

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE À L'INTENTION DES TÉMOINS DE CAS D'ABUS (SONNEURS D'ALARME)

En tant que médecin, infirmier(e), travailleur en santé mentale ou autre personnel affecté en soins, témoin ou victime, avez-vous déjà été rendus malades ou bouleversés par un abus physique ou mental ou encore parce qu'on s'est mal occupé de patients dans un service psychiatrique ou sous des soins psychiatriques?

Peut-être avez-vous essayé de changer les choses incorrectes que vous avez vues et que cela a été ignoré, ridiculisé ou que vous avez été menacé par l'établissement psychiatrique. Si oui, sachez que vos efforts sont légitimes, et que vous n'êtes pas seul.

Il est essentiel que l'abus psychiatrique criminel soit rapporté aux agences appropriées d'application de la loi pour que des mesures puissent être prises. C'est ici que vous pouvez aider en répondant et en soumettant le questionnaire plus bas.

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

Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme
Case postale 30,006
Québec (Québec)
G1K 8Y1

Veillez remplir les espaces suivants :

Vos informations

Nom : _____

Adresse : _____

Ville: _____

Province: _____

Code postal : _____

Pays: _____

Téléphone : _____

Courrier électronique : _____

Date de naissance : _____

Votre compte rendu

QUAND EST-CE QUE L'ABUS EN QUESTION S'EST PRODUIT ?

QUEL ÉTAIT L'ABUS ?

QUEL A ÉTÉ LE DIAGNOSTIC DONNÉ ?

EST-CE QUE CE DIAGNOSTIC A ÉTÉ DONNÉ APRÈS UN EXAMEN MÉDICAL COMPLET AFIN DE DÉTECTER DES PROBLÈMES PHYSIQUES SOUS-JACENTS QUI POURRAIENT RESSEMBLER À UNE « MALADIE MENTALE » ? (encerclez)

Oui
Non

EST-CE QU'IL Y A DE L'ASSURANCE-SANTÉ EN CAUSE ?

EST-CE QU'IL SEMBLE QUE LE DIAGNOSTIC ÉTAIT BASÉ SUR CE QUE LA POLICE D'ASSURANCE COUVRAIT?

EST-CE QUE LA DURÉE DE L'HOSPITALISATION AUGMENTAIT OU DIMINUAIT SELON LA COUVERTURE D'ASSURANCE ?

AVANT D'ADMINISTRER LE TRAITEMENT, EST-CE QUE LA PERSONNE A ÉTÉ INFORMÉE ET A-T-ELLE DONNÉ UN CONSENTEMENT ÉCRIT ?

A-T-ON DONNÉ À LA PERSONNE UNE COPIE DE SES DROITS, INCLUANT LE DROIT DE VOIR UN AVOCAT, UNE FOIS ADMISE OU AVANT UNE AUDIENCE EN COUR DESTINÉE À DÉTERMINER UNE HOSPITALISATION OU UNE DÉTENTION INVOLONTAIRE DANS UN SERVICE PSYCHIATRIQUE ?

QUI ÉTAIT LE MÉDECIN TRAITANT SUR CE CAS ? VEUILLEZ INDIQUER EN DÉTAIL SON NOM ET QUEL TYPE DE MÉDECIN (c'est-à-dire psychiatre, psychologue, etc).

QUELS SONT LA DERNIÈRE ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CONNUS DE SON CABINET DE PSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE, ETC ?

QUELS SONT LES NOMS DE TOUT AUTRES MEMBRES DU PERSONNEL OU MÉDECINS QUE VOUS CROYEZ IMPLIQUÉS DANS LES ABUS ? (veuillez indiquer leur fonction).

QUEL EST LE NOM DE L'HÔPITAL /ENDROIT DANS LEQUEL CES ABUS SE SONT PRODUITS ? S'IL Y A PLUS D'UN ENDROIT, VEUILLEZ L'INDIQUER EN INCLUANT L'ADRESSE ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE POUR CHAQUE ENDROIT, SI CONNU.

De plus, aimeriez-vous :

- 1) Donner des interviews sur ce cas aux médias afin d'attirer l'attention du public sur ces problèmes ?
Oui
Non
- 2) 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
- 3) Écrire à des députés concernant ces abus ?
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 ce cas, une fois que cette information aura été revue et qu'il aura été déterminé ce que nous pouvons faire de mieux afin d'exposer et de corriger ce qui a été fait.

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

CCDH Québec
(adresse)