

# BIENVENUE

## À NOS SERVICES DE COUNSELING SANS RENDEZ-VOUS

*Ce rendez-vous pour une session unique, aussi appelé rencontre Choix, vous donnera l'occasion de rencontrer un conseiller pour parler d'une préoccupation particulière et d'explorer différentes options pour vous permettre de l'aborder. Ce service a aidé de nombreuses personnes et nous espérons qu'il en sera de même pour vous. Vous pourrez revenir en tout temps, au besoin.*

---

## RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS POUR VOUS

- **Confidentialité** – ce dont vous discutez lors de la session demeure entre vous et votre conseiller. Il n'y a que trois exceptions à cette règle : Si vous dévoilez que vous ou une personne que vous connaissez, qui est âgée de moins de 16 ans, est victime de mauvais traitements; si un juge ordonne que des renseignements soient dévoilés; et si vous ou un membre de votre famille êtes en danger immédiat de vous blesser ou de blesser quelqu'un d'autre. Votre conseiller discutera de cette disposition avec vous au début de votre session et vous demandera de signer un formulaire attestant que vous comprenez les renseignements et que vous acceptez de vous prévaloir de nos services. Toute autre divulgation de vos renseignements nécessitera que vous signiez un formulaire de consentement.
- **Participation des parents** – nous croyons que les partenariats avec les parents sont utiles. Bien que nous encourageons habituellement la participation des parents, les jeunes de 12 ans ou plus ont légalement droit à un counseling privé et confidentiel et, par conséquent, peuvent rencontrer leur conseiller seul à seul. Des sessions de counselling pour vous soutenir dans votre rôle parental sont aussi offertes sans rendez-vous, la participation de votre adolescent n'est pas requise s'il ne le souhaite pas.

- **Outils de traitement éclairé par les commentaires (FIT)** - Nous croyons que l'établissement d'une relation de collaboration avec les clients nous aide à obtenir les meilleurs résultats. Chaque personne est différente – vous arrivez avec vos forces, vos compétences et vos connaissances quant à ce qui est important pour vous, et nous considérons cela comme étant une partie essentielle du travail que nous accomplissons ensemble. Notre expérience nous a également montré que le counseling fonctionne le mieux lorsque les clients s'impliquent activement dans le processus. C'est pourquoi nous avons adopté les outils de traitement éclairé par les commentaires (FIT), une approche fondée sur des données probantes aux fins de l'évaluation et de l'amélioration des services destinés à la clientèle. Nous vous demanderons régulièrement de nous fournir des commentaires à l'aide de deux échelles simples à utiliser, qui saisiront vos impressions quant à vos progrès et à la façon dont nous travaillons ensemble. Ces commentaires fournis sur une base régulière nous indiqueront si nous devons apporter des changements, tels qu'adopter une approche différente. Ils pourraient aussi nous indiquer que nous devons nous rencontrer plus souvent ou revoir vos objectifs. Votre conseiller vous expliquera comment ces échelles faciles d'utilisation feront partie du travail que nous accomplirons ensemble.
- **Dossier du client** – un dossier sera ouvert pour chaque client et/ou famille qui se prévaut de services de counseling. Ce dossier peut contenir les renseignements suivants : les renseignements que vous avez partagés; les consentements écrits; les questionnaires de clinique sans rendez-vous, des notes de rencontres ainsi que les communications par courriel avec votre conseiller et un document sommaire. Vous avez le droit de consulter votre dossier en tout temps.
- **Droits et responsabilités** – vous avez droit à la confidentialité; à un traitement respectueux, honnête et intègre; de refuser de poursuivre le service en tout temps; d'aviser votre conseiller de toute plainte relative aux services; d'examiner votre dossier avec votre conseiller; et de demander la correction de toute erreur à votre dossier.
- **Vos responsabilités** incluent de participer activement au service; d'aviser votre conseiller si vous croyez que le service ne vous offre pas ce dont vous ou votre famille avez besoin; de traiter les autres avec respect.
- **Problèmes/Plaintes/Éloges** – si vous avez des préoccupations OU des éloges par rapport à notre service, n'hésitez pas à en faire part à votre conseiller, au coordonnateur des sessions sans rendez-vous ou, si vous êtes plus à l'aise de le faire par écrit, vous trouverez en pièce jointe un formulaire de plainte. Le sondage qu'on vous demandera de remplir à la fin de votre session vous permettra aussi de nous dire ce qui vous a été le plus utile aujourd'hui.

---

## **CE À QUOI VOUS POUVEZ VOUS ATTENDRE AUJOURD'HUI ...**

On vous demandera d'examiner et de remplir quelques formulaires avant le début de votre session (un formulaire pour parent et un autre pour jeune). Répondez aux questions de votre mieux. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser à la réceptionniste et/ou au conseiller avant le début de la session.

Vous rencontrerez le conseiller pendant environ une heure afin de discuter de vos préoccupations particulières.

Ensuite, il y aura une pause de 10 à 15 minutes pendant laquelle le conseiller consultera le coordonnateur de la clinique sans rendez-vous dans le but de réfléchir sur la session, afin de vous offrir une gamme de possibilités à envisager.

Après la pause, vous passerez de 10 à 15 minutes en compagnie du conseiller, qui vous donnera une rétroaction, ainsi qu'une gamme d'idées.

Au terme de la session, le conseiller vous demandera, vos opinions au sujet de la session. Veuillez prendre quelques minutes avant de quitter pour remplir le formulaire d'évaluation 'Votre opinion compte'.

**MERCI**  
**VOS COMMENTAIRES NOUS SONT IMPORTANTS !**

---

### **PAGES SUIVANTES :**

- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
- CONSENTEMENT DU CLIENT POUR L'UTILISATION DU COURRIEL
- QUESTIONNAIRE DE CHOIX
- INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES DU CLIENT
- VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ
- PROCÉDURE DE PLAINTE

## CONSENTEMENT POUR RECEVOIR DES SERVICES

Pour les clients âgés de 12 ans et plus

Votre nom : \_\_\_\_\_

N° du client : \_\_\_\_\_ Votre date de naissance : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, consent à recevoir les services suivants du

Bureau des services à la jeunesse (BSJ) :

---

---

---

---

J'ai été informé de la nature de ces services, des risques, des avantages et des conséquences des services et des alternatives, y compris le fait de ne pas recevoir de services.

### **Votre confidentialité :**

Pour vous fournir des services, le BSJ doit conserver certains dossiers — il s'agit de votre « dossier client ». La déclaration de confidentialité du BSJ explique comment nous traitons votre dossier client et protégeons votre vie privée.

### **Informations importantes sur les limites de la confidentialité**

1. Si nous avons des inquiétudes quant à la sécurité d'une personne de moins de 16 ans (vous ou quelqu'un d'autre), nous devons aviser la Société de l'aide à l'enfance. Si nous avons des inquiétudes quant à la sécurité d'une personne âgée entre 16 et 18 ans (vous ou quelqu'un d'autre), il se peut qu'on en avise la Société de l'aide à l'enfance également.
2. Si vous nous informez que quelqu'un projette de faire du mal ou s'en est déjà pris à une autre personne, nous avons le devoir d'alerter la police.
3. Nous obéirons aux instructions des forces de l'ordre lorsqu'elles agissent en vertu d'un mandat ou d'une autorité légale similaire (assignations à comparaître, ordonnances du tribunal, etc.).
4. Si nous pensons que vous essayez de vous faire du mal, nous ferons tout notre possible pour garantir votre sécurité. Nous devons peut-être en parler à quelqu'un ou vous emmener chez un médecin.
5. À tout moment de votre travail avec nous, si nous décidons que vous représentez un risque important pour vous-même ou pour autrui, nous pouvons partager ces informations en interne avec d'autres membres du personnel du BSJ qui travaillent avec vous, ainsi qu'avec le personnel de direction concerné du BSJ, afin que nous puissions travailler ensemble pour vous aider et assurer votre sécurité et celle des autres. Nous devons peut-être également partager certaines informations externes au BSJ afin d'assurer la sécurité de tous. Conformément à notre politique de confidentialité, ce partage de vos informations au sein de l'agence se fait sur la base du « besoin de savoir ».
6. Si vous avez accepté de recevoir des services de notre part, nous ouvrirons un dossier. Vos informations sont conservées dans votre dossier papier et sur notre base de données confidentielle de l'agence. Nous conserverons des notes dans ce dossier afin de mieux travailler avec vous. Ce dossier contiendra des informations telles que votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, vos évaluations, votre plan de counseling, vos formulaires de consentement, votre correspondance, vos notes de cas et toute autre information importante.
7. Votre dossier est privé et seul le personnel qui « a besoin de savoir » vos informations pour vous fournir des services est autorisé à accéder à votre dossier.
8. En plus du personnel qui vous fournit les services, le BSJ peut également utiliser vos informations pour planifier, offrir et

maintenir la qualité de nos programmes ou services, gérer les risques, éduquer notre personnel, rechercher nos domaines de service et maintenir nos agréments et financements.

9. Si vous avez 16 ans ou plus, nous ne divulguons aucune information vous concernant sans votre autorisation, sauf si la loi l'exige (comme une ordonnance d'un tribunal).
10. Si vous avez moins de 16 ans et que votre tuteur légal demande des informations vous concernant, nous tenterons de vous contacter pour demander votre autorisation. Si nous ne parvenons pas à vous joindre dans un délai raisonnable, à moins que vous nous ayez déjà dit de ne pas partager d'informations avec votre parent ou tuteur, nous devons peut-être divulguer des informations vous concernant à votre tuteur légal.

**Si nous ne pouvons pas vous joindre, pouvons-nous partager vos informations avec votre parent ou tuteur ?**  
**OUI      NON**

*Si vous avez encadré « NON », le BSJ ne partagera pas vos informations avec votre parent ou tuteur, sauf si cela est requis par la loi ou une ordonnance d'un tribunal, ou si vous nous dites que vous avez changé d'avis.*

**Nous voulons vous entendre :**

Laissez nous des commentaires si vous pensez que notre service répond à vos besoins. Si vous n'êtes pas satisfait du service ou de quelque chose d'autre et que vous ne sentez pas que vous pouvez en parler avec le personnel, appelez simplement au 729-1000 et demandez à parler avec le directeur ou le coordonnateur du programme. Vos commentaires sont toujours les bienvenus, et nos bureaux et notre site Web disposent de processus de plaintes et de commentaires auxquels vous pouvez facilement accéder.

Nous pouvons également vous contacter dans l'année suivant la fin d'un service pour vous demander des commentaires et des suggestions sur notre prestation de services.

Si vous avez des questions concernant ce que vous venez de lire ou toute autre question sur nos services, n'hésitez pas à nous les poser.

**Veillez cocher les affirmations avec lesquelles vous êtes d'accord. Si vous n'êtes PAS d'accord avec l'une d'entre elles, veuillez en informer le personnel qui vous aide.**

- J'ai lu, compris et accepté toutes les informations ci-dessus. Le personnel du BSJ m'a demandé si j'avais des questions et j'ai eu des réponses à mes questions.
- Le personnel du BSJ m'a fourni une copie de la déclaration de confidentialité du BSJ, je l'ai lu et compris, et le personnel du BSJ a répondu à mes questions.
- Je comprends que ce formulaire s'appliquera également à tous les services du BSJ que j'accepterai à l'avenir.
- Je sais comment déposer une plainte ou fournir des commentaires sur le personnel et les services du BSJ.
- Le personnel du BSJ m'a informé où je peux en savoir plus sur les programmes et services du BSJ ainsi que sur sa mission et ses croyances.

En signant ci-dessous, je confirme que je comprends la nature et le but des services que j'accepte. Tout changement majeur dans les services que je reçois ou dans la manière dont le BSJ traite mes informations sera discuté avec moi et ne pourra être apporté sans ma permission. Je comprends que je peux changer d'avis à tout moment en informant le personnel du BSJ.

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

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du parent/tuteur, le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du témoin)

\_\_\_\_\_  
(Date)

*n. cl*

4 Novembre 2024

\_\_\_\_\_  
Autorisé par le directeur général Nina Gorka

\_\_\_\_\_  
(Date)

## **CONSENTEMENT DU CLIENT POUR l'utilisation du courriel pour échanger des renseignements personnels sur la santé**

Le BSJ offre maintenant des services de consultation de façon virtuelle. Nous avons aussi modifié nos lignes directrices habituelles pour permettre la communication par courriel. Nous faisons tout en notre possible pour réduire tout risque potentiel à la confidentialité. Cela comprendra le respect de lignes directrices détaillées et l'établissement de mots de passe pour protéger les documents joints par courriel. Veuillez passer en revue attentivement la liste suivante de risques et de conditions de sécurité en lien avec la communication par courriel. Si vous souhaitez autoriser la communication par courriel, veuillez signer ce formulaire. Vous pouvez aussi donner votre consentement verbalement par téléphone ou durant votre séance vidéo.

### **Risques liés à la communication par courriel**

Dans des circonstances régulières, le Commissariat à l'information et à la protection de la vie privée en Ontario n'appuie pas la communication de renseignements personnels sur la santé par le biais de courrier électronique non sécurisé pour les raisons suivantes :

- Le courriel non sécurisé n'est pas chiffré, et la sécurité, la confidentialité et la protection de la vie privée ne sont pas garanties.
- Pour des raisons techniques qui sont hors de notre contrôle, les courriels peuvent accuser des délais.
- Les courriels peuvent être acheminés, interceptés, distribués, sauvegardés ou même modifiés sans que vous ou le BSJ en ayez connaissance ou aient donné la permission.
- Les courriels peuvent introduire des virus dans un système informatisé et possiblement endommager ou perturber l'ordinateur.
- L'utilisation du courriel pour discuter d'informations sensibles peut augmenter le risque de divulgation de telles informations à des tierces parties.
- Les courriels que vous créez ou recevez à votre ordinateur de travail peuvent être consultés et votre employeur contrôle ces courriels.
- Les ordinateurs personnels peuvent être consultés par d'autres membres de la famille.

.../2

### Conditions pour l'utilisation du courriel

Si vous consentez à utiliser le courriel électronique, nous ajouterons l'information contenue dans les courriels à votre dossier, et ainsi, ceux qui sont autorisés à consulter votre dossier verront ces informations. Cela comprend les conseillers impliqués dans les services que vous recevez au BSJ et ceux impliqués dans la supervision de ces services.

À tout moment, vous ou votre conseiller pouvez décider d'arrêter la communication par courriel.

### Attestation et décharge pour autoriser la communication par courriel

J'ai lu, je comprends et j'accepte les risques et les conditions qui précèdent. Je reconnais qu'il n'existe aucune mesure de sécurité qui puisse rendre les informations échangées en ligne complètement sécuritaires et le BSJ ne peut pas garantir la sécurité de toute information envoyée par le biais du courriel non sécurisé.

Je prendrai les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de mon ordinateur personnel et de l'adresse courriel que j'ai fournie au BSJ.

J'établirai un mot de passe avec mon conseiller pour protéger l'information jointe par courriel en tant que façon de réduire les risques.

Suivant cette entente, je consens que l'utilisation de la communication par courriel est raisonnable et je conviens que le BSJ ne sera pas tenu responsable pour toute information qui puisse être divulguée à des personnes non autorisées par suite de notre communication par courriel.

Signature du client/parent/tuteur légal \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature d'un membre du personnel \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Questionnaire pour une rencontre de Choix

Date: (mois/jour/année)		
<i>Formulaire complété par:</i>		
<input type="checkbox"/> Jeune	Nom du jeune :	
<input type="checkbox"/> Parent	Nom du parent/gardien(ne) légal(e) :	
<input type="checkbox"/> Autre	Nom et lien avec le jeune :	

Type de session demandée:

- Individuelle
- Familiale
- Parent(s) seulement
- Autre (avec le/la jeune)

**Votre (vos) nom(s):**

Au BSJ, nous reconnaissons et valorisons la diversité des genres. Nous reconnaissons également la relation entre le respect ou non de votre identité de genre et votre santé mentale et votre bien-être. La collecte de ces informations nous aide désormais à travailler avec vous de manière respectueuse, inclusive et favorisant un bien-être positif. Nous vous demandons également quelles sont vos préférences avec les autres personnes dans votre vie au cas où il y aurait des personnes avec lesquelles vous ne seriez pas encore à l'aise de partager ces informations ou qui pourraient ne pas vous soutenir. Veuillez partager toute autre chose que vous souhaitez que nous sachions sur les noms et les pronoms.

• Nom choisi :

---

- Veuillez utiliser en session
- Veuillez utiliser lorsque vous contactez l'école
- Veuillez utiliser lorsque vous contactez les parents/tuteurs
- Veuillez utiliser avec des professionnels de la santé
- Notes spéciales:

---



---

• Nom attribué (mort):

---

- Veuillez utiliser en session
- Veuillez utiliser lorsque vous contactez l'école
- Veuillez utiliser lorsque vous contactez les parents/tuteurs
- Veuillez utiliser avec des professionnels de la santé
- Notes spéciales:

---



---

**Quelle est la raison qui fait que vous, vos parents ou autres êtes venus à la clinique aujourd'hui ?**

---

---

---

---

**Depuis combien de temps est-ce que cette raison vous préoccupe?**

Quelques jours                       Plusieurs semaines ou mois                       Années

---

**Est-ce que vous, votre jeune ou quelqu'un avec vous, songez présentement (aujourd'hui) au suicide?**

Oui                      Si oui, pouvez-vous nous en dire un peu plus :

---

Non

---

**Est-ce que vous, votre jeune ou quelqu'un avec vous, avez eu récemment (des derniers 3 mois), des idéations suicidaires?**

Oui

---

Non

---

**Croyez-vous qu'un membre de votre famille est à risque d'être blessé par quelqu'un?**

Oui

---

Non

---

**Quelles sont vos forces, vos stratégies et/ou les personnes qui vous soutiennent dans les difficultés que vous rencontrez?**

---

---

---

**Si vous avez participé à des services de counseling, qu'est-ce qui était utile ou inutile et que vous aimeriez nous partager?**

---

---

---

**Quelles sont vos attentes pour la session d'aujourd'hui?**

---

---

---

**Y-a-t-il autre chose, en lien avec la raison qui vous amène aujourd'hui, que l'on devrait savoir?**

---

---

---

---

---

---

Merci pour votre collaboration - nous avons hâte de vous voir bientôt!

## Informations démographiques du client

Date : M/J/A		
Nom du client :		
Date de naissance du client : M/J/A		
Pronom	• Elle <input type="checkbox"/> • Il <input type="checkbox"/> • Elli <input type="checkbox"/> • Ze <input type="checkbox"/> • Autre (veuillez préciser) _____ • Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>	
Adresse	Ville	Code postal
No. de téléphone à domicile	# de téléphone cellulaire - parent (s) :	# de téléphone cellulaire - jeune :
# de téléphone au travail :	Courriel - parent(s) :	
Courriel – jeune :	Nom du/des parent(s) ou tuteurs légal(aux) :	

**\* Si nous devons communiquer avec vous après la visite, pouvons-nous vous appeler à la maison, vous envoyer un courriel ou vous envoyer du courrier par la poste**

• Tél : oui  Quel numéro - maison :  travail :  cellulaire; lequel? parent  jeune  non

• Courriel : oui  Courriel parent (s)  Courriel jeune  non

• Poste : oui  non

• **Préférez-vous que votre visite demeure confidentielle et qu'elle ne soit pas dévoilée à vos parent(s) ou tuteurs? oui  non**

=====  
 Le Bureau des services à la jeunesse croit que de nombreux facteurs déterminent la santé, y compris le logement, l'environnement, l'éducation, le soutien social, la marginalisation et l'ethnicité. Veuillez nous aider à continuer d'offrir des services et programmes qui répondent à vos besoins en répondant à quelques questions à votre sujet. Plus nous connaissons nos clients, mieux nous pouvons concevoir des programmes qui répondent aux besoins de notre communauté. Répondre aux questions prendra quelques minutes. La participation est complètement volontaire et vous pouvez choisir de ne pas répondre à n'importe quelle question. Vous n'êtes pas tenu(e) de répondre aux questions pour recevoir des services du Bureau des services à la jeunesse.  
 =====

### Langue maternelle ?

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

### Dans quelle langue voulez-vous recevoir vos services

- Anglais
- Français

*Note – compléter la question suivante que s'il existe une différence entre la « langue maternelle » et la « langue préférée » pour les services.*

### Divergence linguistique : S'il vous plaît aider nous à comprendre l'écart entre votre "langue maternelle" et votre "langue préférée" pour les services?

- Une perception que la qualité du service est différente
- Une perception que les temps d'attente sont différents
- Un membre de la famille est unilingue
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre
- Divergence linguistique non applicable

### Autres langues (client)

#### Quelle langue est parlée à la maison?

- Anglais
- Français
- Arabe
- Cantonais
- Chinois n.d.a
- Allemand
- Langue Indigène
- Italien
- Mandarin
- Persan (Parsi)
- Portugais
- Somalien
- Espagnol
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

### Autres langues (pourvoyeur 1)

#### Quelle (s) langue (s) votre pourvoyeur (parent/gardien) parle-t-il?

- Anglais
- Français
- Arabe
- Cantonais
- Chinois n.d.a.
- Allemand
- Langue Indigène
- Italien
- Mandarin
- Persan (Parsi)
- Portugais
- Somalien
- Espagnol
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

### Autres langues (pourvoyeur 2)

#### Quelle (s) langue (s) votre autre pourvoyeur (parent/gardien) parle-t-il?

- Anglais
- Français
- Arabe
- Cantonais
- Chinois n.d.a.
- Allemand
- Langue indigène
- Italien
- Mandarin
- Persan (Parsi)
- Portugais
- Somalien
- Espagnol
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

## Incapacité

Incapacité : Une condition physique (votre corps), mentale (votre esprit) ou intellectuelle (la manière dont vous traitez l'information) qui limite vos mouvements, vos sens et vos activités.

### Avez-vous une invalidité et si oui, pouvez-vous décrire votre invalidité?

(Si oui, choisissez tous ceux qui s'appliquent.)

- Développementale  • Dextérité  • Accoutumance aux drogues ou à l'alcool
- Flexibilité  • Ouïe  • Apprentissage  • Mémoire  • Mentale/psychologique
- Douleur  • Vue  • Mobilité  • Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

## Population autochtone :

### Veuillez indiquer le groupe culturel qui représente le mieux votre identité, ou une partie de votre identité :

(Choisissez tous ceux qui s'appliquent.)

Premières Nations : • Algonquin  • Cree  • Mi'kmaq  • Mohawk  • Ojibway

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

• Inuit  • Métis  • Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_ • Préfère ne pas répondre  • S.O.

**Race** - Un ensemble de valeurs représentant le mieux un groupe de personnes possédants des caractéristiques physiques semblables et distinctes. La race comprend les caractéristiques biologiques telles que la couleur de la peau, le teint de la peau, la couleur des yeux et des cheveux.

### À quel groupe racial vous identifiez-vous ?

- Arabe  • Autochtone  • Blanc  • Noir  • Chinois  • Coréen  • Japonais
- Latino-Américain  • Philippin  • Sud-Asiatique (Indien de l'Inde, Pakistanais, Sri-Lankais)
- Asiatique du Sud-Est (Vietnamien, Cambodgien, Malaisien, Laotien)
- Asiatique occidental (Iranien, Afghan)
- Préfère ne pas répondre  • Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

## Ethnicité

Un ensemble de valeurs représentant le mieux une catégorie de personnes qui se considèrent différentes d'autres groupes d'après des expériences ancestrales, culturelles, nationales et sociales communes. L'ethnicité peut être modifiée ou imitée par l'intermédiaire de choix et de croyances. L'ethnicité se base sur l'auto-identification, alors que la race est imposée à une population par la société.

### À quel groupe ethnique/culturel vous identifiez-vous ? (Cochez tous ceux qui s'appliquent).

- Autochtone
- Nord-américain (Canadien, Américain, Mexicain)
- Îles Britanniques (Anglais, Irlandais, Écossais, Gallois)
- Français (Acadien, Français)
- Europe de l'Ouest (Autrichien, Belge, Hollandais, Allemand, Suisse)
- Europe du Nord (Danois, Finlandais, Islandais, Norvégien, Suédois)
- Europe de l'Est (Tchèque, Hongrois, Latvien, Lithuanien, Polonais, Roumain, Russe, Slovaque, Ukrainien)
- Europe du Sud (Bulgare, Croate, Grec, Italien, Portugais, Serbe, Slovène, Espagnol)

- Latin, origines de l'Amérique du Sud centrale (Colombien, Mexicain, Péruvien, Salvadorien)
- Autre de l'Europe (juif)
- Caraïbes (Barbadien, Guyanien, Haïtien, Indo-caribéen, Jamaïcain, Trinidadien/Tobagan, Antillais)
- Africain (Noir, Burundais, Congolais, Érythréen, Éthiopien, Ghanéen, Nigérien, Rwandais, Somalien, Africain du Sud)
- Asie de l'Ouest (Afghan, Arménien, Iranien, Israélien, Turque)
- Asie du Sud (Bangladais, Indien d'Asie, Pakistanais, Punjabi, Sri Lankais, Tamil)
- Asie de l'Est/Sud-est (Cambodgien, Chinois, Filipino, Japonais, Coréen, Vietnamien)
- Océanie (Australien, Insulaire du Pacifique)
- Inconnu
- Autre (veuillez spécifier) \_\_\_\_\_ Préfère ne pas répondre  S/O

### Sexe

Le sexe fait référence à votre statut biologique qui est généralement attribué à la naissance.

#### Quel sexe vous a été attribué à la naissance:

- Homme
- Femme
- Intersexe
- Préfère ne pas répondre

**Identité de genre :** Fait référence au sens psychologique inné et profondément ressenti d'une personne par rapport à son genre, ce qui peut ou non correspondre au corps ou au sexe désigné d'une personne à la naissance.

#### Qu'est-ce qui décrit le mieux votre identité de genre ?

- Asexué
- Bi-spiritualité
- Femelle/Femme
- Femelle trans/Femme trans
- Fluidité de genre
- Male/Homme
- Male trans/Homme trans
- Non binaire
- Autre : (veuillez préciser) \_\_\_\_\_ • Préfère ne pas répondre

### Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle fait référence à l'attraction, au désir ou à l'affection sexuelle pour une autre personne.

#### Quelle est votre orientation sexuelle?

- Asexuelle
- Bisexuelle
- Bi-spirituelle
- Gaie
- Hétérosexuelle
- Lesbienne
- Queer
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_ • Préfère ne pas répondre

## Religion, foi ou affiliation spirituelle :

- Bouddhiste
- Chrétien
- Hindou
- Peuples autochtones
- Juif
- Musulman
- Aucune affiliation religieuse, de foi ou spirituelle
- Sikh
- Autre/ veuillez préciser  \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

## Lieu d'origine :

### Votre lieu d'origine et le temps passé au Canada.

Dans quel pays êtes-vous né?

- Canada
- À l'extérieur du Canada (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

L'arrivée au Canada – notez, seulement si né à l'extérieur du Canada

### En quelle année est-vous arrivé au Canada?

- (M/J/A) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

## Statut juridique au Canada

### Comment décririez-vous votre statut au Canada?

- Citoyen
- Double citoyenneté
- Résident permanent
- Réfugié
- Résident temporaire
- Préfère ne pas répondre

## Le tuteur légal du client

- La mère seulement
- Le père seulement
- Les deux parents
- Société de l'aide à l'enfance (SAE) (pupille de la Couronne)
- SAE (soins et garde intérimaires)
- SAE (société ou pupille temporaire)
- Indépendant (jeune responsable pour lui-même)
- Aucun des deux parents, mais un membre de la parenté ou à l'extérieur de la parenté
- Parental SAE (entente de soins temporaires)
- Tuteur public
- Autre \_\_\_\_\_ (veuillez préciser)
- Préfère ne pas répondre

## Fréquente actuellement l'école

### Êtes-vous actuellement inscrit à l'école?

- Oui  Si vous avez coché oui, à quelle école \_\_\_\_\_
- Non  (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

**Note :** Cela ne s'applique qu'aux jeunes qui fréquentent une école dans la région d'Ottawa. Si vous n'êtes pas de la région d'Ottawa, ignorez la question.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conseil catholique du centre Est (CECCE)                  | <input type="checkbox"/> Ottawa Catholic School Board (OCSB) |
| <input type="checkbox"/> Conseil des écoles publique de l'Est de l'Ontario (CEPEO) | <input type="checkbox"/> École à domicile                    |
| <input type="checkbox"/> Ottawa Carleton District School Board (OCDSB)             | <input type="checkbox"/> École privée                        |
|  | <input type="checkbox"/> Post-secondaire                     |

## Niveau scolaire

### Dans quelle classe? S.V.P. encercler l'année qui correspond.

- |  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1                           | <input type="checkbox"/> 6  | <input type="checkbox"/> 11                         |
| <input type="checkbox"/> 2                           | <input type="checkbox"/> 7  | <input type="checkbox"/> 12                         |
| <input type="checkbox"/> 3                           | <input type="checkbox"/> 8  | <input type="checkbox"/> Post secondaire            |
| <input type="checkbox"/> 4                           | <input type="checkbox"/> 9  | <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez spécifier) |
| <input type="checkbox"/> 5                           | <input type="checkbox"/> 10 | _____   |
| <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre ___ |                             |   |

## Revenu familiale de l'année dernière :

### Quel était le revenu familial total?

- \$0 à \$29,999
- \$30,000 à \$59,999
- \$60,000 à \$89,999
- \$90,000 à \$119,999
- \$120,000 à \$149,999
- \$150,000 et plus
- Préfère ne pas répondre
- Je ne sais pas

## Soutien combien de personnes

Vous ne savez peut-être pas le revenu total mais pouvez-vous partager le nombre de personnes soutenu par le revenu familial ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 et plus
- Préfère ne pas répondre
- Je ne sais pas

## Source de référence (qui vous a conseillé de venir à la clinique) ?

- 1appel1clic.ca
- Accès coordonné
- Ami de la famille
- Auto-référence
- BSJ
- CAS
- Carrefour
- Centre Roberts Smart
- CHEO
- Centre de ressources communautaires
- Famille élargie
- Médecin
- Préfère ne pas répondre

## Condition de vie actuelle

### Dans quel genre de lieu habitez-vous actuellement?

- Appartement/maison
- Foyer de groupe
- Sans abri
- Abri, auberge de jeunesse
- Logement avec services de soutien
- De passage
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

## Condition de logements

### Avec qui habitez-vous actuellement?

- Famille d'accueil
- Amis
- Foyer de groupe
- Autonome
- D'autres membres de la parenté
- Avec un/des parent(s) ou un/des tuteur(s)
- Avec un (des) frère(s) ou une (des) sœur(s), aucun parents/tuteurs
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre



**YOUTH  
SERVICES  
JEUNESSE**

## **VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ : VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ**

**AU BSJ, NOUS RESPECTERONS ET PROTÉGERONS VOTRE VIE PRIVÉE.**

### **NOUS PERMETTRE DE RECUEILLIR VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ**

Il est important de garder vos renseignements personnels privés. Nous recueillons ces informations uniquement auprès de vous et, avec votre consentement, lorsque vous avez déclaré que vous nous autorisez à les obtenir auprès de quelqu'un d'autre.

Lorsque nous recueillons vos renseignements, certains peuvent ne pas être liés à votre santé, notamment votre nom, votre âge, votre origine ethnique, votre adresse, votre courriel, votre numéro de téléphone, etc.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment sur toute partie de vos renseignements personnels ou relatifs à votre santé, mais il pourrait être difficile pour nous de vous aider par la suite.

Nous ne vous demandons que des informations qui, à notre avis, nous aideront à vous fournir de bons services. C'est à vous de décider si vous souhaitez nous divulguer ces renseignements ou non.

La loi nous oblige à prendre des notes sur nos contacts avec vous. Cela peut inclure des éléments tels qu'une évaluation, votre plan de counseling, des formulaires de consentement, des notes de contact, des lettres et des courriels.

### **RECUEILLIR ET UTILISER VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ**

Nous recueillons et utilisons vos renseignements personnels pour déterminer comment nous pouvons mieux vous servir. Cela nous aide également à voir si les choses changent pour vous, à donner des informations à d'autres professionnels (avec votre permission) et à faire en sorte que nous fassions de notre mieux pour assurer votre sécurité. Nous vous demanderons votre consentement en premier lieu si nous voulons un jour utiliser vos informations pour quelque chose de nouveau.

Si nous croyons que vous êtes à risque de vous faire du mal, de faire du mal aux autres ou de subir un préjudice, nous travaillerons avec vous pour rendre les choses plus sécuritaires.

Le personnel du BSJ sait que vos renseignements personnels sont très confidentiels. Il a été formé quant à leur utilisation et à leur sécurité.

Nous protégeons vos informations en gardant votre dossier papier sous clé dans une zone privée. Nos ordinateurs sont également dans des zones privées et sont protégés par un mot de passe. Si vos renseignements quittent nos bureaux, nous les protégeons en les transférant dans des enveloppes ou des boîtes scellées, en les envoyant par ligne directe de télécopieur, en supprimant toutes les informations d'identification ou en les cryptant.

 613-729-1000  
 INFO@YSB.CA

  YSB.BSJ  
 BSJ\_YSB

**YSB.CA**

## **DIVULGUER VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ**

Vos renseignements personnels ne seront jamais divulgués à des personnes externes au BSJ sans votre consentement (ou si vous êtes incapable de prendre cette décision, ou sans le consentement de votre parent ou de votre tuteur), sauf dans trois cas : 1) s'il existe un risque que vous ou quelqu'un d'autre subissiez un préjudice grave; 2) pour des raisons juridiques (p. ex., en cas de violence à l'égard des enfants ou d'ordonnance d'un tribunal) 3) si vous avez moins de 16 ans, votre parent peut demander des renseignements sans votre consentement, à moins que vous n'ayez demandé à ce que vos parents ne participent pas à votre travail avec nous ou que vous nous disiez que vous ne souhaitez pas que vos informations soient divulguées à vos parents. Pour les jeunes de moins de 12 ans, les parents peuvent accéder à vos renseignements sans votre consentement.

Le BSJ peut utiliser vos renseignements de santé personnels aux fins du développement et de l'évaluation de programmes, de la surveillance de services, et pour des fins de recherche et de formation. Par contre, ces renseignements ne vous identifieront jamais ni ne pourront être utilisés pour vous identifier.

## **CONSERVER ET DÉTRUIRE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ**

Nous conservons vos renseignements personnels une fois que nos services auprès de vous ont pris fin afin que nous puissions répondre aux questions que vous pourriez vous poser dans l'avenir. Nous les conservons également afin de pouvoir répondre aux questions de nos bailleurs de fonds ou de nos organismes d'agrément. Cependant, nous ne leur divulguons pas vos informations personnelles sans votre consentement.

Nous conservons vos renseignements personnels aussi longtemps que requis par la loi et conformément à nos politiques. Ces délais peuvent varier en fonction des services.

Nous détruisons les fichiers papier contenant vos informations personnelles en les déchiquetant. Les fichiers électroniques sont supprimés.

## **VOTRE DROIT D'ACCÈS À VOS RENSEIGNEMENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ**

Vous avez le droit de consulter toute partie de vos renseignements personnels et d'en demander des copies. Certaines exceptions peuvent s'appliquer. Dans ces cas, nous vous dirons pourquoi.

Si vous souhaitez consulter vos renseignements personnels, ou si vous pensez que certaines informations de votre fichier sont incorrectes et que vous souhaitez les corriger, veuillez en faire la demande écrite à l'agent de la protection des renseignements personnels du BSJ à l'adresse au bas de la page précédente. Nous répondrons à votre demande dans un délai de 30 jours.

Si nous ne sommes pas d'accord avec la correction que vous demandez, vous pouvez rédiger un avis de désaccord que nous placerons dans votre dossier.

Si vous avez une question sur la confidentialité de vos renseignements personnels, nous vous encourageons à en discuter avec l'un de nos employés ou avec l'agent de protection de la vie privée du BSJ à [privacyofficer@ysb.ca](mailto:privacyofficer@ysb.ca) ou en utilisant les coordonnées au bas de la page précédente.

## **POUR PLUS D'INFORMATION :**

**COMMISSAIRE À L'INFORMATION ET À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DE L'ONTARIO**

2, RUE BLOOR EST, BUREAU 1400 TORONTO, ON M4W 1A8

416-326-3333 OU 1-800-387-0073

[WWW.IPC.ON.CA](http://WWW.IPC.ON.CA) | C: [INFO@IPC.ON.CA](mailto:INFO@IPC.ON.CA)

ou COMMISSARIAT À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU CANADA

112, RUE KENT OTTAWA ON K1A 1H3

613-947-1698 OU 1-800-282-1376

[WWW.PRIVCOM.GC.CA](http://WWW.PRIVCOM.GC.CA)

