

FINANCEMENT POUR LA THÉRAPIE OU LE CONSEIL POUR LES PATIENTS AYANT SUBI DE MAUVAIS TRAITEMENTS D'ORDRE SEXUEL

L'Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario (l'Ordre) finance la thérapie ou le conseil pour les patients qui allèguent avoir reçu des mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'un dentiste.

Comment savoir si je peux bénéficier d'un financement?

Si vous avez été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'un dentiste, vous pouvez demander une aide financière pour la thérapie ou le conseil en remplissant le **formulaire A**. La [loi](#) définit ainsi ces mauvais traitements :

- les rapports sexuels ou autres formes de rapports physiques d'ordre sexuel entre le dentiste et le patient;
- les attouchements d'ordre sexuel du patient par le dentiste;
- les comportements ou les remarques d'ordre sexuel du dentiste à l'égard du patient.

Le comité des relations avec les patients de l'Ordre examinera le **formulaire A** afin de déterminer si la demande répond aux critères d'admissibilité énoncés dans la législation (le [Code des professions de la santé](#), qui est l'annexe 2 de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, et à ceux du [règlement général](#) (en anglais seulement) adopté en vertu de la *Loi de 1991 sur les dentistes*).

La plupart des demandes doivent satisfaire aux critères d'admissibilité suivants :

- Il est allégué, dans une plainte ou un rapport, que la personne a été victime de mauvais traitements d'ordre sexuel de la part d'un dentiste alors qu'elle était une patiente de ce dernier.

Vous n'avez pas besoin de rencontrer le comité, car il n'examine que les documents écrits.

Existe-t-il une date limite pour faire une demande de financement?

Vous pouvez demander à tout moment une aide financière pour la thérapie ou le conseil. Il n'est pas nécessaire d'attendre la fin des enquêtes parallèles (enquête de l'Ordre à la suite d'une plainte ou d'un rapport, enquête de la police, etc.) ou de la procédure disciplinaire de l'Ordre, car le programme de financement est indépendant de toutes ces enquêtes.

Quel est le montant du financement disponible?

Le comité déterminera le montant de l'aide financière accordée aux candidats admissibles. Le montant maximum du financement qui peut être accordé s'élève à environ 17 000 \$.

L'Ordre le verse directement au thérapeute ou au conseiller au nom du demandeur admissible.

Dois-je faire appel à un thérapeute ou à un conseiller pour demander une aide financière? Comment en trouver un?

Il n'est pas nécessaire d'avoir un thérapeute ou un conseiller pour faire une demande de financement. Cependant, vous aurez besoin d'en avoir un pour recevoir le financement auquel vous êtes admissible.

Vous pouvez en trouver un dans le registre d'autres ordres professionnels. En voici des exemples :

- [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario](#)
- [Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario](#)
- [Ordre des psychologues de l'Ontario](#)
- [Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario](#)
- [Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en service social de l'Ontario](#)

Vous pouvez également choisir un thérapeute ou un conseiller non réglementé, à condition qu'il réponde aux exigences de la législation, mais cela signifie qu'il ne sera pas soumis à la surveillance professionnelle de l'Ordre ou de tout autre organisme de réglementation.

Une fois que vous avez trouvé un thérapeute ou un conseiller, celui-ci doit remplir le **formulaire B**, qui énonce les exigences législatives pour les thérapeutes et conseillers et pour le programme de financement.

Où puis-je trouver le formulaire de demande et d'autres formulaires pertinents?

Les formulaires du programme de financement suivants sont affichés sur le [site de l'Ordre](#) et se trouvent dans le présent dossier de candidature :

- **Formulaire A : Demande de financement**
 - Il s'agit du seul formulaire à remplir pour demander une aide financière pour la thérapie ou le conseil.
- **Formulaire B : Renseignements sur le thérapeute ou le conseiller**
 - Le thérapeute ou le conseiller de votre choix doit remplir ce formulaire.
- **Formulaire C : Demande de renseignements sur les honoraires pour les séances antérieures de thérapie ou de conseil**
 - Vous devez remplir ce formulaire si vous demandez le remboursement des honoraires que vous avez personnellement payés de votre poche.
- **Formulaire D : Présentation des honoraires de thérapie ou de conseil**
 - Le thérapeute ou le conseiller doit remplir ce formulaire chaque fois qu'il présente sa note à l'Ordre.

Des questions?

Envoyez-nous un [courriel](#) ou appelez-nous au 416-961-6555 ou au 1 800 565-4591 (sans frais)

Comment soumettre les formulaires

Écrivez-nous à
patientrelations@rcdso.org

OU

Après avoir **imprimé** le formulaire, envoyez-le au comité des relations avec les patients de l'**Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario**, au 6 Crescent Road, Toronto, ON M4W 1T1.

DEMANDE DE FINANCEMENT

Le demandeur doit remplir ce formulaire. Après avoir examiné la demande dûment remplie, le comité des relations avec les patients de l'Ordre déterminera si les critères d'admissibilité énoncés dans la législation ont été respectés et, le cas échéant, le montant de l'aide financière qui sera accordée.

Vous n'avez pas besoin d'avoir un thérapeute ou un conseiller pour demander un financement. Cependant, vous aurez besoin d'avoir un thérapeute ou un conseiller pour accéder à tout financement qui vous sera accordé. Le thérapeute ou le conseiller que vous avez choisi devra remplir le **formulaire B**.

Coordonnées du demandeur

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

Moyen de communication préféré :

TÉLÉPHONE

COURRIEL

COURRIER

Je soussigné(e), _____, ai été victime de mauvais
nom du demandeur
 traitements d'ordre sexuel de la part du D^r/de la D^{re} _____
nom du dentiste
 lorsque j'étais son patient ou sa patiente.

Ces mauvais traitements ont duré du _____ au _____.
date approximative date approximative

J'ai été patient(e) de ce/cette dentiste du _____ au _____.
date approximative date approximative

Je demande un financement pour une thérapie ou du conseil à la suite de ce mauvais traitement.

Autres sources de financement (p. ex., une assurance maladie privée) :

_____ (nom du fournisseur) _____ (montant)

Veillez cocher les cases correspondant à votre situation :

	Oui	Non	Peut-être
J'ai choisi un thérapeute ou un conseiller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà commencé ma thérapie ou mon conseil et payé les honoraires de ma poche, et j'ai l'intention de demander à l'Ordre un remboursement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En signant le présent document, je consens à ce qui suit :

1. Je comprends que le comité des relations avec les patients décidera si je réponds aux critères d'admissibilité fixés par la législation pour ce financement.
2. Je comprends que, si le comité décide que j'ai droit à une aide financière, cela ne signifie pas pour autant que le dentiste susmentionné est reconnu coupable ni que l'affaire est prise en compte par un autre comité de l'Ordre.
3. Je comprends que, si j'ai droit à une aide financière, le comité décidera du montant qui me sera accordé et que je disposerai de cinq ans pour en faire usage. Cette période commencera à la date à laquelle le comité déterminera que je peux bénéficier d'une aide financière ou, si je demande le remboursement de paiement d'honoraires antérieurs, à la date à laquelle j'ai reçu ma première séance de thérapie ou de conseil liée aux mauvais traitements d'ordre sexuel que j'ai subis, la première des deux dates étant retenue.
4. Je comprends que mon thérapeute ou mon conseiller doit répondre aux normes juridiques suivantes :
 - A. Nous n'avons aucun lien de parenté et aucun conflit d'intérêts potentiel. Je comprends et j'accepte que le terme « lien de parenté » englobe les relations par alliance.
 - B. Le thérapeute ou le conseiller ne peut, à aucun moment ni dans aucun territoire, avoir été reconnu coupable d'une faute professionnelle de nature sexuelle, ou avoir été reconnu responsable, pénalement ou civilement, d'un acte de nature sexuelle.
5. Je comprends que si je choisis un thérapeute ou un conseiller qui n'est pas un professionnel de la santé réglementé, il n'est pas soumis à la surveillance professionnelle de l'Ordre ou de tout autre organisme de réglementation.
6. Il est entendu :
 - que le financement est réservé à la thérapie ou au conseil;
 - que l'Ordre rembourse directement les honoraires au thérapeute ou au conseiller;
 - que l'Ordre n'effectue aucun paiement en cas de retard ou d'absence.
7. Je comprends que je dois d'abord recourir à d'autres sources de financement pour la thérapie ou le conseil (l'Assurance-santé de l'Ontario, ma police d'assurance maladie privée, etc.) et que je ne peux pas percevoir deux paiements pour le même service. Je consens à ce que l'Ordre communique avec mon thérapeute, mon conseiller ou mes fournisseurs privés d'assurance maladie pour savoir à quel montant d'aide financière j'ai droit.
8. Je comprends que je dois remplir le **formulaire C** si je souhaite demander le remboursement des honoraires de thérapie ou de conseil que j'ai payés de ma poche.
9. Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre de la procédure de demande de financement et à m'abstenir de les utiliser à d'autres fins.

Signature du demandeur

Date

Comment soumettre les formulaires

Écrivez-nous à
patientrelations@rcdso.org

OU

Après avoir **imprimé** le formulaire, envoyez-le au comité des relations avec les patients de l'**Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario**, au 6 Crescent Road, Toronto, ON M4W 1T1.

RENSEIGNEMENTS SUR LE THÉRAPEUTE OU LE CONSEILLER

Ce formulaire doit être rempli par le thérapeute ou le conseiller. Le comité des relations avec les patients suit les règles et les règlements promulgués par le gouvernement de l'Ontario qui aident l'Ordre à mettre en œuvre ce programme de financement. Ce formulaire doit être rempli une fois que le demandeur a choisi un thérapeute/conseiller et est nécessaire pour que le financement puisse être accordé.

Renseignements sur le thérapeute ou le conseiller

NOM DU THÉRAPEUTE
OU DU CONSEILLER :

NOM DU CABINET (le cas échéant) :

ADRESSE DU CABINET :

ADRESSE DE FACTURATION :
(si elle diffère de l'adresse du cabinet) :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

TAUX HORAIRE :

Je soussigné(e), _____, fournis ou me propose
de fournir une thérapie ou du conseil à _____,
dans le cadre du programme de financement de l'Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario.

nom du thérapeute ou du conseiller

nom du demandeur

Veillez cocher les cases correspondant à votre situation :

- Je suis devenu membre de l'Ordre _____ en _____
Mon numéro d'enregistrement est le _____.
- Je ne suis plus membre de l'Ordre _____ depuis _____.
- Je n'ai jamais été membre d'une profession de la santé réglementée.

En signant le présent document, je consens à ce qui suit :

1. Je comprends que le comité des relations avec les patients décidera si le candidat est admissible à un financement et, le cas échéant, le montant qui sera accordé.
2. Je comprends que les candidats admissibles auront cinq ans pour utiliser le financement. Cette période commencera à la date à laquelle le comité déterminera que le demandeur peut bénéficier d'une aide financière ou, si ce dernier demande le remboursement de paiement d'honoraires antérieurs, à la date à laquelle il a reçu sa première séance de thérapie ou de conseil liée aux mauvais traitements d'ordre sexuel qu'il a subis, la première des deux dates étant retenue.
3. Je comprends que le financement doit être réservé à la thérapie ou au conseil, et que tous les paiements me seront versés directement et qu'il n'y aura pas de paiement si le client arrive en retard à son rendez-vous ou le manque.
4. Je comprends que le patient doit d'abord recourir aux autres sources de financement comme l'Assurance-santé de l'Ontario ou à sa police d'assurance-maladie privée et que l'Ordre ne paiera pas deux fois pour le même service.
5. À ma connaissance, le demandeur ne dispose d'aucune autre source de financement pour la thérapie ou le conseil. Dans le cas contraire, il dispose des sources de financement supplémentaires suivantes :

Nom du fournisseur

Montant disponible

6. Si à tout moment le demandeur dispose d'autres sources de financement, j'en informerai l'Ordre et, le cas échéant, je déduirai le montant financé par cette source de toute note d'honoraires ultérieure adressée à l'Ordre ou je cesserai de lui soumettre ces notes si l'autre source de financement couvre la totalité du montant.
7. Si le demandeur soumet une demande de remboursement pour des honoraires de thérapie antérieurs (**formulaire C**), j'accepte de rembourser directement le demandeur en échange des fonds reçus de l'Ordre.
8. Je comprends que je dois remplir le **formulaire D** chaque fois que je présente ma note d'honoraires à l'Ordre.
9. Je n'ai aucun lien de parenté avec le demandeur. Je comprends et j'accepte que le terme « lien de parenté » englobe les relations par alliance. Je n'ai connaissance d'aucun autre conflit d'intérêts, réel ou potentiel.
10. Je n'ai, à aucun moment ni dans aucun territoire, été reconnu coupable de faute professionnelle de nature sexuelle, ni n'ai été reconnu responsable, pénalement ou civilement, d'un acte de nature sexuelle.
11. Le cas échéant, j'ai expliqué au demandeur que je ne suis pas membre d'une profession de la santé réglementée et que je ne suis pas soumis à la surveillance professionnelle de l'Ordre ou de tout autre organisme de réglementation.
12. Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre de la procédure de demande de financement et à m'abstenir d'utiliser ces données à d'autres fins.
13. Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que je contacterai l'Ordre en cas de modification des informations figurant dans le présent formulaire.

Signature du thérapeute ou du conseiller

Date

**Comment
soumettre les
formulaires**

Écrivez-nous à
patientrelations@rcdso.org

OU

Après avoir **imprimé** le formulaire, envoyez-le au comité des relations avec les patients de l'**Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario**, au 6 Crescent Road, Toronto, ON M4W 1T1.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES HONORAIRES POUR LES SÉANCES ANTÉRIEURES DE THÉRAPIE OU DE CONSEIL

Ce formulaire est rempli par le demandeur. L'Ordre peut rembourser au demandeur les honoraires de thérapie ou de conseil qu'il a personnellement payés si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- il a reçu la thérapie ou le conseil à tout moment après avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel;
- les honoraires n'ont pas été pris en charge par un autre fournisseur;
- la note du thérapeute ou du conseiller comporte les dates des séances et les honoraires demandés à chaque séance;
- le thérapeute ou le conseiller accepte de rembourser le demandeur, moyennant des fonds qui lui seront versés directement.

Coordonnées du demandeur

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

Moyen de communication préféré :

TÉLÉPHONE

COURRIEL

COURRIER

Autres sources de financement (p. ex., une assurance maladie privée) :

_____ (nom du fournisseur) _____ (montant)

Renseignements sur le thérapeute ou le conseiller

NOM DU THÉRAPEUTE OU DU CONSEILLER :

NOM DU CABINET (le cas échéant) :

ADRESSE DU CABINET :

ADRESSE DE FACTURATION :

(si elle diffère de l'adresse du cabinet) :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

Renseignements sur la thérapie ou le conseil

Dates des séances	Honoraires	Montant demandé (s'il diffère des honoraires)

TOTAL DEMANDÉ : _____ \$

En signant ce document, je consens à ce qui suit :

1. Je demande le remboursement des séances de thérapie ou de conseil que j'ai reçues après le mauvais traitement d'ordre sexuel présumé. Tous les frais liés à ces séances étaient destinés à ma thérapie/mon conseil.
2. J'ai utilisé toutes les autres sources de financement à ma disposition avant de demander le remboursement de ces honoraires.
3. J'ai payé de ma poche ces honoraires antérieurs qu'on ne m'a pas encore remboursés. Je comprends que je ne peux pas percevoir deux paiements pour le même service.
4. Je fournis, ou mon thérapeute ou conseiller fournit, des reçus ou des notes d'honoraires pour les séances de thérapie ou de conseil dont je demande le remboursement.
5. Je comprends que mon thérapeute ou mon conseiller doit accepter de me rembourser en échange de fonds que l'Ordre lui versera directement.
6. Mon thérapeute ou mon conseiller répond aux normes juridiques suivantes :
 - A. Nous n'avons aucun lien de parenté et aucun conflit d'intérêts potentiel. Je comprends et j'accepte que le terme « lien de parenté » englobe les relations par alliance.
 - B. Le thérapeute ou le conseiller n'a, à aucun moment ni dans aucun territoire, été reconnu coupable d'une faute professionnelle de nature sexuelle et n'a pas été reconnu pénalement ou civilement responsable d'un acte de nature sexuelle.
7. Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre de la procédure de demande de financement et à m'abstenir de les utiliser à d'autres fins.
8. Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que je tiendrai l'Ordre au courant en cas de modification des informations figurant dans le présent formulaire.

Signature du demandeur

Date

**Comment
soumettre les
formulaires**

Écrivez-nous à
patientrelations@rcdso.org

OU

Après avoir **imprimé** le formulaire, envoyez-le au comité des relations avec les patients de l'**Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario**, au 6 Crescent Road, Toronto, ON M4W 1T1.

PRÉSENTATION DES HONORAIRES DE THÉRAPIE OU DE CONSEIL

Après avoir signé le présent formulaire, le thérapeute ou le conseiller doit le joindre à ses honoraires.

Aucune des informations que j'ai fournies dans le **formulaire B** (*Renseignements sur le thérapeute ou le conseiller*) n'a changé, à l'exception de ce qui suit :

Signature du thérapeute ou du conseiller

Date

**Comment
soumettre les
formulaires**

Écrivez-nous à
patientrelations@rcdso.org

OU

Après avoir **imprimé** le formulaire, envoyez-le au comité des relations avec les patients de l'**Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario**, au 6 Crescent Road, Toronto, ON M4W 1T1.