



Cet outil est un document de soutien au gestionnaire, en amont ou suite au signalement effectué au CPQS, qui peut être utilisé pour la planification des démarches à prévoir, ainsi que pour guider la documentation au dossier* de la situation de maltraitance présumée ou confirmée.

*IMPORTANT - Inscrire au début d'une nouvelle note évolutive **CONFIDENTIEL**

- | | | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 | Assurer la sécurité et le bien-être physique et psychologique immédiat de l'utilisateur et de toute autre personne concernée, incluant tout autre usager, résident, proche, témoin, intervenant, etc.
(ex. retirer ou éloigner la personne maltraitante de la personne maltraitée pour la période de vérification des faits, soutien équipe psycho social pour l'intervenant ou le PAE). | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 2 | Si la personne présumée maltraitante est un employé de l'établissement, informer immédiatement la direction des ressources humaines, une suspension temporaire ou permanente devrait être envisagée selon la gravité de la situation. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 3 | Si applicable, informer la sécurité et travailler avec eux au besoin si des mesures doivent être prises pour assurer la sécurité des usagers. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 4 | Rencontrer la personne présumée maltraitée pour établir sa perception de faits et de ses besoins. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 5 | Obtenir le consentement de la personne présumée maltraitée si la situation ne répond pas aux critères du signalement obligatoire et il est fortement recommandé même si le signalement est obligatoire. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 6 | Rencontrer toute autre personne impliquée pour établir leurs perceptions des faits et leurs besoins (p. ex. témoin, personne présumée maltraitante si possible, intervenant, autre usager, etc.) en respectant les règles de confidentialité qui s'appliquent. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 7 | Informer toutes les parties impliquées dans la situation de maltraitance, des recours et des mécanismes de soutien disponibles (ex. Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés, travailleur social, possibilités de signalement ou plainte au CPQS, corps policier, etc.) durant le processus de vérification des faits. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 8 | Impliquer et aviser l'équipe interdisciplinaire pour établir le plan de soins et de suivi et la coordination à établir lors du départ ou transfert de la personne maltraitée selon les besoins. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 9 | Veiller à ce que toutes les interventions bio-psycho-sociales requises pour confirmer ou infirmer la présence de la maltraitance soient effectuées selon les délais prescrits (prélèvement, examen physique, évaluation par une autre expertise interne ou externe, si besoin). | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 10 | Documenter la situation et toute intervention et suivi effectués, les résultats de ces derniers, ainsi que les évaluations, interventions et suivis prévus.
Inscrire au début d'une nouvelle note évolutive **CONFIDENTIEL** | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 11 | Si applicable, informer le département des archives et déterminer avec eux si des mesures doivent être prises pour protéger la confidentialité des dossiers des usagers. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 12 | Si la cueillette des faits implique des intervenants d'autres entités que l'établissement, s'assurer de faire signer des consentements pour assurer le partage d'informations. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 13 | Si applicable, consulter la personne désignée au niveau de l'établissement pour le processus d'intervention concerté (PIC). | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 14 | Informer le CPQS des actions prises par l'établissement, incluant les modalités prévues à la politique DG-041 (divulgarion, AH-223, mesures de soutien, etc.). | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |
| 15 | Si la situation a compromis ou aurait pu compromettre la sécurité de l'utilisateur :
- Compléter le rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223)
- Assurer la divulgation de l'événement et contacter la gestion des risques afin que la direction vous soutienne dans toutes les démarches et la revue d'événements, au besoin. | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> S/O |