

L'enquête téléphonique abrégée pour enfant et famille (BCFPI)

Version papier pour parent(s)

*Charles E. Cunningham, Ph.D.
Offord Centre for Child Studies
McMaster Children's Hospital
Hamilton Health Sciences
McMaster University*

Peter Pettingill, MSW, MsC

*Michael Boyle, Ph.D.
Offord Centre for Child Studies
McMaster University*

L'enquête téléphonique avec parent(s) (items surlignés sont obligatoires)

ENFANT	
NOM DE L'ENFANT Nom de famille _____ prénom _____	N° IDENTITÉ _____
ADRESSE rue _____ ville _____ province _____ code postale _____	DATE DE NAISSANCE mois _____ jour _____ année _____
TÉLÉPHONE	Sexe mâle (1) _____ femelle (2) _____
AGENCE	
NOM DE L'AGENCE	Dates à l'agence (noter 1, 2 ou 3): 1. Référé(e) _____ 2. Admis(e) _____ 3. Déchargé(e) _____
Stage de service (encercler 1): Avant _____ Pendant _____ Après _____	Formulaire complété le: mois _____ jour _____ année _____
RÉPONDANT/RÉPONDANTE	
Type de répondant/répondante (Encercler 1) Parent Médecin Tuteur/Tutrice Soi-même Enseignant/Enseignante	
NOM DE : (Encercler 1): Parent femelle 1 Parent femelle 2 Parent mâle 1 Parent mâle 2 Nom de famille _____ prénom _____	
ADRESSE: rue _____ ville _____ province _____ code postale _____	
TÉLÉPHONE: maison _____ travail _____	
Consentement à faire un suivi: OUI NON	

Commencer avec les inquiétudes de base en disant, par exemple, "Décrivez-moi vos inquiétudes et dites-moi quel type d'aide que vous aimeriez recevoir."

Inscrire les commentaires dans la case ci-dessous:

Continuer en disant, par exemple. "C'est un bon début. J'aimerais maintenant passer à d'autres questions."

Voir la section appropriée selon le protocole BCFPI.

Extériorisation

“Je vais vous lire des exemples (d'autres types) de problèmes que les enfants ont parfois. En regard de chaque énoncé, dites-moi si c'est JAMAIS vrai, PARFOIS vrai ou SOUVENT vrai de _____.”

MAÎTRISE DE L'ATTENTION, DE L'IMPULSIVITÉ ET DE L'ACTIVITÉ <i>“Remarquez-vous que _____?”</i>	jamais (1)	parfois (2)	souvent (3)	commentaires
Est facilement distrait(e), a de la difficulté à mener à bien une activité				
Ne termine pas les projets entamés				
A de la difficulté à suivre des directives ou des instructions qu'on lui donne				
Est impulsif(ive), agit sans réfléchir				
Passe d'une activité à l'autre				
Est très agité(e)				

COOPÉRATION <i>“Remarquez-vous que _____?”</i>	jamais (1)	parfois (2)	souvent (3)	commentaires
Est d'humeur maussade				
Défie les adultes, leur répond				
Accuse les autres lorsqu'il (elle) fait des bêtises				
Est facilement agacé(e) par les autres				
Se dispute beaucoup avec les adultes				
Est révolté(e) et rancunier(ière)				

CONDUITE <i>“Remarquez-vous que _____ ...?”</i>	jamais (1)	parfois (2)	souvent (3)	commentaires
Commet des vols à la maison				
Brises ce qui appartient à d'autres personnes				
Fait du vandalisme				
S'est introduit(e) par effraction chez quelqu'un, dans un édifice, ou dans une automobile				
Est physiquement agressif(ive)				
Se bat avec des armes				

Intériorisation

“Maintenant je vais vous lire des exemples (d'autres types) de problèmes que les enfants ont parfois. En regard de chaque énoncé, dites-moi si c'est JAMAIS vrai, PARFOIS vrai ou SOUVENT vrai de _____.”

SÉPARATION DES PARENTS <i>“Remarquez-vous que _____ ?”</i>	jamais (1)	parfois (2)	souvent (3)	commentaires
Craint qu'il n'arrive un malheur à un être cher				
A peur d'être séparé(e) des êtres chers				
A peur de s'endormir si un parent n'est pas présent				
Est très peiné(e) lorsqu'il (elle) quitte un être cher				
Est très peiné(e) lorsqu'il (elle) est loin d'un être cher				
Se plaint de malaises lorsqu'il (elle) doit quitter un être cher				

GESTION DE L'ANXIÉTÉ <i>"Remarquez-vous que _____?"</i>	jamais (1)	parfois (2)	souvent (3)	commentaires
S'inquiète de devoir améliorer tout ce qu'il/elle fait				
S'inquiète de ses comportements antérieurs				
A peur de faire ce qu'il ne faut pas				
S'inquiète de l'avenir				
A peur de se tromper				
Cherche trop à plaire				

CONTRÔLE DES ÉMOTIONS <i>"Remarquez-vous que _____?"</i>	jamais (1)	parfois (2)	souvent (3)	commentaires
Ne s'intéresse pas à ses activités habituelles				
Ne tire aucun plaisir des activités de la vie quotidienne				
A de la difficulté à s'amuser				
N'est pas aussi heureux(euse) que les autres enfants				
Se sent désespéré(e)				
Est malheureux(euse), triste ou déprimé(e)				
POSER LES 3 PROCHAINES QUESTIONS S'IL Y A DES INQUIÉTUDES OU DES SOUPÇONS À L'ÉGARD DE LA DÉPRESSION OU DE COMPORTEMENTS AUTO-DESTRUCTIFS. SI N'IMPORTE QUEL DES 3 ITEMS EST CONFIRMÉ, METTRE EN OEUVRE LES PROTOCOLES DE VOTRE AGENCE EN MATIÈRE DE GESTION DE RISQUE.				
<i>"Diriez-vous que _____?"</i>	jamais (1)	parfois (2)	souvent (3)	commentaires
A perdu beaucoup de poids sans le vouloir				
Parle de se suicider				
Se fait volontairement du mal ou a tenté de se suicider				

"Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant le fonctionnement quotidien de ____ et comment cela peut avoir affecté votre enfant. Dites-moi si ce n'est PAS DU TOUT, UN PEU, ou BEAUCOUP. "

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT	pas du tout	un peu	beaucoup	commentaires
Participation au niveau social À quel point est-ce que ____ s'est retiré(e) ou isolé(e) des autres à cause de ces problèmes?				
À quel point est-ce que ____ interagit moins avec d'autres enfants à cause de ces problèmes?				
À quel point est-ce que la vie de ____ est devenue moins agréable à cause de ces problèmes?				
Qualité des rapports interpersonnels À quel point est-ce que ____ a eu de la difficulté à s'entendre avec vous ou votre partenaire à cause de ces problèmes?				
À quel point est-ce que ____ a été irritable ou s'est disputé(e) avec ses ami(e)s à cause de ces problèmes?				

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT	pas du tout	un peu	beaucoup	commentaires
Participation et rendement à l'école À quel point est-ce que ____ a de la difficulté à s'entendre avec ses enseignant(e)s à cause de ces problèmes?				
À quel point est-ce que ____ s'est absenté(e) de l'école à cause de ces problèmes?				
À quel point est-ce que le rendement scolaire de ____ a baissé à cause de ces problèmes?				

“Les questions suivantes portent sur les divers effets que peuvent avoir le comportement de ____ sur vous et votre famille. Dites-moi si les énoncés suivants ne s'appliquent JAMAIS, UN PEU, SOUVENT, ou TOUJOURS. ”

EFFETS SUR LA FAMILLE	jamais	un peu	souvent	toujours	commentaires
Activités familiales Avec quelle fréquence est-il arrivé que le comportement de ____ vous empêche de l'emmener dans un lieu public, faire des emplettes ou visiter quelqu'un?					
Avec quelle fréquence est-il arrivé que le comportement de ____ vous pousse à ne pas le (la) laisser avec un(e) gardien(ne) ou une autre personne responsable?					
Avec quelle fréquence le comportement de ____ vous a-t-il empêché de recevoir des amis, de la parenté ou des voisins chez vous?					
Avec quelle fréquence le comportement de ____ a-t-il empêché ses frères et soeurs de recevoir des amis, de la parenté ou des voisins chez vous?					
Harmonie familiale Avec quelle fréquence le comportement de ____ a-t-il engendré des querelles entre vous et votre conjointe(e) ou des membres de la famille?					
Avec quelle fréquence le comportement de ____ vous a-t-il rendu(e) nerveux(euse) ou inquiet(ète) quant à ses chances de réussite?					
Avec quelle fréquence les voisin(e)s, la parenté ou ami(e)s se sont-ils(elles) montré(e)s inquiet(ète)s du comportement de ____ ?					

D'autres items pouvant faire l'objet d'enquête, si applicable(s)

L'enquêteur/enquêteuse peut noter le degré d'inquiétude, s'il y a lieu. Inclure les items semblant être une source d'inquiétude pour l'informant/ l'informatrice ou alors qui sont le sujet régulier d'enquête chez le fournisseur de soins.

INQUIÉTUDES	pas du tout	un peu	beau-coup	commentaires
Intimidation: Intimide, taquine, harcèle ou exclut d'autres enfants d'activités sociales de façon répétitive				
Cruauté envers les animaux: Démontre de la cruauté envers les animaux, les blesse et/ou les taquine de façon répétitive				
Feu: Usage non convenable d'allumettes, du feu, etc.				
Usage de substances: Usage répété de l'alcool ou des drogues gênant ou empêchant le fonctionnement (p.ex. absences, suspensions ou expulsions de l'école reliées à l'usage de substances)				
	pas du tout	un peu	beau-coup	commentaires
Peur spécifique: Peur sévère et persistante d'objets ou de situations spécifiques (p.ex. les animaux, les piqûres, la hauteur)				
Phobie sociale: Souffre d'une peur persistante et évite des situations sociales avec ses pairs et s'inquiète des interactions sociales due à la gêne et l'anxiété				
Obsessions: Pensées ou impulsions qui se reproduisent souvent causant la détresse ou empêchant le fonctionnement				
Compulsions: Comportements répétitifs (p.ex. se laver les mains, arranger ou vérifier des objets) causant la détresse ou empêchant le fonctionnement				
Problèmes de motricité: Mouvements répétitifs (tics) ou vocalisations causant le stress ou empêchant le fonctionnement				
Problèmes liés à la pensée: Illusions, hallucinations, comportements paranoïaques, paroles ou comportements désordonnés empêchant le fonctionnement				
Refus scolaire: Difficulté majeure et persistante, ou refus d'aller à l'école associé à l'anxiété ou à l'anxiété de séparation				
Mutisme sélectif: Réticence soutenue de parler dans certaines situations (p.ex. à l'école) mais parle aisément dans d'autres situations (p. ex. à la maison)				

Les 6 items suivants sont des questions pilotes de dépistage traitant du mutisme sélectif volontaire. Ils sont optionnels, sujets à la révision, et pourraient être modifiés ou supprimés lors de futures versions du questionnaire.	jamais	parfois	souvent	commentaires
Au cours des 2 derniers mois, est-ce que ___ a parlé à ses frères ou à ses sœurs chez vous?				
Au cours des 2 derniers mois, est-ce que ___ a parlé à d'autres enfants chez vous?				
Au cours des 2 derniers mois, est-ce que ___ a parlé à son parent à l'école?				
Au cours des 2 derniers mois, est-ce que ___ a parlé à d'autres enfants à l'école?				

Les 6 items suivants sont des questions pilotes de dépistage traitant du mutisme sélectif volontaire. Ils sont optionnels, sujets à la révision, et pourraient être modifiés ou supprimés lors de futures versions du questionnaire.	jamais	parfois	souvent	commentaires
Au cours des 2 derniers mois, est-ce que ___ a parlé à l'enseignant(e) à l'école?				
Au cours des 2 derniers mois, est-ce que ___ a parlé à ses frères ou à ses sœurs chez vous?				

INQUIÉTUDES	pas du tout	un peu	beau-coup	commentaires
Victimisé(e)/Intimidé(e): Est, de façon répétée, intimidé(e), taquiné(e), harcelé(e), ou exclu(e) d'activités sociales par d'autres				
Traumatisme: A vécu ou été témoin d'un événement psychologiquement traumatisant menaçant la mort ou un grave risque pour sa vie ou celle des autres menant à une peur intense ou un sentiment d'impuissance. Revit l'événement, tente d'éviter des situations semblables et démontre un éveil mental augmenté (insomnie, irritabilité, etc.)				
	pas du tout	un peu	beau-coup	commentaires
Difficultés orthophoniques: Éprouve une grande difficulté à parler ou à comprendre la langue parlée				
Problèmes reliés au développement: Son développement global est inférieur à l'âge de façon significative				
Difficultés d'apprentissage: Son progrès académique est inférieur par rapport à son potentiel de façon significative. Noter les exemples dans la section 'Commentaires'				
	pas du tout	un peu	beau-coup	commentaires
Difficultés reliées au sommeil: Difficultés persistantes à s'endormir, à rester endormi(e), se réveille à cause de cauchemars provoquant l'anxiété, ou sommeil prolongé pendant le jour causant le stress ou empêchant le fonctionnement				
Problèmes reliés à la diète: Ne maintient pas un poids constant, perte significative de poids, peur d'être obèse, pensées dérangeantes concernant la forme du corps ou le poids				
Problème urinaire: Urine dans son lit ou dans ses vêtements plusieurs fois par semaine				
Problème de défécation: Défécation à des endroits inappropriés (p.ex. vêtements, plancher) plusieurs fois pendant une période de trois mois				
Troubles sexuels: Troubles de comportements sexuels ou d'identité sexuelle causant la détresse ou empêchant le fonctionnement				

Facteurs de risque

Certains des items suivants pourraient nous aider à mieux comprendre votre situation et la situation globale de _____. Différentes combinaisons de ces facteurs semblent rendre la vie plus facile ou plus difficile pour plusieurs familles. Ici, je vais vous poser quelques questions reliées à la santé.

Santé – mère et père	beau-coup	un peu	pas du tout	s/o	commentaires
Êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans vos activités quotidiennes normales – à la maison, au travail ou à l'école – à cause d'une maladie ou d'un problème de santé?					
Est-ce que votre conjoint(e)/ami(e) est limité(e) d'une façon quelconque dans ses activités quotidiennes normales – à la maison, au travail ou à l'école – à cause d'une maladie ou d'un problème de santé?					

Les états d'esprit des parents sont également importants. Les items suivants décrivent certaines façons dont les gens se sentent à différents moments. Au cours de la dernière semaine, diriez-vous que vous vous êtes senti ou que vous avez agi des façons suivantes, moins qu'un jour, 1 à 2 jours, 3 à 4 jours, ou 5 à 7 jours?

États d'esprit - répondant	moins d'un jour	1 - 2 jours	3 - 4 jours	5 - 7 jours	commentaires
Je ne voulais pas manger, je n'avais pas d'appétit.					
J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.					
Je me sentais déprimé.					
J'ai mal dormi.					
Je me sentais triste.					
Je ne pouvais entreprendre quoi que ce soit; j'étais incapable de me motiver.					

Maintenant quelques questions semblables concernant votre époux/épouse ou votre partenaire. Au cours de la dernière semaine, combien de fois pouvez-vous dire:

États d'esprit – partenaire	moins d'un jour	1 - 2 jours	3 - 4 jours	5 - 7 jours	commentaires
Qu'il(elle) ne semblait pas pouvoir entreprendre quoi que ce soit; était incapable de se motiver?					
Qu'il(elle) semblait se sentir triste?					
Qu'il(elle) a pleuré?					

Nous aimerions déterminer si vous sentez que la boisson est un problème chez-vous. S'il vous plaît dire à quel degré vous êtes d'accord que:

Alcool - mère et père	entièrement d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	s/o	commentaires
Votre consommation d'alcool est à l'origine de tensions ou de désaccords dans votre famille						
La consommation d'alcool de votre conjoint ou de votre partenaire est à l'origine de tensions ou de désaccords dans votre famille						

Les questions suivantes portent sur la famille et les rapports en famille. À quel degré êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les énoncés suivants concernant votre famille.

Fonctionnement de la famille	entièrement d'accord	d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord	s/o	commentaires
En temps de crise, nous nous appuyons les uns les autres.						
Les membres de la famille sont acceptés pour eux-mêmes.						
Nous pouvons parler de nos sentiments.						
Nous pouvons prendre des décisions sur la façon de régler les problèmes.						
Nous ne nous entendons pas très bien.						
Nous pouvons nous faire confiance.						

Rapport de couple	excellent	bon	satisfaisant	médiocre	s/o	commentaires
Dans l'ensemble, comment jugeriez-vous le rapport entre vous et votre conjoint(e) ou votre partenaire?						

Maintenant quelques questions touchant la discipline. Quand ___ démontre des comportements inacceptables ou manque de discipline, à quelle fréquence est-ce que vous...

Style de discipline	jamais	parfois	souvent	toujours	commentaires
Raisonnez avec ___ ou expliquez à ___?					
Envoyez ___ dans sa chambre?					
Enlevez les privilèges de ___?					
Frappez ___ avec votre main?					
Frappez ___ avec une ceinture, une brosse à cheveux ou un autre objet?					

Nous avons également besoin de savoir si l'abus ou le manque de soins a fait partie de la situation de ____.

Abus	oui	non	je ne sais pas	commentaires
À votre connaissance, est-ce que ____ a déjà été abusé(e) physiquement?				
À votre connaissance, est-ce que ____ a déjà été abusé(e) sexuellement?				
À votre connaissance, est-ce que ____ a déjà souffert d'un manque de soins au point où cela aurait affecté son bien-être sur le plan physique ou émotif?				
À votre connaissance, est-ce que ____ a déjà été témoin de violence physique ou verbale parmi les adultes chargé(e)s de son soin (p.ex. parent, conjoint(e), partenaire)?				

Facteurs Protectrices

Maintenant quelques questions concernant les activités et les talents de ____, ainsi que des caractéristiques familiales reliés.

<p>Activités supervisées À part des classes d'éducation physique, est-ce que ____ a participé à des sports au cours de la dernière année comportant de l'entraînement ou de l'instruction de la part d'un(e) adulte? (Si oui, citez le nombre de fois et les détails dans la case réservée aux commentaires.)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas </p>	commentaires:
<p>En dehors des classes régulières à l'école, est-ce que ____ a suivi des leçons ou reçu de l'instruction en musique, en danse, ou en d'autres activités non sportives? (Si oui, citez le nombre de fois et les détails dans la case réservée aux commentaires.)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas </p>	commentaires:
<p>Au cours de la dernière année, est-ce que ____ appartenait à des clubs ou des groupes dirigés par un(e) adulte, tels que les scouts, les jeannettes ou un groupe organisé par l'église ou la communauté? (Si oui, citez le nombre de fois et les détails dans la case réservée aux commentaires.)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas </p>	commentaires:

<p>Divertissements en famille Combien de fois tous les membres de votre famille ou la plupart d'entre eux ont-ils participé ensemble à des activités récréatives, telle que des randonnées, des jeux, de la pêche, etc., au cours des six derniers mois?</p> <p><input type="checkbox"/> une or plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> deux ou trois fois par mois <input type="checkbox"/> une fois par mois <input type="checkbox"/> moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> pas une seule fois</p>	commentaires
<p>Vie spirituelle À quelle fréquence est-ce que _____ assiste à des services religieux ou des cérémonies culturelles?</p> <p><input type="checkbox"/> à presque chaque semaine <input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine, mais plus souvent qu'aux fêtes <input type="checkbox"/> seulement pour les fêtes ou les occasions spéciales <input type="checkbox"/> jamais, presque jamais</p>	commentaires
<p>Enfant – confident(e) Est-ce que _____ parle à quelqu'un ou se confie à quelqu'un? (Si la réponse est 'oui', citez le lien de cette personne à l'enfant ainsi que l'effet de ce partage sur l'enfant dans la case réservée aux commentaires.)</p> <p><input type="checkbox"/> oui ► <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p>	lien _____ effet:
<p>Parent – Confident(e) Avez-vous quelqu'un en particulier à qui vous pouvez faire des confidences ou parler de vous-même et de vos problèmes? (Si la réponse est 'oui', citez le lien de cette personne au parent, ainsi que l'effet de ce partage sur le parent dans la case réservée aux commentaires.)</p> <p><input type="checkbox"/> oui ► <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p>	lien _____ effet:

Disposition et Obstacles

Les prochaines questions portent sur d'autres services ou informations qui peuvent vous intéresser. Dites-moi pour chaque si c'est NON, PEUT-ÊTRE ou OUI.

Disposition	non	peut-être	oui	commentaires
Seriez-vous intéressé(e) à faire de la lecture concernant les problèmes que vous avez décrits?				
Seriez-vous intéressé(e) à visionner une vidéocassette concernant les problèmes que vous avez décrits?				
S'il y avait un groupe de parents qui se rencontrait pour discuter de problèmes semblables, seriez-vous intéressé(e) à y assister?				

S'il y avait des ateliers de disponibles pour apprendre ce que vous pourriez faire comme parent, seriez-vous intéressé(e) à y assister?				
Est-ce que votre enfant serait intéressé(e) à recevoir de l'aide avec ce problème?				

“Seriez-vous prêt(e) à nous fournir un numéro de téléphone où nous pourrions vous rejoindre afin de faire des mises à jour au sujet de ces questions, pour que nous puissions suivre le progrès de _____ en attendant le service, ainsi que pendant et après le service?”
SI OUI, ENTRER LE NUMÉRO MAINTENANT _____.

“Permettez-moi de vous questionner au sujet de circonstances qui pourraient vous empêcher de travailler avec nous. Nous sommes situés _____ (décrire l'endroit où le client/la cliente assisterait). Savez-vous où se trouve cet endroit?” OUI / NON

Obstacles	pas du tout	un peu	beaucoup mais je peux participer	m'empêcherai de participer	s/o	commentaires
À quel point est-ce que ce serait un problème de vous rendre au Centre? Est-ce que cela vous empêcherait d'y assister?						
Est-ce que les frais de stationnement seraient difficiles pour vous? Est-ce que cela vous empêcherait d'y assister?						
Est-ce que ce serait un problème si les services étaient offerts pendant le jour? Est-ce que cela vous empêcherait d'y assister?						
Est-ce que ce serait un problème si les services étaient offerts en soirée? Est-ce que cela vous empêcherait d'y assister?						
Est-ce que ce serait un problème de faire garder vos enfants pour venir au Centre? Est-ce que cela vous empêcherait d'y assister?						
Est-ce que ce serait difficile pour vous de lire et de remplir un questionnaire? Est-ce que cela vous empêcherait d'y assister?						

Conclusion de l'amorce:

Si vous le désirez, nous vous enverrons une liste de livres, de vidéocassettes, de conférences et d'ateliers qui pourraient vous intéresser. Quelle est la meilleure façon de vous les faire parvenir? _____

Avez-vous un numéro de télécopieur (fax)? _____

Avez-vous une adresse de courrier électronique (e-mail)? _____

Facteurs démographiques

Enfin, j'aimerais vous poser quelques questions concernant _____ et votre famille.

Êtes-vous chef d'une famille monoparentale, ou bien habitez-vous avec un conjoint, une conjointe ou un partenaire?		
1. chef de famille monoparentale	2. habite avec conjoint, conjointe ou partenaire	
Quel est la langue le plus souvent parlée à votre domicile?		
1. anglais	9. ukrainien	17. serbe
2. français	10. espagnol	18. slovène
3. italien	11. hollandais	19. serbo-croate
4. polonais	12. grec	20. autre (veuillez préciser) _____
5. pendjabi	13. hongrois	21. ojibway
6. chinois	14. croate	22. cree
7. allemand	15. urdû (ourdou)	23. ojicree
8. portugais	16. khmer (cambodgien)	
Quelles sont les études les plus avancées que vous avez faites?		
1. jamais fréquenté l'école	6. collège communautaire, collège technique, 'CÉGEP' ou programme de soins infirmiers (quelques cours)	
2. études élémentaires (quelques années)	7. collège communautaire, collège technique, 'CÉGEP' ou programme de soins infirmiers (études terminées)	
3. études élémentaires (au complet)	8. université (quelques cours)	
4. études secondaires (quelques années)	9. université (obtention d'un baccalauréat, d'une maîtrise ou d'un doctorat)	
5. études secondaires (au complet)		
Quel est le plus haut niveau de scolarité de votre conjoint(e) ou compagne/compagnon?		
1. jamais fréquenté l'école	6. collège communautaire, collège technique, 'CÉGEP' ou programme de soins infirmiers (quelques cours)	
2. études élémentaires (quelques années)	7. collège communautaire, collège technique, 'CÉGEP' ou programme de soins infirmiers (études terminées)	
3. études élémentaires (au complet)	8. université (quelques cours)	
4. études secondaires (quelques années)	9. université (obtention d'un baccalauréat, d'une maîtrise ou d'un doctorat)	
5. études secondaires (au complet)		

Quel a été votre revenu familial total l'année dernière?		
1. 0\$ - 9 999\$	4. 20 000\$ -29 999\$	7. 50 000\$ -59 999\$
2. 10 000\$ -14 999\$	5. 30 000\$ -39 999\$	8. plus de 60 000\$
3. 15 000\$ -19 999\$	6. 40 000\$ -49 999\$	
(Optionnelle) Quelle est la source principale de votre revenu familial?		
1. assurance-emploi	4. emploi	
2. assurance-invalidité	5. autre	
3. bien-être social		

Avons-nous oublié quelque chose d'important?

Je vous remercie d'avoir répondu à ces questions.

Renseigner le client/la cliente des prochaines étapes du processus de prestation de services de votre organisme.