***ATTENTION – Veuillez prendre connaissance de l’aide à la décision à la fin du document pour vous assurer que la situation DOIT ou PEUT être signalée à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)***

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE SIGNALEMENT DE MALTRAITANCE À LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CPQS)** |

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICATION** |
| **Personne signalante** |
| Prénom et nom | Cliquez ici pour taper du texte. | Titre d’emploi  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Coordonnées(courriel et/ou téléphone) | Cliquez ici pour taper du texte. | Date du signalement | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Personne maltraitée (usager ou usagère)**Cette personne est sous : [ ]  tutelle [ ]  mandat homologué  [ ]  autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Prénom et nom | Cliquez ici pour taper du texte. | Nom du représentant légal | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Date de naissance[AAAA/MM/JJ] | Cliquez ici pour taper du texte. | Numéro de dossier | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Lieu de résidence | Cliquez ici pour taper du texte. | Lieu où la maltraitance a été commise | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Personne présumée maltraitante** |
| Prénom et nom | Cliquez ici pour taper du texte. | Lien avec l’usager | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Titre d’emploi [si employé(e)] | Cliquez ici pour taper du texte. | Matricule[si employé(e)] | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Gestionnaire informé(e)** [ ]  Oui [ ]  Non  Si non, veuillez préciser pourquoi :Cliquez ici pour taper du texte. |
| Prénom et nom | Cliquez ici pour taper du texte. | Titre d’emploi | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Description de la maltraitance potentielle (cochez la ou les cases correspondantes)** |
| Maltraitance psychologique[ ]  Violence[ ]  Négligence | Maltraitance organisationnelle[ ]  Violence[ ]  Négligence |
| Maltraitance physique[ ]  Violence[ ]  Négligence | Violation des droits[ ]  Violence[ ]  Négligence |
| Maltraitance sexuelle[ ]  Violence[ ]  Négligence | Âgisme[ ]  Violence[ ]  Négligence |
| Maltraitance matérielle ou financière[ ]  Violence[ ]  Négligence | Agression entre usagers ou usagères[ ]  Gravité E1 et +[ ]  Autre |

|  |
| --- |
| **Synthèse de la situation repérée (ex. : chronologie des faits, indices de maltraitance)** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

***\* Si la vérification des faits n’a pas encore été planifiée ou complétée, transmettez le formulaire à la CPQS avec les sections 1 et 3 complétées. La section 2 devra être transmise une fois la vérification des faits et les actions appropriées entreprises.***

|  |
| --- |
| **2. GESTION DE LA SITUATION DE MALTRAITANCE** |
|  |
| **Actions réalisées / planifiées**  |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Objectifs visés par les actions réalisées / planifiées**  |
| [ ]  Faire cesser la maltraitance[ ]  Mettre en place un filet de sécurité (ex. : augmenter la présence du personnel dans le milieu, démarche d’ouverture d’un régime de protection, information à l’usager ou l’usagère sur les ressources d’aide, etc.)[ ]  Offrir à l’usager ou l’usagère les soins et services requis suite à la maltraitance subie[ ]  Vérifier si d’autres usagers ou usagères sont ou ont été victimes de maltraitance (si tel est le cas, fournir des précisions dans l’encadré ci-dessus)[ ]  Autre objectif (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **3. CONSENTEMENT** |
| ***La CPQS a la responsabilité de s’assurer de la confidentialité des renseignements permettant d’identifier la personne qui signale une situation de maltraitance, à moins d’un consentement de sa part.***Est-ce que vous consentez à être identifié(e) si jugé opportun par le commissaire responsable ? [ ]  Oui [ ]  Non |

**Transmettre le document rempli à l’adresse suivante :**

**plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca**

**Bureau des plaintes et de la qualité des services : 1 866 917-7903**

**- AIDE À LA DÉCISION -**

**SIGNALEMENT OBLIGATOIRE POUR LES PERSONNES SUIVANTES :**

* Toute personne majeure qui est hébergée dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
* Toute personne majeure qui est pris en charge par une ressource intermédiaire (RI) ou par une ressource de type familial (RTF);
* Toute personne majeure qui est en tutelle ou à l’égard de laquelle un mandat de protection a été homologué;
* Toute personne majeure dont l’inaptitude à prendre soin d’elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas d’une mesure de protection;
* Toute autre personne en situation de vulnérabilité qui réside dans une résidence privée pour aînés (RPA).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signalement d’une situation de maltraitance** | **OUI** | **NON** |
| La personne présumée maltraitée est une personne aînée OU majeure dont la capacité de demander ou d’obtenir de l’aide est limitée temporairement ou de façon permanente. | [ ]  | [ ]  |
| Elle a subi un geste singulier ou répétitif OU un défaut d’action appropriée. | [ ]  | [ ]  |
| Le geste ou le défaut d’action, intentionnel ou non, cause du tort ou de la détresse à la personne. | [ ]  | [ ]  |
| Le geste ou le défaut d’action se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance. | [ ]  | [ ]  |
| **Si vous répondez OUI à ces quatre questions, vous êtes devant une situation qui doit obligatoirement être signalée à la CPQS en vertu de la loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signalement d’une agression entre usagers ou usagères** | **OUI** | **NON** |
| L’usager ou l’usagère agressé€ a subi une blessure de niveau de gravité E1 ou + | [ ]  | [ ]  |
| **Si vous répondez OUI à cette question, vous êtes devant une situation qui doit obligatoirement être signalée à la CPQS en vertu des lignes directrices ministérielles sur la déclaration des incidents et accidents** |

**SIGNALEMENT VOLONTAIRE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signalement d’une situation de maltraitance** | **OUI** | **NON** |
| La personne concernée (ou son représentant légal) consent à ce que vous transmettiez des informations confidentielles la concernant à la CPQS. | [ ]  | [ ]  |
| Vous jugez utile de porter la situation à l’attention de la CPQS. | [ ]  | [ ]  |
| **Si vous répondez OUI à ces deux questions, vous êtes devant une situation qui peut être signalée à la CPQS en vertu de la loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signalement d’une agression entre usagers** | **OUI** | **NON** |
| La personne concernée (ou son représentant légal) consent à ce que vous transmettiez des informations confidentielles la concernant à la CPQS. | [ ]  | [ ]  |
| Vous jugez utile de porter la situation à l’attention de la CPQS. | [ ]  | [ ]  |
| **Si vous répondez OUI à ces deux questions, vous êtes devant une situation qui peut être signalée à la CPQS en vertu des lignes directrices ministérielles sur la déclaration des incidents et accidents** |