

# Formulaire de plainte

Qui peut porter plainte?

Avez-vous discuté de votre situation avec la personne qui vous a offert le service?

En vertu de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, un usager, une personne ou son représentant peut formuler une plainte à l'égard des services de santé ou des services sociaux ainsi qu'à l'égard des services du domaine de la santé et des services sociaux qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

En faisant part de votre insatisfaction à la personne concernée ou à son supérieur, ils tenteront de résoudre le désagrément avec vous ou de trouver une solution.

## 1. Identification de l'auteur de la plainte (si différente de l'usager)

Nom :

Prénom :

Adresse postale (préciser le numéro de chambre ou d'appartement) :

Téléphone :

Adresse courriel :

L'usager est-il informé du dépôt de la plainte?  Oui  Non

Raison pour laquelle vous portez plainte au nom de l'usager :

Lien avec l'usager :

- Je suis le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager
- Je suis le représentant de l'usager majeur inapte :
  - Mandataire d'un mandat d'inaptitude homologué
  - Tutelle privée
  - Tutelle publique
- Je suis le représentant de l'usager déclaré inapte, mais qui ne bénéficie pas d'une mesure de protection
- Je démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte
- J'accompagne l'usager pour le dépôt de sa plainte

## 2. Identification de l'usager

Nom :

Prénom :

Adresse postale (préciser le numéro de chambre ou d'appartement) :

Téléphone :

Adresse courriel :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

Numéro de carte d'hôpital :

## 3. Lieu de l'évènement

Date et heure de l'évènement :

Endroit où la situation a eu lieu (exemple : centre hospitalier, CHSLD, etc.) :

Service ou unité de l'endroit où la situation a eu lieu s'il y a lieu (exemple : unité de soins, urgence, clinique externe, etc.) :

Nous vous suggérons d'abord de faire part de votre insatisfaction au responsable de l'endroit où est survenu l'évènement. Avez-vous déjà fait cette démarche?  Oui  Non

Quelles actions ont été posées par le responsable où est survenu l'évènement?

## 4. Identification s'il y a lieu de la personne salariée ou du professionnel visé (si connue)

Nom et prénom :

Titre d'emploi (si connu) :

Description de la personne (exemples : grandeur, couleur des yeux) :

## 5. Motif(s) de la plainte

## 6. Exposé des faits

(décrivez brièvement la description de l'évènement en précisant les circonstances)

## 7. Résultats attendus par le dépôt de la plainte

## 8. Signature de l'utilisateur ou de l'auteur de la plainte

(la signature de l'utilisateur est requise sauf si vous êtes son représentant)

Signature de l'utilisateur :

Date :

Signature du représentant :

Date :

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

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

**Par télécopieur :** 450 756-0598

**Par la poste :** Commissariat aux plaintes et à la qualité des services  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière  
1000, boulevard Sainte-Anne  
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2

**Pour nous joindre :** 1 800 229-1152, poste 402133

Sachez que vous pouvez être accompagné en tout temps dans votre démarche de plainte par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de Lanaudière au 1 877 767-2227 ou les comités des usagers de l'établissement.