

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR CAS D'ABUS À L'INTENTION DES PARENTS ET DES GRANDS-PARENTS

Est-ce que votre enfant (ou l'enfant d'une autre personne que vous connaissez) a été visé pour un traitement psychiatrique ou psychologique, a subi des préjudices causés par des médicaments psychiatriques ou a été forcé d'en prendre malgré votre désaccord ? Est-ce que quelqu'un a essayé de vous convaincre que votre enfant a un « désordre d'apprentissage » ou est « hyperactif » ? Êtes-vous au courant si votre enfant est soumis à des programmes, à des tests ou à des traitements psychologiques à l'école ?

Si vous avez expérimenté personnellement ceci ou si vous connaissez quelqu'un d'autre dans cette situation, prenez le temps s'il-vous-plaît d'imprimer ce formulaire, de compléter le questionnaire et de nous le retourner. Vous pouvez utiliser du papier additionnel au besoin.

Après avoir complété le formulaire de la manière la plus complète possible, postez-le à :

Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme

(adresse)

Veuillez remplir les espaces suivants :

Vos informations

Nom : _____

Adresse : _____

Ville: _____

Département/Province: _____

Code postal : _____

Pays: _____

Téléphone : _____

Courrier électronique : _____

Date de naissance : _____

Votre compte rendu

NOMS DES PERSONNES DE L'ÉCOLE OU DE SANTÉ MENTALE IMPLIQUÉES (assurez-vous d'inclure la profession de la personne, c'est-à-dire psychologue de l'école, travailleur social, etc.)

DÉCRIVEZ L'ABUS QUI S'EST PRODUIT ET INCLUEZ TOUTES LES DATES.

QU'EST-CE QUI SE PASSAIT AVEC L'ENFANT / MEMBRE DE LA FAMILLE JUSTE AVANT OU À LA DATE OÙ L'INCIDENT / ABUS A COMMENCÉ ? (Assurez-vous d'inclure toute maladie physique, problèmes dans la vie etc.)

EST-CE QUE L'ENFANT A ÉTÉ RENCONTRÉ PAR UN PRATICIEN EN SANTÉ MENTALE, UN PSYCHOLOGUE D'ÉCOLE OU UN PSYCHIATRE ?

QUAND ?

QUEL A ÉTÉ LE RÉSULTAT ?

AVEZ-VOUS (OU VOTRE FAMILLE OU L'ENFANT) ÉTÉ MENACÉ OU AUTREMENT CONTRAINT D'ACCEPTER DES TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOLOGIQUES, DES ÉVALUATIONS, ETC ? SI OUI, QU'EST-IL ARRIVÉ ?

AVEZ-VOUS PLACÉ VOTRE ENFANT (VOS ENFANTS) SUR DE LA « MÉDICATION » PSYCHIATRIQUE, TELLE QUE DES STIMULANTS ? (encerclez la réponse)

Oui
Non

EST-CE QUE L'ENFANT (LES ENFANTS) A SOUFFERT D'EFFETS SECONDAIRES ?

Oui
Non

SI OUI, QUEL ÉTAIT LE MÉDICAMENT ET LES EFFETS SECONDAIRES QUE VOUS AVEZ NOTÉS ?

TOUTE AUTRE INFORMATION CONCERNANT LE CAS DONT VOUS AIMERIEZ NOUS FAIRE PART, OU QUE VOUS CROYEZ IMPORTANTE ?

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 pour les prochaines étapes en ce qui concerne votre cas, une fois l'information revue, et une fois qu'il aura été déterminé ce que nous pouvons 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
Case postale 30,006
Québec (Québec)
G1K 8Y1