

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR CAS D'ABUS PSYCHIATRIQUE

Bonjour,

Bienvenue sur le site internet de la Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme. Votre réponse est pour nous d'une grande valeur. Sans l'intérêt et l'aide de gens comme vous, nous n'aurions jamais pu progresser autant dans la lutte contre les violations, si courantes, des droits de l'homme, à l'intérieur du système psychiatrique.

N'oubliez pas, la première chose à faire en vue de corriger les injustices et de remédier aux abus des droits de l'homme, c'est de les signaler. Les conditions peuvent être changées comme notre organisme l'a démontré à maintes reprises. Toute information sera traitée de manière strictement confidentielle.

Si vous désirez rapporter un abus ou un crime psychiatrique, assurez-vous de remplir ce questionnaire de la façon la plus complète possible. S'il y a davantage de détails que vous désirez faire connaître ou que vous désirez communiquer, autre que ce qui est couvert ici, s.v.p. ajoutez les informations supplémentaires à ce formulaire. Cela nous fournit les informations essentielles sur votre cas, ou sur celui d'un membre de votre famille ou d'un(e) ami(e).

Après avoir imprimé le questionnaire, complétez-le de la manière la plus complète possible, puis postez-le à :

CCDH Québec
Case postale 30,006
Québec (Québec)
G1K 8Y1

Après avoir pris connaissance de votre questionnaire, un représentant de notre organisation vous contactera soit par téléphone, soit par courrier, et vous informera de la marche à suivre en fonction de votre situation.

La CCDH ne donne aucun avis médical ou légal, cependant elle travaille en étroite collaboration et supporte les médecins et la profession médicale. Une zone sur laquelle la CCDH porte une attention toute particulière est l'utilisation trompeuse de « diagnostics » subjectifs qui n'ont aucune valeur scientifique ou médicale. S'appuyant sur ces faux diagnostics, les psychiatres justifient et prescrivent des traitements dommageables pour la vie, incluant des médicaments qui altèrent l'état mental et qui masquent les difficultés sous-jacentes de la personne et l'empêchent de se rétablir.

Veillez remplir les espaces suivants :

Vos informations

Nom : _____

Adresse : _____

Ville: _____

Province: _____

Code postal : _____

Pays: _____

Téléphone : _____

Adresse de courriel : _____

Date de naissance : _____

Votre compte rendu :

Répondez aux questions suivantes, de la manière la plus complète possible. (Donnez des dates précises si vous le pouvez) :

QUAND EST-CE QUE L'ABUS QUE VOUS VOULEZ SIGNALER S'EST-IL PRODUIT ?

QUI ÉTAIT LE MÉDECIN TRAITANT DANS CE CAS? VEUILLEZ L'ÉCRIRE AU COMPLET : NOM ET QUEL TYPE DE DOCTEUR IL EST (PSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE, ETC.) :

QUELLE ÉTAIT LA DERNIÈRE ADRESSE ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CONNUS DU CABINET DE CE PSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE ?

QUELS SONT LES NOMS DE TOUT AUTRE EMPLOYÉ OU DOCTEUR IMPLIQUÉS DANS LES ABUS, SELON VOUS ? (veuillez préciser leur titre ou emploi)

QUEL EST LE NOM DE L'HÔPITAL/ENDROIT OÙ CELA A EU LIEU ? SI PLUS D'UN, LE MENTIONNER ICI. INDIQUEZ ADRESSE ET TELEPHONE DE CHAQUE ENDROIT, SI CONNUS :

SI LA VICTIME EST/ÉTAIT COUVERTE PAR UNE ASSURANCE (PRIVÉE OU GOUVERNEMENTALE), QUEL EST LE NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU DE L'ORGANISATION QUI A PAYÉ POUR LE TRAITEMENT ET/OU L'HOSPITALISATION ?

QUELLE EST LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS AVEZ ÉTÉ PLACÉ(E) SOUS LES SOINS D'UN PSYCHIATRE À CET ENDROIT ETC. ? (SVP, veuillez inscrire la différence entre le diagnostic énoncé par le psychiatre, et ce que vous pensiez être le problème [si tant est qu'il y en avait un] à l'époque)

SVP, RÉPONDRE PAR *OUI* OU *NON* AUX QUESTIONS SUIVANTES. SI VOUS RÉPONDEZ *OUI* À L'UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, FOURNISSEZ TOUS LES DÉTAILS NÉCESSAIRES.

ÊTES-VOUS ENTRÉ À L'HÔPITAL DE VOTRE PLEIN GRÉ ? (encerclez)

Oui
Non

AVEZ-VOUS ÉTÉ ADMIS CONTRE VOTRE GRÉ ?

Oui
Non

DANS VOTRE SITUATION, Y A-T-IL EU UNE DÉCISION JUDICIAIRE ?

Oui
Non

SI *OUI*, QUI EN A FAIT LA REQUÊTE ?

POUR QUELLE RAISON ?

VOUS A-T-ON INFORMÉ DE VOS DROITS EN TANT QUE PATIENT AVANT VOTRE ADMISSION ?

Oui
Non

SI VOUS NE L'AVEZ PAS ÉTÉ AVANT VOTRE ADMISSION, L'AVEZ-VOUS ÉTÉ À UN AUTRE MOMENT LORS DE VOTRE ADMISSION ?

Oui
Non

SI *OUI*, QUI VOUS A INFORMÉ(E) ET QUE VOUS A-T-ON DIT ?

VOUS EST-IL ARRIVÉ L'UNE DES CHOSES SUIVANTES ? (si *oui*, donnez tous les détails)
VIOLENCE PHYSIQUE ?

Oui
Non

SOUMIS(E) À UNE MÉDICATION SANS VOTRE CONSENTEMENT ?

Oui
Non

SI *OUI*, QUELS MÉDICAMENTS VOUS A-T-ON FAIT PRENDRE ? (y compris les doses, et combien de fois ils furent administrés)

MÉDICATION EXCESSIVE ?

Oui
Non

EFFETS SECONDAIRES INTOLÉRABLES RELIÉS À CES MÉDICAMENTS ?

Oui
Non

SI *OUI*, QUELS ÉTAIENT CES EFFETS SECONDAIRES ?

EFFETS PERMANENTS OU PERSISTANTS DE CES MÉDICAMENTS ?

Oui
Non

SI *OUI*, QUELS ÉTAIENT CES EFFETS ET SONT-ILS ENCORE PRÉSENTS ?

AVEZ-VOUS ÉTÉ INFORMÉ(E) DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS ?

Oui
Non

(SI VOUS AVEZ ÉTÉ INFORMÉ(E), ÉCRIVEZ CE QUI VOUS A ÉTÉ DIT)

ABUS SEXUEL, MAUVAISE CONDUITE OU VIOL ?

Oui
Non

(si cela s'est produit, il peut être difficile d'en décrire les détails, mais veuillez écrire ce que vous pouvez et mentionnez qui était la personne impliquée dans cet abus)

EST-CE QUE CET ABUS SEXUEL ÉTAIT APPELÉ THÉRAPIE ?

Oui
Non

SI *OUI*, PAR QUI ?

SOUMIS(E) À DES CONTRAINTES (CONTENTION) ?

Oui
Non

PLACÉ(E) EN ISOLATION ?

Oui
Non

SI SOUMIS À DES CONTRAINTES OU PLACÉ EN ISOLATION, VÉRIFIAIT-ON VOTRE ÉTAT RÉGULIÈREMENT?

Oui
Non

SI *OUI*, À QUELLE FRÉQUENCE ?

AVEZ-VOUS JAMAIS ÉTÉ MENACÉ(E) DE SÉVICES CORPORELS ?

Oui
Non

SI *OUI*, PAR QUI ? Y AVAIT-IL UNE RAISON À CETTE MENACE ?

AVEZ-VOUS ÉTÉ MENACÉ(E) D'INTERNEMENT OU DE PUNITIONS POUR REFUS D'ACCEPTER VOTRE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE ?

Oui
Non

SI *OUI*, PAR QUI ET QUE S'EST-IL PRODUIT ?

AVEZ-VOUS ÉTÉ CONTRAINT(E) À L'HOSPITALISATION OU À UN TRAITEMENT ?

Oui

Non

SI *OUI*, PAR QUI ET COMMENT ?

VOUS A-T-ON ADMINISTRÉ DES ELECTROCHOCES (aussi connus comme « Traitement par électrochocs », « Thérapie électroconvulsive », « Traitement de choc » et « ECT ») ?

Oui
Non

SI *OUI*, QUE VOUS A-T-ON DIT AU SUJET DU TRAITEMENT PAR ELECTROCHOCES AVANT DE LES RECEVOIR ?

AVEZ-VOUS SIGNÉ UN FORMULAIRE CONSENTANT À CE TYPE DE TRAITEMENT ?

Oui
Non

SI *OUI*, QUE DISAIT LE FORMULAIRE ?

EST-CE QUE VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCES ÉTAIT COMPLÈTEMENT TERMINÉE ?

Oui
Non

QUEL POURCENTAGE AVAIT ÉTÉ UTILISÉ ?

AVEZ-VOUS DES COPIES DES FACTURES D'ASSURANCE ET DES DOSSIERS MÉDICAUX ?

Oui
Non

AVEZ-VOUS ÉTÉ FACTURÉ(E) POUR DES SERVICES NON REÇUS ?

Oui
Non

AVEZ-VOUS ÉTÉ FACTURÉ(E) EN DOUBLE SUR VOTRE ASSURANCE ?

Oui
Non

DES MONTANTS EXORBITANTS SUR VOS FACTURES D'ASSURANCE ?

Oui
Non

AVEZ-VOUS ÉTÉ TÉMOIN DE N'IMPORTE LEQUEL DES POINTS MENTIONNÉS CI-DESSUS CONCERNANT QUELQU'UN D'AUTRE ?

Oui
Non

SI *OUI*, ET SI VOUS AVEZ L'INFORMATION, VEUILLEZ DONNER LES NOMS, CE QUI A ÉTÉ FAIT ET QUI A COMMIS L'ABUS :

QUELLE RAISON VOUS A ÉTÉ DONNÉE CONCERNANT VOTRE AUTORISATION DE SORTIE ?

AVEZ-VOUS CONTACTÉ UN AVOCAT ?

Oui
Non

QUELLE FUT SA REPOSE ? (ceci n'affecte en rien l'intérêt que nous portons à votre cas)

AVEZ-VOUS PORTÉ PLAINTÉ CONTRE CET/CES ABUS ?

Oui
Non

SI *OUI*, AUPRÈS DE QUELLE ORGANISATION OU PERSONNE OFFICIELLE ?

DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ DÉPOSÉ LA PLAINTÉ ?

De plus, aimeriez-vous :

- 1) Que la CCDH enquête davantage sur votre/ce cas ?
Oui
Non
- 2) Que des plaintes soient déposées en votre/autre nom (avec permission) auprès d'autorités compétentes ?
Oui
Non
- 3) Donner des interviews sur votre cas aux médias afin d'attirer l'attention du public sur ces problèmes ?
Oui
Non
- 4) Aider à faire passer une loi dans votre région ou votre province sur les questions ayant trait à l'un de ces types d'abus vous touchant personnellement, ou une autre personne ?
Oui
Non
- 5) Écrire à des députés concernant ces abus ?
Oui
Non
- 6) Démarrer ou vous engager dans un groupe qui soutient des personnes victimes d'abus similaires ?
Oui
Non

Encore une fois merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Quelqu'un de notre bureau vous contactera afin de vous aider dans les prochaines étapes en ce qui vous concerne, une fois que cette information aura été revue et qu'il aura été déterminé ce que nous pourrions faire de mieux afin d'exposer et de corriger ce qui vous a été fait.

S'il-vous-plaît, postez le formulaire complété à :

CCDH Québec
(adresse)