examen** | **Motif de l’examen ou personnes demandant l’examen** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Remarque :** Ajouter d’autres entrées, au besoin.

**Si des modifications sont apportées au programme de soins, il faut indiquer clairement qu’il s’agit d’une version modifiée. De plus, il faut clairement consigner toutes les modifications apportées au programme de soins tout au long du processus.**

|  |
| --- |
| **PARTIE B : Participation au programme de soins/feuilles de signatures** |

*[À remplir en vue de l’élaboration du programme de soins initial et chaque fois une modification est apportée.]*

**Nom de l’enfant/adolescent :** *[Insérer le nom de l’enfant/adolescent qui fait l’objet du programme de soins.]*

**Indiquer le délai requis/le motif de l’élaboration ou de l’examen du programme de soins :**

30 jours 90 jours 180 jours Examen après 180 jours Examen après 180 jours

Autre modification

**Motif en cas d’autre modification :** *[Insérer le motif de l’examen lorsque celui-ci est effectué en dehors des délais prescrits.]*

**Date de l’élaboration initiale ou de l’examen :** *[Insérer la date d’élaboration initiale du programme de soins.]*

|  |
| --- |
| **Participation et signature obligatoires de l’enfant/adolescent (le cas échéant)** |

**Remarque :** La participation de l’enfant/adolescent en ce qui concerne l’élaboration ou l’examen du programme de soins dépend de l’âge et de la maturité de l’enfant. C’est le titulaire du permis qui doit en décider.

|  |  |
| --- | --- |
| Date à laquelle l’enfant/adolescent a participé à l’élaboration ou à l’examen de son programme de soins. | *[Insérer les dates]* |
| Le cas échéant, décrire les motifs qui ont empêché la participation de l’enfant à l’élaboration ou à l’examen de son programme de soins. |  |
| Format de la réunion et/ou détails relatifs aux méthodes de communication utilisées | *[Insérer les détails relatifs à l’examen/l’élaboration et toutes les méthodes de communication utilisées pour assurer la participation de l’enfant]* |
| Lorsque l’enfant/adolescent a demandé ou reçu une copie de son programme de soins, en a-t-il reçu un dans le format qu’il a choisi, dans les sept jours suivant l’élaboration ou l’examen du programme? | Oui Date de remise :  Non Motif du retard :  Format fourni : *[courriel, papier]* |

**Signature de l’enfant/adolescent :**

*À remplir par l’enfant/adolescent avant la signature :*

Le programme de soins m’a bien été expliqué (dans un langage adapté à mon âge et à ma maturité).

On m’a demandé si je souhaitais recevoir un exemplaire de mon programme de soins.

*Applicable uniquement lorsque l’enfant/adolescent souhaite recevoir un exemplaire de son programme de soins :*

*On m’a demandé si je souhaitais recevoir un exemplaire de mon programme de soins dans un format papier ou électronique.*

Je confirme ma participation à l’élaboration ou à l’examen de mon programme de soins et j’approuve tous les renseignements qui y figurent.

**Nom :**

**Date de signature :**

*À remplir par le titulaire du permis lorsque l’enfant/adolescent n’a pas signé le programme de soins :*

L’enfant/adolescent n’a pas signé le programme de soins.

**Motifs pour lesquels l’enfant/adolescent n’a pas signé son programme de soins :**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Autres participants requis/signatures** |

En plus de l’enfant/adolescent lui-même, les personnes suivantes doivent participer au programme de soins de l’enfant/adolescent, le cas échéant.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Rôle ou relation** (p. ex., titre du poste, le cas échéant) | **Dates des réunions tenues pour discuter de l’élaboration ou de l’examen du programme de soins** | **Format de la réunion et/ou détails relatifs aux méthodes de communication** |
| *[Insérer le nom du représentant de l’agence de placement si celle-ci n’est pas le titulaire du permis]* |  |  |  |
| *[Insérer le nom des parents de l’enfant, le cas échéant]* |  |  |  |
| *Insérer le nom des parents de famille d’accueil, le cas échéant* |  |  |  |
| *[Si l’enfant est issu d’une communauté des Premières Nations, inuite ou métisse, insérer le nom d’un représentant choisi par la Première Nation, ou la communauté inuite ou métisse de l’enfant]* |  |  |  |

**Si l’une des personnes visées ci-dessus n’a pas été consultée dans le cadre de l’élaboration ou de l’examen du programme de soins et n’y a pas participé, décrire les efforts continus investis pour consulter cette personne et de l’inviter à participer, notamment les détails de toute modification apportée au programme de façon à tenir compte des commentaires de cette personne :**

|  |
| --- |
|  |
| **Signatures :**  **Personne qui a placé l’enfant ou représentant de l’agence de placement :**  *Je confirme ma participation à l’élaboration ou à l’examen du programme de soins et j’approuve tous les renseignements qui y figurent.*  Nom :  Signature :  Date :  **Parent de l’enfant (le cas échéant) :**  *Je confirme ma participation à l’élaboration ou à l’examen du programme de soins et j’approuve tous les renseignements qui y figurent.*  Nom :  Signature :  Date :  **Famille d’accueil (le cas échéant) :**  *Je confirme ma participation à l’élaboration ou à l’examen du programme de soins et j’approuve tous les renseignements qui y figurent.*  Nom :  Signature :  Date :  **Représentant de la bande ou de la communauté de PNIM (le cas échéant) :**  *Je confirme ma participation à l’élaboration ou à l’examen du programme de soins et j’approuve tous les renseignements qui y figurent.*  Nom :  Signature :  Date :  **L’une des personnes mentionnées ci-dessus a-t-elle refusé de signer le programme de soins?**  Non  Oui. Le cas échéant, indiquer la personne et les motifs de son **refus**.   |  | | --- | |  |  |  | | --- | | **Autres participants – facultatifs (non requis)** |   Indiquer toute autre personne qui a participé à l’élaboration ou à l’examen du programme de soins de l’enfant/adolescent.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nom** | **Coordonnées** | **Rôle** | **Date de participation/consultation** | | *[Insérer les noms des participants facultatifs qui ont participé à l’élaboration ou à l’examen du programme de soins de l’enfant]* |  |  |  | |  |  |  |  | | |

**Remarque :** Ajouter d’autres entrées, au besoin.

|  |
| --- |
| **PARTIE C : Contenu du programme de soins** |

**Remarque :** En ce qui concerne les examens ou les modifications, il faut indiquer clairement que le programme de soins a été modifié.

|  |  |
| --- | --- |
| **Programme de soins** | |
| **Date d’admission ou de placement de l’enfant/adolescent :** Cliquer ou appuyer pour saisir une date. | |
| **Date de la réunion relative au programme de soins :** Cliquer ou appuyer pour saisir une date.*[Insérer la date de la réunion relative à l’achèvement du programme de soins de l’enfant/adolescent.]* | |
| **Nom légal de l’enfant/adolescent :**  **Nom privilégié :**  **Date de naissance :** (aaaa/mm/jj) | **Genre :**  **Sexe :**  **Pronom d’identification :** |
| **L’enfant/adolescent s’identifie-t-il comme issu d’une communauté PNIM?**  Oui  Non  Incertain(e)  Sans objet | **Représentant de la bande et/ou de la communauté PNIM :**  **Personne-ressource :**  **Numéro de téléphone :**  **Adresse électronique :**  Sans objet |
| **\* Langue préférée :** | **Statut légal** (p. ex., situation des soins de l’enfant/adolescent) : |
| **Noms des parents (le cas échéant) :** | **Nom :**  **Numéro de téléphone :**  **Adresse électronique :** |
| **Nom de la personne qui place l’enfant et de l’agence de placement (le cas échéant)** | **Nom :**  **Numéro de téléphone :**  **Adresse électronique :** |
| **Travailleur de la société qui assure la supervision** (le cas échéant) : | **Nom :**  **Numéro de téléphone :**  **Adresse électronique :** |

**\* En plus du contenu du programme de soins requis, mentionné ci-dessous, et dans l’**[**article 94.2 du Règl. de l’Ont. 156/18**](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK149) **et l’**[**article 131.3 du Règl. de l’Ont. 156/18**](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK206)**, quand il s’agit d’un enfant des Premières Nations, inuit ou métis (PNIM), il est recommandé que le titulaire de permis détermine avant tout chacune des considérations culturelles relatives aux communautés PNIM en matière de soins. Par conséquent, le titulaire pourra intégrer ces considérations dans la consultation, l’élaboration et l’examen du programme de soins, s’il y a lieu.**

|  |
| --- |
| **\* Considérations relatives aux communautés PNIM** |
| * *Parcours culturel de l’adolescent – ce qui a été fait jusqu’à présent pour mettre l’enfant en relation avec sa communauté sur le territoire ou à l’extérieur du territoire, notamment en milieu urbain où sa communauté de PNIM n’est pas assez connue – activités – ce que l’enfant a appris – ce dont il est fier – son ressenti par rapport à sa communauté* * *Ce que l’enfant aimerait apprendre au sujet de sa famille et de sa culture, et les liens qu’il souhaiterait nouer (p. ex., purification, fabriquer des tambours, danses traditionnelles, pow-wow, etc.)* * *Des détails concernant la façon dont le titulaire de permis gardera un contact périodique avec la communauté PNIM de l’enfant/adolescent afin de soutenir ses soins continus et son bien-être.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent à l’égard des considérations relatives aux communautés PNIM.* |
| **L’enfant/adolescent a-t-il un objectif lié à son identité/statut PNIM (consulter le point 5 ci-dessous)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |

**Le contenu suivant est nécessaire à l’élaboration, à l’examen et à la modification du programme de soins de chaque enfant/adolescent.**

|  |
| --- |
| 1. **Forces personnelles** |
| *Une présentation des capacités de l’enfant ou de l’adolescent, y compris des renseignements sur sa personnalité, ses aptitudes et ses talents, d’après les renseignements recueillis lors du processus d’évaluation préalable au placement ou à l’admission.* |
| *Un plan et des détails sur la façon dont le titulaire de permis promouvra ces capacités.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant ses capacités personnelles.* |
| **L’enfant/adolescent a-t-il un objectif lié à ses capacités personnelles (consulter le point 5 ci-dessous)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Caractéristiques identitaires** |
| 1. *Une description des caractéristiques identitaires de l’enfant/adolescent*   *Remarque : Les caractéristiques identitaires d’un enfant renvoient à sa race, à son ascendance, à son lieu de provenance, à sa couleur, à son origine ethnique, à sa citoyenneté, à la diversité de sa famille, à son handicap, à sa croyance, à son sexe, à son orientation sexuelle, à son identité de genre, à son expression de genre ou à ses besoins culturels ou linguistiques.* |
| 1. *Des précisions sur la façon dont le titulaire de permis a tenu compte et continuera de tenir compte des caractéristiques identitaires de l’enfant/adolescent dans le cadre de la prestation de services, notamment des précisions sur les soutiens ou les activités qui tiennent compte de ces caractéristiques.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant ses caractéristiques identitaires.* |
| **L’enfant/adolescent a-t-il un objectif lié à ses caractéristiques identitaires (consulter le point 5 ci-dessous)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Renseignements sur les besoins, comportements et le diagnostic applicable** |
| 1. *Une description complète des besoins de l’enfant/adolescent, notamment ses besoins développementaux, affectifs, sociaux, médicaux, psychologiques et pédagogiques, et ses besoins liés à des difficultés d’ordre comportemental et à des traumatismes qu’il a vécus.*   *Remarque : Le titulaire de permis doit s’assurer que la description des besoins de l’enfant/adolescent est conforme à ce qui suit :*   1. *Le contenu de toute évaluation, actuelle ou antérieure, d’ordre médical, affectif, psychologique, scolaire et social et du développement de l’enfant/adolescent.* 2. *Les renseignements figurant dans les rapports sur les événements graves concernant l’enfant/adolescent ou dans d’autres rapports préparés par le titulaire de permis ou des personnes fournissant des soins directs à l’enfant/adolescent au nom du titulaire de permis concernant des incidents impliquant l’enfant/adolescent.* 3. *Les renseignements communiqués par les personnes chargées de fournir des soins directs à l’enfant/adolescent au nom du titulaire de permis.* |
| 1. *Des précisions sur tout diagnostic médical ou clinique qui est pertinent en ce qui concerne la prestation de services, de traitements ou de soutiens à l’enfant/adolescent.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant ses besoins, ses comportements et ses diagnostics applicables.* |
| **L’enfant/adolescent a-t-il un objectif lié à ses besoins, comportements et diagnostics applicables (consulter le point 5 ci-dessous)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Services, traitements et soutiens** |
| 1. *Des précisions sur tous les services, traitements ou soutiens qui ont été et qui seront fournis à l’enfant afin d’aider à satisfaire à ses besoins particuliers et à surmonter toute difficulté ou préoccupation en lien avec ces besoins, notamment :*    1. *Une description détaillée de tous les services, traitements ou soutiens qui seront fournis à l’enfant par le titulaire de permis ou d’autres personnes conformément aux dispositions prises par le titulaire de permis, ainsi que les services, traitements ou soutiens déjà fournis à l’enfant, avec les dates auxquelles ils ont été reçus;*    2. *Les noms des personnes, y compris les professionnels de la santé et les cliniciens, qui fournissent des services, traitements ou soutiens à l’enfant, ainsi que leurs coordonnées;*    3. *Toutes les recommandations des personnes fournissant des services, traitements ou soutiens à l’enfant, y compris celles figurant dans les rapports d’évaluation;*    4. *Les motifs pour lesquels les services, traitements ou soutiens n’ont pas été fournis dans les délais prévus par le programme de soins.* |
| 1. *Une liste complète de tous les médicaments que prend l’enfant, avec mention de ce qui suit :*    1. *Toute préoccupation concernant l’oubli de médicaments, qui est connu au moment de l’élaboration du programme ou qui est survenu depuis le dernier examen du programme;*    2. *Les instructions à suivre si le traitement n’est pas administré au moment prévu;*    3. *Tout psychotrope que l’enfant prend visé à l’article 91 du Règlement de l’Ontario 155/18 (Questions générales relevant de l’autorité du lieutenant-gouverneur en conseil) pris en application de la Loi.*   *Remarque : Lorsqu’il établit les services, les traitements et les soutiens à fournir à l’enfant, le titulaire de permis veille à prendre en compte la nécessité de fournir des services, des traitements et des soutiens liés à l’identité de l’enfant, à sa culture, à sa langue ou à sa croyance.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant les services, traitements et soutiens.* |
| **L’enfant/adolescent a-t-il un objectif lié aux services, traitements et soutiens (consulter le point 5 ci-dessous)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Détermination et réalisation des buts de l’enfant** |
| 1. *Une description des buts immédiats et à long terme de l’enfant/adolescent et du mode de définition de ces buts, ainsi que la description des progrès réalisés en vue d’atteindre ces buts au moment de l’élaboration du programme de soins ou depuis le dernier examen du programme.* |
| 1. *Une déclaration énonçant la façon dont l’enfant/adolescent a participé à l’élaboration ou à l’examen, selon le cas, de ses buts immédiats et à long terme, eu égard à son âge et à son degré de maturité.* |
| 1. *Des activités visant à aider l’enfant/adolescent à réaliser ses buts immédiats et à long terme, notamment les noms et, s’il y a lieu, les titres des postes des personnes chargées d’aider l’enfant/adolescent à effectuer ces activités.*   *Remarque : Le titulaire de permis veillera à ce que les besoins et comportements de l’enfant/adolescent, et tout diagnostic qui le concerne soient pris en compte lors de l’élaboration ou de l’examen des buts immédiats et à long terme de l’enfant/adolescent.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant ou de l’adolescent concernant la réalisation de ses buts.* |
| **L’enfant/adolescent a-t-il un objectif lié à la réalisation de ses buts (consulter le point 5 ci-dessous)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Identification d’un adulte allié** |
| *La mention d’au moins un adulte que l’enfant a nommé comme ayant une influence positive dans sa vie, avec le nom de cet adulte, les raisons pour lesquelles cette personne est importante pour l’enfant, et le rôle et les responsabilités que cet adulte a convenu d’exercer afin d’aider l’enfant.*  *\* Si l’enfant/adolescent n’est pas en mesure d’identifier un tel adulte, le programme de soins doit plutôt préciser que l’identification d’un adulte ayant une influence positive dans la vie de l’enfant/adolescent constitue un des buts.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant ses adultes alliés* |
| **L’enfant/adolescent a-t-il un objectif lié à l’identification d’un adulte allié (consulter le point 5 ci-dessous)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Participation de la famille de l’enfant et de l’agence de placement** |
| *Une déclaration décrivant la participation d’un parent ou d’un membre de la famille élargie de l’enfant et, s’il y a lieu, de l’agence de placement pour ce qui est d’appuyer l’enfant, notamment toute disposition prévoyant des contacts entre l’enfant et le parent, le membre de sa famille élargie ou l’agence de placement, selon le cas. Toutefois, s’il a été décidé que la participation des parents et des membres de la famille élargie n’est pas appropriée dans les circonstances, une déclaration à cet effet doit être incluse, avec les raisons qui sous-tendent cette décision.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant la participation de sa famille et de l’agence de placement* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié à la participation de la famille (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Planification de la sécurité** |
| *Si l’enfant a un plan de sécurité, un résumé de l’examen du plan de sécurité de l’enfant, ainsi que toute modification qui y a été apportée.*  **\* Remarque : L’**[**article 86.5 du Règl. de l’Ont. 156/18**](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK135) **et l’**[**article 129.3 du Règl. de l’Ont. 156/18**](https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180156#BK198) **mettent en évidence les obligations relatives à l’examen du plan de sécurité d’un enfant/adolescent. Consulter cette partie lors de l’élaboration ou de l’examen du programme de soins d’un enfant/adolescent.** |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant la planification de la sécurité.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié à la planification de la sécurité (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Résultats pour l’enfant/adolescent** |
| *Une description des résultats souhaités définis à l’égard de l’enfant/adolescent, en fonction de ses capacités, de ses besoins particuliers et, le cas échéant, de ses diagnostics.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant les résultats.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié aux résultats (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Éducation** |
| 1. *Une description des études suivies par l’enfant, son année d’études, le nom et les coordonnées de l’enseignant, le nom de l’école actuelle et une mention des ressources pédagogiques mises à la disposition de l’enfant parmi celles que le titulaire de permis a recensées dans le cadre des consultations qu’exige le paragraphe 80.1(2).* |
| 1. *La mention concernant toute préoccupation éventuelle en matière d’assiduité de l’enfant à l’école ou de rendement scolaire et, s’il y a lieu, les mesures devant être prises pour résorber ces préoccupations.* |
| 1. *Une description de la façon dont le titulaire de permis a veillé à ce que l’établissement ou le foyer où vit l’enfant comprenne des espaces qui constituent un milieu convenable pour permettre à chaque enfant d’étudier, notamment faire ses devoirs et d’autres travaux scolaires. De plus, une description de la façon dont il a veillé à ce que ce milieu soit adapté aux besoins particuliers de chaque enfant et convienne à son âge et à son degré de maturité.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant les études.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié à l’éducation (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Activités et soutiens** |
| 1. *Une description des activités culturelles, récréatives, sportives et créatives auxquelles a participé ou participera l’enfant et de la façon dont ces activités sont appropriées aux aptitudes, intérêts, besoins et capacités de l’enfant.* |
| 1. *Un plan visant à inscrire l’enfant à de telles activités culturelles, récréatives, sportives et créatives et à encourager sa participation continue à de telles activités.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant les activités et soutiens.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié aux activités et soutiens (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Repas et nutrition** |
| *Description à jour des préférences alimentaires de l’enfant et de toute restriction alimentaire avec précisions sur la future prise en compte de ces préférences et restrictions, le cas échéant.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant les repas et la nutrition.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié aux repas et à la nutrition (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Accès à des appareils électroniques et à Internet** |
| 1. *Une description à jour de tout accès à des appareils électroniques ou à Internet devant être accordé à l’enfant et de toute mesure de surveillance dont a besoin l’enfant lorsqu’il utilise ces appareils ou Internet.* |
| 1. *Si le programme de soins indique que l’enfant ne doit pas avoir accès à Internet, une explication des motifs sous-tendant cette décision et une description des mesures devant être mises en œuvre pour veiller à ce que l’enfant n’y accède pas.* |
|  |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant les appareils électroniques et Internet.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié aux appareils électroniques et à Internet (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Points de vue, préférences et souhaits de l’enfant/adolescent** |
| 1. *Une description à jour des points de vue et souhaits de l’enfant/adolescent en ce qui concerne le mode de prestation des soins en établissement qui lui sont fournis.* |
| 1. *Une description à jour des préoccupations qu’a exprimées l’enfant/adolescent ou des modifications qu’il a recommandées en ce qui concerne la prestation des soins en établissement et de la façon dont le titulaire de permis a répondu à ces préoccupations ou recommandations.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant ses points de vue, ses préférences et ses souhaits.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié à ses points de vue, ses préférences et ses souhaits (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie sur les objectifs  Non |
| 1. **Planification de la mise en congé et de la transition** |
| **Date de mise en congé prévue :** |
| *Une description de tout plan prévu en ce qui concerne le transfert ou la mise en congé de l’enfant/adolescent avec des précisions sur l’opportunité de donner congé à l’enfant ou de le transférer vers une autre personne ou agence, notamment son parent et, dans l’affirmative, des précisions sur la personne ou l’agence qui serait chargée de prendre soin de lui.* |
| **FACULTATIF – Planification du placement permanent (uniquement pour les enfants pris en charge par une société d’aide à l’enfance)**  *Une description de la planification simultanée du placement permanent effectuée par la société à l’égard de l’enfant/adolescent dans son intérêt supérieur, y compris les décisions et les mesures nécessaires qui permettront à l’enfant d’avoir des relations positives toute sa vie. La planification du placement permanent doit commencer dès l’admission de l’enfant et suppose la participation de l’enfant et des personnes importantes dans sa famille élargie et sa communauté.* |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant la mise en congé et la planification.* |
| **L’enfant ou l’adolescent a-t-il un objectif lié à la mise en congé et la planification (voir le point 5 ci-dessus)?**  Oui, ajouté à la partie 5 sur les objectifs  Non |
| 1. **Examens du programme de soins** |
| **Date du prochain examen du programme de soins de l’enfant/adolescent :** |
| **Dates auxquelles le programme de soins de l’enfant/adolescent a été modifié après son élaboration initiale :** |
| **Points de vue de l’enfant/adolescent** |
| *Espace réservé au point de vue de l’enfant/adolescent concernant l’examen du programme de soins.* |

|  |
| --- |
| **PARTIE D : Feuille d’examen et d’approbation des droits, plaintes et politiques relatives à l’enfant/adolescent** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Élément** | **Date de l’examen** | **Méthode de communication utilisée/nom de l’examinateur** | **Signature de l’enfant** |
| Examen des droits et responsabilités | (AAAA/MM/JJ) |  |  |
| Examen de la description du programme de placement en matière de compétence culturelle | (AAAA/MM/JJ) |  |  |
| Examen du protocole de règlement des plaintes | (AAAA/MM/JJ) |  |  |
| Examen du Comité consultatif sur les placements en établissement | (AAAA/MM/JJ) |  |  |
| Examen du bureau de l’ombudsman et de ses coordonnées | (AAAA/MM/JJ) |  |  |
| Examen de la politique du placement en matière de contention physique | (AAAA/MM/JJ) |  |  |
| Examen de la politique du placement en matière de contention mécanique | (AAAA/MM/JJ) |  |  |

|  |
| --- |
| **PARTIE E – Approbation du programme de soins** |

**À remplir lors de l’élaboration et de chaque examen du programme de soins.**

Toute personne qui prodigue des soins directs à un enfant/adolescent au nom du titulaire de permis le fait conformément au programme de soins. Une copie du programme de soins doit être versée au dossier de l’établissement agréé dans lequel l’enfant est placé.

**Date d’examen du programme de soins :** *[Date d’achèvement du programme de soins de l’enfant/adolescent]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la personne employée ou participant d’une quelque façon aux soins directs (y compris les familles d’accueil) :** | **Rôle ou relation avec l’enfant/adolescent** *(Indiquer s’il s’agit d’une famille d’accueil, d’un responsable de placement en famille d’accueil ou d’un employé à temps plein, d’un employé à temps partiel, d’un travailleur de relève, d’un travailleur individuel, etc.)* | **Date** | **Initiales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Remarque : Ajouter des lignes, au besoin.* | | | |