

## FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE MALTRAITANCE ENVERS UN AÎNÉ OU TOUTE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Section réservée au commissaire aux plaintes et à la qualité des services

N° dossier CPQS :

Intervention  Plainte

Pour obtenir de l'information concernant la maltraitance, nous vous invitons à contacter le Centre d'aide, d'évaluation et de référence en maltraitance (Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés) au 1 888 489-2287.

### 1. Identification de la personne qui effectue le signalement (votre identité demeurera confidentielle en l'absence de consentement)

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne présumée maltraitée :

- Famille, spécifiez le lien :  
 Tiers, spécifiez :  
 Prestataire de soins, spécifiez :

Téléphone :

Mode de communication privilégié :

Adresse courriel :

Téléphone  Courriel

Est-ce que vous consentez à ce que votre identité à titre de signalant soit communiquée si nécessaire?

Oui  Non

Justifiez :

### 2. Identification de la personne présumée maltraitée

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Date de naissance ou âge :

Numéro de dossier (si connu) :

NAM (si connu) :

Adresse du domicile ou  
nom de l'établissement :

Est-ce que la personne présumée maltraitée est visée par un des critères de signalement obligatoire de la [Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité](#)?

- Tout usager majeur qui est hébergé dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée;  Oui  Non
- Tout usager majeur qui est pris en charge par une ressource intermédiaire ou par une ressource de type familial;  Oui  Non
- Toute personne majeure qui est en tutelle ou en curatelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué (si oui, compléter la section 3);  Oui  Non

- 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;  Oui  Non
- Toute autre personne en situation de vulnérabilité qui réside dans une résidence privée pour aînés.  Oui  Non

**La personne présumée maltraitée a-t-elle subi un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui lui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse?**  Oui  Non

**Est-ce une personne dont la capacité de demander ou d'obtenir de l'aide est limitée temporairement ou de façon permanente, en raison notamment d'une contrainte, d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, lesquels peuvent être d'ordre physique, cognitif ou psychologique, tels une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme?**  Oui  Non

### 3. Signalement volontaire par une personne œuvrant pour l'établissement

Si la situation de maltraitance ne répond pas à un des critères de signalement obligatoire de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, ou qu'il n'y a pas de motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace l'aîné ou la personne en situation de vulnérabilité et que la nature de la menace n'inspire pas un sentiment d'urgence, le consentement de la personne présumée maltraitée ou de son représentant est requis afin de pouvoir communiquer des renseignements personnels relevant du secret professionnel et/ou de la confidentialité.

**Est-ce que la personne présumée maltraitée ou son représentant consent au signalement?**

Oui  Non

**Justifiez :**

**Est-ce que la personne présumée maltraitée ou son représentant consent à ce que des actions visant à la protéger soient mises en place?**  Oui  Non

**Justifiez :**

### 4. Identification du représentant légal si la personne présumée maltraitée est inapte

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Fonction :**  Tuteur  Curateur  Mandataire

### 5. Identification de la personne soupçonnée d'infliger de la maltraitance (si connue)

**Nom :**

**Prénom :**

**Lien avec la personne présumée maltraitée :**

**Titre d'emploi (si employé) :**

**Matricule (si employé) :**

## 6. Identification du type de maltraitance potentielle

- |                                   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Âgisme   | <input type="checkbox"/> Matérielle/Financière | <input type="checkbox"/> Organisationnelle | <input type="checkbox"/> Violation des droits |
| <input type="checkbox"/> Physique | <input type="checkbox"/> Sexuelle              | <input type="checkbox"/> Psychologique     |   |

## 7. Description des événements ayant conduit au signalement

(préciser la date, l'heure, le lieu, les indices de maltraitance et les témoins présents (s'il y a lieu))

## 8. Énumérez les actions réalisées/planifiées visant à mettre fin à la maltraitance

Est-ce qu'une personne en responsabilité (gestionnaire) est informée de la situation?  Oui  Non  
Si oui, nom et prénom de la personne en responsabilité ainsi que son titre d'emploi :

## 9. Autres informations pertinentes

**Acheminer ce formulaire au commissaire aux plaintes et à la qualité des services :**

**Par courriel :** [plaintes.cissslan@ssss.gouv.qc.ca](mailto:plaintes.cissslan@ssss.gouv.qc.ca)

**Par la poste :** Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière  
260, rue Lavaltrie Sud  
Joliette (Québec) J6E 5X7

**Pour nous joindre :** 450 759-5333 ou sans frais 1 800 229-1152, poste 402133