



**SANTÉ QUÉBEC**

Questionnaire aux parents



**ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ**

auprès des enfants  
et des adolescents québécois

Merci de votre collaboration,  
essentielle à la réussite de cette étude menée par Santé Québec.

Ce questionnaire sera traité de façon confidentielle.

**QPE**

**SANTÉ QUÉBEC**

1200, avenue McGill College, bureau 700  
Montréal (Québec) H3B 4J8  
(514) 873-4749

N° de dossier :

N° de l'intervieweur :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ADM \_\_\_\_ LA 1

Date de réception :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jr	ms	an

# Instructions

À compléter par le parent qui connaît le mieux l'enfant choisi(e) pour l'enquête.

La plupart des questions ont plusieurs choix de réponse possibles. Choisissez celle qui vous convient le mieux.

Répondez au meilleur de votre connaissance. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Donnez une seule réponse à chaque question, à moins d'indication contraire.

*Voici quelques exemples sur la façon de répondre :*

Exemple A     *Inscrivez le nombre approprié*

Combien de personnes vivent dans le logement où vit habituellement l'enfant choisi(e) ?

' *Inclure les personnes qui sont absentes du ménage parce qu'elles sont aux études, en visite, en voyage ou à l'hôpital, mais qui demeurent habituellement ici.*

Nombre de personnes incluant l'enfant

0	4
---	---

Exemple B     *Encerclez votre réponse*

' *Veillez répondre pour les deux parents biologiques.*

Est-ce qu'un médecin a déjà dit que vous faisiez (père et mère biologiques) ...

A. du diabète ?	Mère biologique	Père biologique
Oui	1	①
Non	②	2
Ne sais pas	8	8

Répondez à toutes les questions qui vous concernent.

## Renseignements personnels

Les questions qui suivent permettront de comparer l'état de santé de votre jeune à celui d'autres jeunes ayant des caractéristiques semblables.

1. Êtes-vous ... ?

Un homme ..... 1  
Une femme ..... 2

2. Quelle est votre date de naissance ?

Exemple : si vous êtes né(e) le 25 août 1950,  
inscrivez : 25 08 1950

Inscrivez le jour, le mois et l'année

Jour

Mois

Année

3. Quelle est la date de naissance de l'enfant choisi(e) pour l'enquête ?

Inscrivez le jour, le mois et l'année

Jour

Mois

Année

## La famille

Les questions qui suivent portent sur la famille dans laquelle l'enfant choisi(e) vit le plus souvent.

4. Combien de personnes vivent dans le logement où vit habituellement l'enfant choisi(e) ?

\* Inclure les personnes qui sont absentes du ménage parce qu'elles sont aux études, en visite, en voyage ou à l'hôpital, mais qui demeurent habituellement ici.

Nombre de personnes incluant l'enfant

5. Indiquez quelles sont les personnes qui vivent avec l'enfant choisi(e) dans ce logement, y compris vous-même, en encerclant les chiffres appropriés.

' *Encerclez autant de chiffres qu'il est nécessaire*

Sa mère (biologique ou adoptive) . . . . . 01

Son père (biologique ou adoptif) . . . . . 02

Le conjoint de sa mère . . . . . 03

La conjointe de son père . . . . . 04

Un(des) tuteur(s) . . . . . 05 ' *Combien ?*


Un(des) parent(s) de famille d'accueil . . 06 ' *Combien ?*


Sa(ses) soeur(s) . . . . . 07 ' *Combien ?*


 Âge \_\_\_\_\_

Son(ses) frère(s) . . . . . 08 ' *Combien ?*


 Âge \_\_\_\_\_

Sa(ses) demi-soeur(s) . . . . . 09 ' *Combien ?*


 Âge \_\_\_\_\_

Son(ses) demi-frère(s) . . . . . 10 ' *Combien ?*


 Âge \_\_\_\_\_

Un(des) enfant(s) du conjoint ou de la conjointe . . . . . 11 ' *Combien ?*


 Âge \_\_\_\_\_

Des enfants en famille d'accueil . . . . . 12 ' *Combien ?*


D'autres membres de la parenté . . . . . 13 ' *Combien ?*


D'autres personnes . . . . . 96 ' *Combien ?*


6. Quel est votre lien avec l'enfant choisi(e) ?

Parent biologique . . . . . 01

Parent adoptif . . . . . 02

Beau-père ou belle-mère (conjoint(e) du parent) . . . . . 03

Parent de famille d'accueil . . . . . 04

Autre ' *Précisez lequel :* \_\_\_\_\_ 96

7. L'enfant vit-il actuellement avec ses deux parents biologiques ou adoptifs ?

Oui . . . . . 1  ' *Passez à la question 17*

Non . . . . . 2

8. Si l'enfant ne vit pas avec ses deux parents biologiques ou adoptifs, indiquez depuis combien de temps.

- Moins d'un an ..... 1
- Depuis   années (complètes) ..... 2
- N'a jamais vécu avec ses deux parents ..... 3
- Ne sais pas ..... 8

9. Indiquez pourquoi l'enfant ne vit pas actuellement avec ses deux parents biologiques ou adoptifs.

- Parents séparés ou divorcés ..... 01
  - Parents n'ayant jamais cohabité ..... 02
  - Décès du père ..... 03
  - Décès de la mère ..... 04
  - Autre ' Précisez : \_\_\_\_\_ 96
- ' *Passez à la question 17*

' *Répondez aux questions 10 à 16 si vous êtes le parent biologique ou adoptif de l'enfant choisi(e). Autrement, Passez à la question 17.*

10. Comment décririez-vous le climat qui a entouré la séparation entre vous et l'autre parent de cet(te) enfant ?

- Bon ..... 1
- Assez bon ..... 2
- Mauvais ..... 3
- Très mauvais ..... 4
- Ne s'applique pas ..... 5

11. Avez-vous encore des contacts avec l'autre parent de cet(te) enfant ?

- Oui ..... 1
  - Non ..... 2
- ' *Passez à la question 13*

12. Comment décririez-vous le climat actuel entre vous et l'autre parent de l'enfant ?

- Bon ..... 1
- Assez bon ..... 2
- Mauvais ..... 3
- Très mauvais ..... 4

13. Avec lequel de ses parents l'enfant habite-t-il(elle) *actuellement* ?

- |   |    |     |                                |
|---|----|-----|--------------------------------|
| Avec sa mère seulement . . . . .                | 01 | ] , | <i>Passez à la question 16</i> |
| Avec son père seulement . . . . .               | 02 |     |                                |
| La plupart du temps avec sa mère . . . . .      | 03 |     |                                |
| La plupart du temps avec son père . . . . .     | 04 |     |                                |
| Autant chez sa mère que chez son père . . . . . | 05 |     |                                |
| Autre ' Précisez : _____                        | 96 |     |                                |

14. Combien de temps l'enfant habite-t-il(elle) chez sa mère *actuellement* ?

- |  |    |
|--|----|
| Les sept jours de la semaine . . . . .                               | 01 |
| Certains jours de la semaine (excluant la fin de semaine) . . . . .  | 02 |
| Une semaine sur deux ou aux deux semaines, alternativement . . . . . | 03 |
| Chaque fin de semaine ou une fin de semaine sur deux . . . . .       | 04 |
| Certains jours de congé . . . . .                                    | 05 |
| Moins de deux jours par mois . . . . .                               | 06 |
| Autre ' Précisez : _____   | 96 |

15. Combien de temps l'enfant habite-t-il(elle) chez son père *actuellement* ?

- |  |    |
|--|----|
| Les sept jours de la semaine . . . . .                               | 01 |
| Certains jours de la semaine (excluant la fin de semaine) . . . . .  | 02 |
| Une semaine sur deux ou aux deux semaines, alternativement . . . . . | 03 |
| Chaque fin de semaine ou une fin de semaine sur deux . . . . .       | 04 |
| Certains jours de congé . . . . .                                    | 05 |
| Moins de deux jours par mois . . . . .                               | 06 |
| Autre ' Précisez : _____   | 96 |

' *Passez à la question 17*

16. Quel genre de contact l'enfant a-t-il(elle) *actuellement* avec son autre parent ?

- |   |    |
|---|----|
| L'enfant visite régulièrement son autre parent<br>(chaque semaine, toutes les deux semaines, chaque mois) . . . . . | 01 |
| L'enfant visite occasionnellement son autre parent<br>(les jours de congé seulement, de temps à autre) . . . . .    | 02 |
| L'enfant n'a que des contacts par lettre ou par téléphone . . . . .   | 03 |
| L'enfant n'a aucun contact avec son autre parent . . . . .  | 04 |
| Autre ' Précisez : _____  | 96 |

## Services de garde

17. Avez-vous actuellement recours à une garderie ou à un service de garde pour cet(te) enfant pendant que vous (ou votre conjoint(e)/partenaire) êtes au travail ou aux études ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  ' *Passez à la question 21*

18. Pendant environ combien d'heures par semaine, au total, avez-vous recours à une garderie ou un service de garde pour cet(te) enfant ?

*heures par semaine*

19. Lequel des modes de garde suivants utilisez-vous principalement pour cet(te) enfant ?

' *Indiquez seulement celui où l'enfant passe le plus d'heures par semaine.*

Un service de garde à l'école ..... 1  
La garde à la maison par un frère ou une soeur de l'enfant ..... 2  
La garde à la maison par une personne apparentée autre  
qu'un frère ou une soeur de l'enfant ..... 3  
La garde à la maison par une personne non apparentée ..... 4  
La garde chez quelqu'un d'autre par une personne apparentée ..... 5  
La garde chez quelqu'un d'autre par une personne non apparentée ... 6  
Garderie (y compris une garderie située au lieu du travail) ..... 7

20. En général, quel est votre niveau de satisfaction du(des) mode(s) de garde que vous utilisez ?

Très satisfait(e) ..... 1  
Plutôt satisfait(e) ..... 2  
Plutôt insatisfait(e) ..... 3  
Très insatisfait(e) ..... 4

21. Est-ce qu'il arrive que l'enfant soit laissé(e) sous sa propre garde (par exemple, avant ou après l'école) ?

Oui ..... 1 ' *Combien d'heures par semaine ?*    
Non ..... 2

# Scolarité de l'enfant

22. Est-ce que l'enfant choisi(e) a déjà doublé une année scolaire ?

- Oui ..... 1  
Non ..... 2

23. L'enfant est-il(elle) limité(e) dans sa capacité à faire des travaux scolaires dans une classe ordinaire ?

- Oui ..... 1  
Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8
- '] ' Passez à la question 25

24. Si oui, quel est le problème ?

' Choisir une seule réponse

- Incapacité physique ..... 01  
Trouble visuel ..... 02  
Trouble auditif ..... 03  
Trouble de la parole ..... 04  
Trouble d'apprentissage ..... 05  
Trouble émotif ou comportemental ..... 06  
Incapacité ou déficience mentale ..... 07  
Problèmes familiaux ..... 08  
Incompréhension de la langue utilisée à l'école ..... 09  
Multiples problèmes ..... 10  
Autre ' Précisez : \_\_\_\_\_ 96

25. Est-ce que l'enfant a déjà reçu un service spécialisé à cause de difficultés qu'il(elle) a ou qu'il(elle) a eues à l'école (difficultés d'apprentissage, troubles de comportement ou autre) ?

- Oui ..... 1  
Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8

26. Depuis qu'il(elle) va à l'école, dans quel genre de classe a-t-il(elle) été scolarisé(e) ?

- Toujours dans une classe régulière ..... 1  
Dans une classe régulière mais à certains moments avec des services spécialisés ..... 2  
Toujours dans une classe spéciale ..... 3

27. Est-ce qu'il vous arrive de discuter avec votre enfant de ce qu'il(elle) vit à l'école ?

- Souvent ..... 1  
 Parfois ..... 2  
 Rarement ..... 3  
 Jamais ..... 4

## État de santé de l'enfant

28. Est-ce que l'enfant choisi(e) souffre de l'un ou l'autre des problèmes de santé chroniques suivants confirmés par un médecin ou un autre spécialiste de la santé ?

*On entend par « problème chronique » un état qui persiste depuis 6 mois ou plus ou qui durera probablement plus de 6 mois.*

	Oui	Non
A. Allergies alimentaires ' Laquelle (lesquelles) ? 1. _____ 3. _____ 2. _____ 4. _____	1	2
B. Autres allergies sauf le rhume des foins	1	2
C. Problèmes respiratoires autres que l'asthme	1	2
D. Problèmes de peau	1	2
E. Troubles émotifs, psychologiques ou nerveux	1	2
F. Problèmes des os et des articulations	1	2
G. Fibrose kystique	1	2
H. Maladie inflammatoire intestinale (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)	1	2
I. Autres troubles digestifs	1	2
J. Maladie de la glande thyroïde, du foie ou des reins	1	2
K. Diabète	1	2
L. Cholestérol élevé, gras dans le sang élevé	1	2
M. Autre problème ' Précisez lequel :	1	2

29. Comparativement à d'autres jeunes du même âge en bonne santé, l'enfant choisi(e) est-il(elle) limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il(elle) peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  ' *Passez à la question 31*

30. Quel est le principal problème de santé qui le(la) limite dans ses activités ?

' *Précisez :* \_\_\_\_\_

31. L'enfant choisi(e) a-t-il(elle) présenté une maladie aiguë grave, nécessitant une hospitalisation de plus d'une semaine, *au cours des 3 derniers mois* ?

Oui ' *Laquelle ?* \_\_\_\_\_ . 1  
Non ..... 2

32. L'enfant choisi(e) a-t-il(elle) eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, *au cours des 12 derniers mois* ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  ' *Passez à la question 36*

33. Combien de fois a-t-il(elle) eu ces crises de sifflements *au cours des 12 derniers mois* ?

1 à 3 fois ..... 1  
4 à 12 fois ..... 2  
Plus de 12 fois ..... 3

34. *Au cours des 12 derniers mois*, combien de fois, en moyenne, son sommeil a-t-il été gêné par ces crises de sifflements ?

Jamais ..... 1  
Moins d'une nuit par semaine ..... 2  
Une ou plusieurs nuits par semaine ..... 3

35. *Au cours des 12 derniers mois*, ces crises de sifflements ont-elles été si graves qu'elles ont limité son discours à un ou deux mots maximum entre deux respirations ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

36. L'enfant choisi(e) a-t-il(elle) déjà eu des crises d'asthme ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

37. *Au cours des 12 derniers mois, sa poitrine a-t-elle produit des sifflements pendant ou après un effort intense ?*
- Oui ..... 1  
 Non ..... 2
38. *Au cours des 12 derniers mois, l'enfant choisi(e) a-t-il(elle) eu une toux sèche la nuit qui n'était pas due à un rhume ou à une infection pulmonaire ?*
- Oui ..... 1  
 Non ..... 2
39. *Au cours des 12 derniers mois, a-t-il(elle) eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché quand il (elle) n'était pas enrhumé(e) ou grippé(e) ?*
- Oui ..... 1  
 Non ..... 2  ' *Passez à la question 43*
40. *Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ces troubles du nez étaient accompagnés de larmoiements et de démangeaisons des yeux ?*
- Oui ..... 1  
 Non ..... 2
41. *Pendant lequel(lesquels) de ces 12 derniers mois a-t-il(elle) eu ces troubles du nez ?*
- ' *Indiquez plusieurs mois s'il y a lieu.*
- |                   |                   |                     |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| Janvier . . . .01 | Mai . . . . .05   | Septembre . . .09   |
| Février . . . .02 | Juin . . . . .06  | Octobre . . . . .10 |
| Mars . . . . .03  | Juillet . . . .07 | Novembre . . . .11  |
| Avril . . . . .04 | Août . . . . .08  | Décembre . . . .12  |
42. *Au cours des 12 derniers mois, ces troubles du nez ont-ils gêné ses activités quotidiennes ?*
- Pas du tout ..... 1  
 Un peu ..... 2  
 Modérément ..... 3  
 Beaucoup ..... 4
43. *L'enfant choisi(e) a-t-il(elle) déjà eu le rhume des foins ?*
- Oui ..... 1  
 Non ..... 2

# Accidents et blessures

Il est fréquent que les jeunes se blessent dans la rue ou à la maison ou encore en pratiquant un sport ou en se bagarrant.

Les empoisonnements et les brûlures sont aussi considérés comme des blessures, mais pas les maladies comme la rougeole, la grippe ou la varicelle.

Les questions qui suivent concernent les blessures dont l'enfant choisi(e) a pu être victime au cours des 12 derniers mois.

44. *Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il(elle) subi une blessure qui a entraîné un traitement par un médecin ou une infirmière ?*

Oui . . . . . 1  
Non . . . . . 2  ' *Passez à la question 51*

*S'il(elle) a subi plus d'une blessure de ce genre, les questions concernent la blessure la plus grave dont il(elle) a été victime au cours des 12 derniers mois.*

*La blessure la plus grave est celle dont il(elle) a mis le plus de temps à se remettre.*

45. *Où était-il(elle) lorsqu'il(elle) s'est blessé(e) ?*

' *Choisissez la réponse qui décrit le mieux l'endroit où il(elle) a subi la blessure la plus grave.*

À la maison (la vôtre ou celle d'un autre, par exemple sur le balcon, l'entrée de garage, les appareils de jeu à domicile) . . . . 01  
À l'école, y compris les terrains de l'école . . . . . 02  
Dans un endroit ou sur un terrain de sports . . . . . 03  
Dans la rue ou sur la route . . . . . 04  
Ailleurs ' *Précisez :* \_\_\_\_\_ 96

46. *Comment cela est-il arrivé ?*

' *Vous devez faire un seul choix.*

' *Choisissez la situation qui ressemble le plus à ce qu'il(elle) était en train de faire.*

En roulant en vélo . . . . . 01  
En faisant du patin à roulettes ou de la planche à roulettes . . . 02  
En faisant un autre sport . . . . . 03  
En roulant en voiture, camionnette, camion, moto, mobylette . 04  
En étant renversé(e) par une voiture ou un autre véhicule . . . . 05  
En se bagarrant avec quelqu'un . . . . . 06  
En trébuchant ou en tombant dans un escalier . . . . . 07  
En tombant de quelque chose (arbre, échelle, etc.) . . . . . 08  
Autre situation ' *Laquelle ?* \_\_\_\_\_ . 96

47. Lorsqu'il(elle) a subi sa blessure la plus grave, participait-il(elle) à une activité organisée ou jouait-il(elle) dans une ligue ?

- Oui . . . . . 1
- Non . . . . . 2

48. A-t-il(elle) manqué au moins une journée complète d'école ou de ses autres activités habituelles à cause de la blessure la plus grave qu'il(elle) a subie ?

- Oui . . . . . 1 ' *Combien de jours ?* \_\_\_\_\_ jours
- Non . . . . . 2

49. Quelle sorte de blessure était-ce ?

' *Choisissez la réponse qui décrit le mieux la blessure la plus grave.*

- Os fracturé, disloqué ou déboité . . . . . 01
- Entorse, claquage ou élongation musculaire . . . . . 02
- Coupures ou plaies provoquées par un objet pointu ou par un couteau . . . . . 03
- Commotion ou autre blessure à la tête ou au cou (*knock-out, whiplash* ou coup du lapin) . . . . . 04
- Contusions, ecchymoses (bleus) ou hémorragie interne . . . . . 05
- Brûlures . . . . . 06
- Autre ' *Précisez :* \_\_\_\_\_ 96

50. Durant quel mois s'est-il(elle) blessé(e) ?

' *Indiquez un seul mois.*

- |                   |                    |                      |
|-------------------|--------------------|----------------------|
| Janvier . . . .01 | Mai . . . . . 05   | Septembre . . . 09   |
| Février . . . .02 | Juin . . . . . 06  | Octobre . . . . . 10 |
| Mars . . . . .03  | Juillet . . . . 07 | Novembre . . . . 11  |
| Avril . . . . .04 | Août . . . . . 08  | Décembre . . . . 12  |

## Utilisation des services de santé et des services sociaux pour l'enfant

51. Au cours des 2 dernières semaines, l'enfant choisi(e) a-t-il(elle) consulté l'un ou l'autre des professionnels suivants au sujet de sa santé physique, émotive ou mentale :

	Oui	Non	Ne sais pas
A. un(e) médecin généraliste, un(e) médecin de famille ?	1	2	8
B. un(e) pédiatre ?	1	2	8
C. un(e) autre médecin spécialiste ? <i>De quelle spécialité s'agit-il ?</i>	1	2	8
D. un(e) optométriste ou un(e) opticien(ne) (spécialiste de la vue) ?	1	2	8
E. un(e) infirmier(ère) ?	1	2	8
F. un(e) dentiste ou un(e) orthodontiste ?	1	2	8
G. un(e) physiothérapeute ou un(e) ergothérapeute ?	1	2	8
H. un(e) praticien(ne) de médecine non traditionnelle ou de médecine douce (chiropraticien(ne), acupuncteur(trice), naturopathe, ostéopathe, homéopathe) ?	1	2	8
I. un(e) psychologue ?	1	2	8
J. un(e) travailleur(se) social(e) ou toute autre personne offrant des services similaires ?	1	2	8
K. toute autre personne qui applique des traitements ou donne des conseils (orthophoniste, diététiste, pharmacien(ne)) ? ' Précisez :	1	2	8

*Si vous avez répondu « non » dans tous les cas ' Passez à la question 54*

52. Si oui, quel était le principal problème à l'origine de la dernière consultation ?

53. Où a eu lieu cette consultation pour votre enfant ?

' *Veillez indiquer une seule réponse.*

- À un bureau privé, à une clinique privée . . . . . 01
- À un CLSC (Centre local de services communautaires) . . . . . 02
- À la clinique externe ou à la salle d'urgence d'un hôpital . . . . . 03
- À l'hôpital pendant une hospitalisation . . . . . 04
- À la pharmacie . . . . . 05
- À l'école . . . . . 06
- Autre ' Précisez : \_\_\_\_\_ 96

## Médicaments consommés par l'enfant

54. *Au cours des 2 dernières semaines, l'enfant a-t-il(elle) pris l'un ou l'autre des médicaments suivants (ce peut être une pilule, un sirop, des gouttes, etc.) ?*

' *Répondez pour chaque type de médicament.*

*En cas de doute pour identifier un médicament, regardez l'étiquette du produit.*

A. Analgésique ou médicament pour diminuer la douleur ou la fièvre (ex. Tylenol, ...)

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

B. Médicament pour soulager un rhume ou une allergie

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

C. Vitamine ou minéraux

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

D. Antibiotique ou anti-infectieux

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

E. Médicament pour inhalation (inhalateur, pompe, ...)

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

F. Médicament pour l'aider à mieux fonctionner, à mieux se concentrer (ritalin, ativan, ...)

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

G. Médicament pour les problèmes digestifs

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
 Non ..... 2  
 Ne sais pas ..... 8

H. Médicament pour les problèmes de peau

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
 Non ..... 2  
 Ne sais pas ..... 8

I. Tout autre médicament

Oui ' *Lequel (lesquels) ?* \_\_\_\_\_ . 1  
 Non ..... 2  
 Ne sais pas ..... 8

## Comportement de l'enfant

Les prochaines questions portent sur quelques aspects du comportement de l'enfant choisi(e).

55. À quelle fréquence diriez-vous que l'enfant...

	Jamais	Quelque-fois	Souvent	Ne sais pas
A. semble malheureux(se), triste ou déprimé(e) ?	1	2	3	8
B. n'est pas aussi heureux(se) que les autres enfants ?	1	2	3	8
C. est trop craintif(ve) ou angoissé(e) ?	1	2	3	8
D. est inquiet(ète) ?	1	2	3	8
E. pleure beaucoup ?	1	2	3	8
F. est nerveux(se) ou très tendu(e) ?	1	2	3	8
G. a de la difficulté à s'amuser ?	1	2	3	8

Les prochaines questions portent sur les relations entre l'enfant, ses ami(e)s et sa famille.

56. À quelle fréquence diriez-vous que l'enfant ...

	Jamais	Quelque-fois	Souvent	Ne sais pas
A. témoigne de la sympathie envers quelqu'un (amis, frères ou soeurs) qui a commis une erreur ?	1	2	3	8
B. essaie d'aider quelqu'un qui s'est blessé ?	1	2	3	8
C. offre de nettoyer un gâchis fait par quelqu'un d'autre ?	1	2	3	8
D. tente d'arrêter une querelle ou une bagarre ?	1	2	3	8
E. offre d'aider d'autres enfants qui ont de la difficulté à accomplir une tâche ?	1	2	3	8
F. console un enfant qui pleure ou qui est bouleversé ?	1	2	3	8

## Santé des parents biologiques

Cette enquête s'intéresse à la santé de votre enfant. Cependant, certains aspects de la santé des parents ou de leur mode de vie ont une influence sur celle des enfants.

C'est pourquoi nous posons les questions suivantes.

' *Veillez répondre pour les deux parents biologiques.*

*Si vous n'êtes pas l'un d'eux, répondez aux questions suivantes au meilleur de votre connaissance.*

57. Est-ce qu'un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé a déjà dit que vous (père et mère biologiques)...

		Mère biologique	Père biologique
A. faisiez de l'hypertension artérielle (haute pression) ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8
B. aviez un taux de cholestérol élevé ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8

58. Est-ce qu'un médecin a déjà dit que vous faisiez (mère et père biologiques) ...

		Mère biologique	Père biologique
A. du diabète ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8
B. de l'asthme ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8
C. du rhume des foies ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8

59. Avez-vous déjà fait (mère et père biologiques) ...

		Mère biologique	Père biologique
A. une crise cardiaque ou de l'angine ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8
B. un accident cérébrovasculaire, une maladie cérébrovasculaire ou une maladie des vaisseaux périphériques ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8

60. Prenez-vous (mère et père biologiques) des médicaments ...

		Mère biologique	Père biologique
A. pour abaisser le cholestérol sanguin ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8
B. pour abaisser la tension artérielle ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8
C. pour le coeur ?	Oui	1	1
	Non	2	2
	Ne sais pas	8	8

# Caractéristiques et habitudes de vie du répondant

61. Êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou le nombre d'activités que vous exercez, à cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

62. Combien mesurez-vous ?

\_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouces <sup>(1)</sup> ou \_\_\_\_\_ centimètres <sup>(2)</sup>

63. Quel est votre poids actuel ?

\_\_\_\_\_ livres <sup>(1)</sup> ou \_\_\_\_\_ kilogrammes <sup>(2)</sup>

64. Combien aimeriez-vous peser ?

\_\_\_\_\_ livres <sup>(1)</sup> ou \_\_\_\_\_ kilogrammes <sup>(2)</sup>

*Les deux questions suivantes ne s'adressent qu'aux femmes. Les hommes doivent passer à la question 67.*

65. Êtes-vous enceinte actuellement ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8

] , Passez à la question 67

66. Quel était votre poids avant d'être enceinte ?

\_\_\_\_\_ livres <sup>(1)</sup> ou \_\_\_\_\_ kilogrammes <sup>(2)</sup>

67. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous essayé de ...

	Aucune	1 fois	2 ou 3 fois	4 fois et plus
A. perdre du poids ?	1	2	3	4
B. contrôler votre poids ?	1	2	3	4
C. gagner du poids ?	1	2	3	4

68. Veuillez répondre à ces questions en fonction de l'enfant choisi(e).  
*Au cours des 6 derniers mois ...*

	Aucune	1 à 3 fois	4 à 6 fois	7 fois et plus
A. Combien de fois avez-vous dit à votre enfant qu'il(elle) était trop lourd(e), trop pesant(e) ou trop gros(se) ?	1	2	3	4
B. Combien de fois avez-vous dit à votre enfant de manger moins ou de manger d'autres aliments dans le but de maigrir ou d'éviter de prendre du poids ?	1	2	3	4
C. Combien de fois avez-vous dit à votre enfant qu'il(elle) devrait faire de l'exercice dans le but de maigrir ou d'éviter de prendre du poids ?	1	2	3	4
D. Combien de fois avez-vous empêché votre enfant de manger des aliments qu'il(elle) aime dans le but qu'il(elle) maigrisse ou évite de prendre du poids ?	1	2	3	4

69. Présentement, fumez-vous la cigarette ?

- Oui régulièrement ..... 1  
 Oui à l'occasion ..... 2  
 Non ..... 3  ' *Passez à la question 71*

70. Fumez-vous la cigarette tous les jours ?

- Oui ..... 1  ' *Passez à la question 72*  
 Non ..... 2

71. Si vous ne fumez pas la cigarette tous les jours, comment décrivez-vous votre expérience de la cigarette ?

- Je n'ai jamais fumé de cigarettes ..... 1  
 J'ai déjà fumé la cigarette à l'occasion ..... 2  
 J'ai déjà fumé la cigarette tous les jours ..... 3

72. En vous incluant, combien de personnes fument à l'intérieur de la maison tous les jours ou presque ?

- Aucune ..... 00  ' *Passez à la question 74*

Nombre de personnes

 

73. Combien se fume-t-il de cigarettes à l'intérieur de la maison, au total, au cours d'une journée habituelle ?

- Nombre de cigarettes ..... \_\_\_\_\_  
 Ne sais pas ..... 98

74. *Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées ? En avez-vous bu ...*

- Chaque jour . . . . . 1
- De 4 à 6 fois par semaine . . . . . 2
- De 2 à 3 fois par semaine . . . . . 3
- Une fois par semaine . . . . . 4
- Une ou deux fois par mois . . . . . 5
- Moins d'une fois par mois . . . . . 6

*La table suivante peut vous aider à répondre à la prochaine question :*

<b>1 consommation =</b>	1 petite bouteille de bière (12 onces ou 360 ml) <i>ou</i> 1 petit verre de vin (4-5 onces ou 120-150 ml) <i>ou</i> 1 petit verre de boisson forte ou de spiritueux (1 - 1½ once avec ou sans mélange)
<b>2 consommations =</b>	1 grosse bouteille de bière (environ 25 onces ou 750 ml) <i>ou</i> 1 verre double de boisson forte <i>ou</i> 1 coup accompagné d'une bière ( <i>beer chaser</i> )

*Attention : la bière 0.5 % n'est pas considérée comme de l'alcool.*

75. *Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris CINQ consommations ou plus dans une même occasion ?*

\_\_\_\_\_ fois

76. *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris une des drogues suivantes, sans prescription ?*

	Oui	Non
A. Marijuana (pot), hachisch	1	2
B. Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	1	2
C. Cocaïne (coke, crack, freebase)	1	2
D. Hallucinogènes (LSD, PCP, champignons, mescaline, acide)	1	2
E. Tranquillisants (downers, valium, librium, dalmane, halcion, ativan, etc.)	1	2

77. Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques, d'au moins 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, *au cours des 3 derniers mois* ?

- Aucune fois . . . . . 1
- Environ 1 fois par mois . . . . . 2
- Environ 2 à 3 fois par mois . . . . . 3
- Environ 1 fois par semaine . . . . . 4
- Environ 2 fois par semaine . . . . . 5
- Environ 3 fois par semaine . . . . . 6
- 4 fois et plus par semaine . . . . . 7

78. Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques *avec l'enfant choisi(e), au cours des 3 derniers mois* ?

- Aucune fois . . . . . 1
- Environ 1 fois par mois . . . . . 2
- Environ 2 à 3 fois par mois . . . . . 3
- Environ 1 fois par semaine . . . . . 4
- Environ 2 fois par semaine . . . . . 5
- Environ 3 fois par semaine . . . . . 6
- 4 fois et plus par semaine . . . . . 7

## Santé et habitudes de vie de votre conjoint(e)

Les questions suivantes portent sur le (la) conjoint(e) avec lequel(laquelle) vous cohabitez actuellement.

*Si vous n'en avez pas ' Passez à la question 86*

79. Votre conjoint(e) est-il(elle) limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités qu'il/elle exerce, à cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique ?

- Oui . . . . . 1
- Non . . . . . 2

80. Présentement, votre conjoint(e) fume-t-il(elle) la cigarette ?

- Oui régulièrement . . . . . 1
- Oui à l'occasion . . . . . 2
- Non . . . . . 3  ' *Passez à la question 82*

81. Fume-t-il(elle) la cigarette tous les jours ?

- Oui . . . . . 1  ' *Passez à la question 83*  
Non . . . . . 2

82. S'il(elle) ne fume pas la cigarette tous les jours, comment décrivez-vous son expérience de la cigarette ?

- Il(elle) n'a jamais fumé de cigarettes . . . . . 1  
Il(elle) a déjà fumé la cigarette à l'occasion . . . . . 2  
Il(elle) a déjà fumé la cigarette tous les jours . . . . . 3  
Ne sais pas . . . . . 8

83. Est-ce que votre conjoint(e) consomme de l'alcool ?

- Oui régulièrement . . . . . 1  
Oui à l'occasion . . . . . 2  
Non . . . . . 3

84. Combien de fois votre conjoint(e) a-t-il(elle) pratiqué des activités physiques, d'au moins 20 à 30 minutes par séance, dans ses temps libres, *au cours des 3 derniers mois* ?

- Aucune fois . . . . . 1  
Environ 1 fois par mois . . . . . 2  
Environ 2 à 3 fois par mois . . . . . 3  
Environ 1 fois par semaine . . . . . 4  
Environ 2 fois par semaine . . . . . 5  
Environ 3 fois par semaine . . . . . 6  
4 fois et plus par semaine . . . . . 7  
Ne sais pas . . . . . 8

85. Combien de fois votre conjoint(e) a-t-il(elle) pratiqué des activités physiques *avec l'enfant choisi(e), au cours des 3 derniers mois* ?

- Aucune fois . . . . . 1  
Environ 1 fois par mois . . . . . 2  
Environ 2 à 3 fois par mois . . . . . 3  
Environ 1 fois par semaine . . . . . 4  
Environ 2 fois par semaine . . . . . 5  
Environ 3 fois par semaine . . . . . 6  
4 fois et plus par semaine . . . . . 7

# Soutien social du répondant

Les questions qui suivent portent sur vos relations avec les gens qui vous entourent.

86. En général, comment trouvez-vous votre vie sociale ?

- Très satisfaisante . . . . . 1
- Plutôt satisfaisante . . . . . 2
- Plutôt insatisfaisante . . . . . 3
- Très insatisfaisante . . . . . 4

87. À combien de personnes de votre entourage (famille, amis(es), voisins(ines) ou autre) vous sentez-vous vraiment à l'aise de *vous confier* pour des problèmes personnels ou familiaux et cela, sans crainte d'être jugé(e) ?

- Aucune . . . . . 1
- Une . . . . . 2
- Deux à cinq . . . . . 3
- Six et plus . . . . . 4

88. *Durant les 2 dernières semaines, avez-vous senti le besoin de vous confier pour des problèmes personnels ou familiaux ?*

- Oui . . . . . 1
- Non . . . . . 2  ' *Passez à la question 91*

89. *Durant les 2 dernières semaines, à combien de personnes vous êtes-vous confié(e) ?*

- Aucune . . . . . 1  ' *Passez à la question 91*
- Une . . . . . 2
- Deux à cinq . . . . . 3
- Six et plus . . . . . 4

90. *Durant les 2 dernières semaines, le soutien reçu en vous confiant a-t-il été ...*

- très satisfaisant ? . . . . . 1
- plutôt satisfaisant ? . . . . . 2
- plutôt insatisfaisant ? . . . . . 3
- très insatisfaisant ? . . . . . 4

91. À combien de personnes de votre entourage (famille, amis(es), voisins(ines) ou autre) vous sentez-vous vraiment à l'aise de *demandeur des conseils ou un coup de main* quand vous êtes mal pris(e), pour des problèmes personnels ou familiaux et cela, sans crainte d'être jugé(e) ?

- Aucune . . . . . 1
- Une . . . . . 2
- Deux à cinq . . . . . 3
- Six et plus . . . . . 4

92. *Durant les 2 dernières semaines*, avez-vous senti le besoin de recevoir des conseils ou un coup de main pour des problèmes personnels ou familiaux ?

- Oui . . . . . 1
- Non . . . . . 2  ' *Passez à la question 95*

93. *Durant les 2 dernières semaines*, combien de personnes vous ont donné des conseils ou un coup de main ?

- Aucune . . . . . 1  ' *Passez à la question 95*
- Une . . . . . 2
- Deux à cinq . . . . . 3
- Six et plus . . . . . 4

94. *Durant les 2 dernières semaines*, les conseils ou le(s) coup(s) de main reçu(s) ont-ils été ...

- très satisfaisants ? . . . . . 1
- plutôt satisfaisants ? . . . . . 2
- plutôt insatisfaisants ? . . . . . 3
- très insatisfaisants ? . . . . . 4

## Divers problèmes personnels du répondant

95. La façon dont vous vous êtes senti(e) la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée. Pouvez-vous dire à quelle fréquence *au cours de la dernière semaine* :

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
A. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ?	1	2	3	4
B. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?	1	2	3	4
C. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	1	2	3	4
D. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les « bleus » ?	1	2	3	4
E. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?	1	2	3	4
F. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?	1	2	3	4
G. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?	1	2	3	4
H. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	1	2	3	4
I. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	1	2	3	4
J. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?	1	2	3	4
K. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ?	1	2	3	4
L. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres ?	1	2	3	4
M. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ?	1	2	3	4
N. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?	1	2	3	4

## Sécurité alimentaire

96. Voici quelques phrases rapportées par des gens au sujet de leur situation alimentaire. Indiquez si ces situations sont souvent vraies, parfois vraies ou jamais vraies chez vous.

	Souvent vrai	Parfois vrai	Jamais vrai	Ne sais pas
A. Nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et n'avons pas d'argent pour en acheter d'autres.	1	2	3	8
B. Nous mangeons moins que nous devrions, parce que nous n'avons pas assez d'argent pour la nourriture.	1	2	3	8
C. Nous ne pouvons pas offrir des repas équilibrés à notre(nos) enfant(s) parce que nous ne pouvons pas nous le permettre financièrement.	1	2	3	8

97. *Au cours du dernier mois*, combien de jours, vous et les membres de votre foyer, avez-vous manqué de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture ?

' Si aucun, inscrivez 0.

Nombre de jours .....

Ne sais pas ..... 98

## Renseignements sociodémographiques

Les questions qui suivent permettront de comparer l'état de santé de votre enfant à celui d'enfants vivant dans un milieu semblable au sien.

98. Où l'enfant choisi(e) est-il(elle) né(e) ?

Au Québec ..... 1  
 Autre province du Canada ..... 2  
 À l'extérieur du Canada ' Précisez le pays : \_\_\_\_\_ 3

99. Où son père biologique est-il né ?

Au Québec ..... 1  
 Autre province du Canada ..... 2  
 À l'extérieur du Canada ' Précisez le pays : \_\_\_\_\_ 3

100. Où sa mère biologique est-elle née ?

Au Québec . . . . .	1
Autre province du Canada . . . . .	2
À l'extérieur du Canada ' Précisez le pays : _____	3

101. Quelle langue parlez-vous le plus souvent avec l'enfant choisi(e) à la maison ?

Français . . . . .	01
Anglais . . . . .	02
Italien . . . . .	03
Grec . . . . .	04
Espagnol . . . . .	05
Portugais . . . . .	06
Chinois . . . . .	07
Vietnamien . . . . .	08
Arabe . . . . .	09
Autre ' Précisez : _____	96

102. À quelle ethnie ou culture diriez-vous appartenir ? (Par exemple : haïtienne, jamaïcaine, chilienne, libanaise, vietnamienne, autochtone, québécoise...)

\_\_\_\_\_

Cette section porte sur votre situation personnelle et celle du(de la) conjoint(e) avec qui vous habitez présentement.

' Si vous n'avez pas de conjoint(e), répondez seulement pour vous-même.

103. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous et votre conjoint(e) avez **complété** ?

' Indiquez un seul choix par personne.

	Moi	Mon(ma) conjoint(e)
Aucune scolarité ou école maternelle	1	1
Études primaires	2	2
Études secondaires partielles (I à IV)	3	3
Études secondaires complétées (sec V ou 12 <sup>e</sup> année)	4	4
Études dans une école de métiers, un collège commercial ou spécialisé	5	5
Études collégiales (cégep)	6	6
Études universitaires	7	7
Ne sais pas	8	8

104. Quelle est actuellement votre occupation *principale* et celle de votre conjoint(e) ?

Indiquez un seul choix par personne.

	Moi	Mon(ma) conjoint(e)
Travaille à temps plein (30 heures et plus par semaine)	01	01
Travaille à temps partiel (moins de 30 heures par semaine)	02	02
Fréquente l'école	03	03
Tient maison	04	04
Ne travaille pas pour des raisons de santé	05	05
En congé de maternité, paternité	06	06
En chômage	07	07
Reçoit des prestations d'aide sociale	08	08
En grève ou en <i>lock-out</i>	09	09
Autre ' Précisez :	96	96

105. Depuis combien de temps vous ou votre conjoint(e) avez-vous cette occupation ?

	Moi	Mon(ma) conjoint(e)
Moins de 6 mois	1	1
De 6 mois à moins d'un an	2	2
D'un an à moins de 2 ans	3	3
De 2 ans à moins de 5 ans	4	4
De 5 ans à moins de 10 ans	5	5
10 ans et plus	6	6

106. Si vous ou votre conjoint(e) occupez un emploi rémunéré, quand travaillez-vous ?

<b>A. Sur semaine :</b>	Moi	Mon(ma) conjoint(e)
Pendant le jour	1	1
Le soir ou la nuit	2	2
Alternativement le jour et le soir ou la nuit	3	3
Ne travaille pas sur semaine	4	4
<b>B. La fin de semaine :</b>	Moi	Mon(ma) conjoint(e)
Pendant le jour	1	1
Le soir ou la nuit	2	2
Alternativement le jour et le soir ou la nuit	3	3
Ne travaille pas la fin de semaine	4	4

107. Si vous ou votre conjoint(e) avez fait un travail rémunéré, combien d'heures par semaine avez-vous travaillé en moyenne *au cours des 12 derniers mois* ?

' Inscrivez « 0 » si vous ou votre conjoint(e) n'avez pas travaillé.

	Moi	Mon(ma) conjoint(e)
Heures par semaine, en moyenne :	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Bien que des dépenses liées à la santé soient couvertes en partie par l'assurance-maladie, il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu.

Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante pour nous permettre d'étudier cette relation.

Soyez assuré(e) que cela restera CONFIDENTIEL tout comme les autres renseignements que vous fournissez dans cette enquête.

108. Quel était approximativement le revenu total de votre ménage (c'est-à-dire toutes les personnes qui occupaient le même logement que l'enfant et qui partageaient les dépenses) pour l'année 1998, avant impôts et déductions ?

Moins de 10 000 \$	01
10 000 \$ - 14 999 \$	02
15 000 \$ - 19 999 \$	03
20 000 \$ - 29 999 \$	04
30 000 \$ - 39 999 \$	05
40 000 \$ - 49 999 \$	06
50 000 \$ - 59 999 \$	07
60 000 \$ - 79 999 \$	08
80 000 \$ et plus	09

109. En comparaison avec les gens de votre quartier (village), comment percevez-vous la situation financière de votre ménage?

Plus à l'aise	1
Semblable aux autres	2
Moins à l'aise	3

110. Croyez-vous que la situation financière de votre ménage va s'améliorer ?

Oui, dans un proche avenir	1
Oui, mais je ne sais pas quand	2
Non, je ne crois pas que ça va changer	3
Non, je crois que ça va empirer	4

## Caractéristiques du domicile

111. Combien de pièces (sans compter la(les) salle(s) de bain) y a-t-il dans votre maison ou appartement ?

Nombre de pièces .....

112. Votre domicile est-il chauffé par ...

' Encerclez votre réponse pour chacune des méthodes suivantes.

A. des radiateurs à l'eau chaude ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8

B. la circulation d'air chaud ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8

C. des radiateurs électriques ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8

D. un poêle à bois ou un foyer ?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8

E. d'autres méthodes ?

Oui ..... 1

' Précisez : 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Non ..... 2  
Ne sais pas ..... 8

113. À quelle fréquence laissez-vous les fenêtres ou les portes extérieures ouvertes durant chacune des saisons ?

	Jamais	À l'occasion	Souvent	Très souvent
A. Été	1	2	3	4
B. Automne	1	2	3	4
C. Hiver	1	2	3	4
D. Printemps	1	2	3	4

114. La pièce de la maison que votre famille utilise le plus pendant la journée a-t-elle un tapis mur à mur ou dont la grandeur est importante ?

Oui ..... 1  
 Non ..... 2

115. La chambre à coucher de l'enfant choisi(e) a-t-elle un tapis mur à mur ou dont la grandeur est importante ?

Oui ..... 1  
 Non ..... 2

116. Avez-vous ...

A. un chat (ou des chats) ?

Oui ..... 1  
 Non ..... 2  
 Ne sais pas ..... 8

B. un chien (ou des chiens) ?

Oui ..... 1  
 Non ..... 2  
 Ne sais pas ..... 8

C. d'autres petits animaux à poil ou des oiseaux à l'intérieur de la maison ?

Oui ..... 1  
 Non ..... 2  
 Ne sais pas ..... 8

117. L'une ou l'autre des modifications suivantes ont-elles été apportées à l'intérieur de votre logement depuis que vous y habitez *parce que vous ou quelqu'un de votre foyer souffrait d'asthme, d'allergie ou d'autres problèmes respiratoires ?*

' Encerclez votre réponse pour chacune des modifications.

A. Enlever les tapis

Oui . . . . . 1  
Non . . . . . 2  
Jamais eu de tapis dans ce logement . . . . . 3  
Ne sais pas . . . . . 8

B. Augmenter la ventilation

Oui . . . . . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

C. Réduire ou éliminer la consommation de tabac

Oui . . . . . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

D. Se défaire des animaux domestiques

Oui . . . . . 1  
Non . . . . . 2  
Jamais eu d'animaux dans ce logement . . . . . 3  
Ne sais pas . . . . . 8

E. Utiliser des méthodes de contrôle des acariens ou de la poussière

Oui . . . . . 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

F. Autres

Oui ' Précisez : \_\_\_\_\_ 1  
Non . . . . . 2  
Ne sais pas . . . . . 8

## Caractéristiques du quartier

118. Comment jugez-vous le quartier (voisinage, village) où vous habitez comme endroit pour élever des enfants ? Est-il...

- excellent ? ..... 1
- plutôt bon ? ..... 2
- moyen ? ..... 3
- plutôt mauvais ? ..... 4
- très mauvais ? ..... 5
- ne sais pas ..... 8

119. Indiquez si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants concernant votre quartier (voisinage, village).

' Encerclez votre réponse pour chacun des énoncés.

	D'accord	En désaccord	Ne sais pas
A. Il y a suffisamment de services (garde, cliniques, commerces)	1	2	8
B. Il y a suffisamment de parcs, de terrains de jeu, d'espaces verts	1	2	8
C. Il y a de l'entraide entre voisins	1	2	8
D. L'endroit est calme, tranquille	1	2	8
E. La circulation automobile est dangereuse	1	2	8
F. Il y a des groupes de jeunes qui causent des problèmes	1	2	8
G. Il y a de la criminalité (vols, violence)	1	2	8
H. Il y a de la vente ou de la consommation de drogues	1	2	8

Indiquez si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants au sujet de la sécurité de votre quartier (voisinage, village) :

120. Les enfants peuvent jouer dehors *durant la journée* en toute sécurité.

- Tout à fait d'accord ..... 1
- D'accord ..... 2
- En désaccord ..... 3
- Tout à fait en désaccord ..... 4

