

# Formulaire de premier contact pour les plaintes à la Commission d'éthique et de recours (CER)

Extrait des statuts de l'ASE :

➔ Art. 2 Seules les plaintes contre les membres de l'ASE peuvent être déposées.

Art der Kontaktaufnahme:  E-Mail  Post

Méthode de contact:  E-mail  Courrier

\*Prénom et nom : .....

Adresse, code postal et lieu : .....

Téléphone/Mobile : .....

\*E-Mail : .....

\*Prénom et nom de la personne concernée : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Relation :  Famille / environnement  Professionnel  Autre relation avec le client/patient

\* Nom de l'ergothérapeute ou de l'institution concernée : .....

(Les plaintes ne peuvent être déposées que contre des membres de l'ASE).

Membre ASE:  Oui  Non

Adresse du lieu de travail : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

\*L'ergothérapeute concerné est-il informé de la plainte ?  Oui  Non

\*Description du problème du point de vue du demandeur ou du plaignant :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\*Les sujets et articles concernés du code de déontologie :

<input type="checkbox"/> Mise à jour des connaissances et des compétences professionnelles	<input type="checkbox"/> Loyauté envers les collègues
<input type="checkbox"/> Prise en compte des conditions légales	<input type="checkbox"/> Intégrité physique
<input type="checkbox"/> Responsabilité professionnelle	<input type="checkbox"/> Droit à l'information
<input type="checkbox"/> Image professionnelle	<input type="checkbox"/> Respecte l'autonomie
<input type="checkbox"/> Protection des données	<input type="checkbox"/> Respecte la personne
<input type="checkbox"/> Coopération interprofessionnelle	<input type="checkbox"/> Autres :

\*Numéros d'articles du code de déontologie : .....

\*Documents joints :

Extraits de l'histoire médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Échange d'e-mails : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avis d'experts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Déclarations des témoins : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

D'autres, qui :

.....  
.....

\*Tentative de médiation ou réunion entre le plaignant et le ou les ergothérapeutes impliqués :

Oui  Non

Si oui, date :

Personnes présentes :

Contenu :

Si oui, date : .....

Personnes présentes : .....

Contenu : .....

\*Conversations antérieures avec :

Secrétariat/bureau de l'ASE  Oui  Non Date : .....

Directeur général de l'ASE  Oui  Non Date : .....

Président de l'ASE  Oui  Non Date : .....

Autres membres du comité central de l'ASE  Oui  Non Date : .....

Autres postes (Direction de la santé)  Oui  Non Date : .....

Contenu de l'échange :

.....  
.....  
.....  
.....

\*Date : ..... \*Signature : .....

**Important** : Tous les champs marqués d'un \* doivent être remplis pour que la demande soit traitée comme telle par le CER conformément au mandat et aux règlements conférés.

Veillez envoyer le formulaire et tout document supplémentaire à [ethik.beschwerde@ergotherapie.ch](mailto:ethik.beschwerde@ergotherapie.ch) ou à

Commission d'éthique et de recours de l'ASE  
Altenbergstrasse 29  
Case postale 686  
3000 Berne 8