

Questionnaire 3 : questionnaire sur les enfants et les jeunes clients

Caractéristiques démographiques du client

1. Sexe du client:

- Homme
- Femme
- Transgenre

2. Âge du client: _____

3. L'ethnicité déclarée par le client et/ou le parent ou gardien :

- Blanc
- Chinois
- Noir
- Philippin
- Latino-américain
- Originaire de l'Asie du Sud (p.ex. Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)
- Originaire de l'Asie du Sud-Est (p.ex. Cambodgien, Indonésien, Laotien, Vietnamien, etc.)
- Originaire de l'Asie occidentale (p.ex. Afghan, Iranien, etc.)
- Arabe
- Japonais
- Peuples autochtones d'Amérique du Nord (Indien de l'Amérique du Nord, Métis, Inuit)
- Autre (veuillez préciser): _____

4. Langue parlée à la maison:

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser) : _____

5. Le client est-il né au Canada ou s'est-il installé au Canada?

- Né au Canada
- N'est pas né au Canada et vit ici depuis _____ ans

6. En vertu de quel statut le client s'est-il installé au Canada?

- Immigrant
- Réfugié
- Inconnue

7. L'orientation sexuelle déclarée par le client, si elle est connue :

- Hétérosexuel
- Gai/lesbienne
- Bisexuel
- Inconnue

8. Quelle est la structure familiale actuelle du client?

- Couple marié
- Couple non marié
- Parent seul
- Famille reconstituée (p. ex. beaux-parents, frères et sœurs par alliance)
- Gardiens appartenant à la famille étendue (p. ex. grands-parents, oncles, tantes, etc.)
- Frère(s) ou sœur(s) adulte(s) gardien(s) de l'enfant ou du jeune
- Autre (*veuillez préciser*) : _____

9. Conditions de logement du client:

- Résidence simple
- Résidences multiples
- Placement familial
- Foyer de groupe
- Sans-abri ou refuge
- Autre (*veuillez préciser*) _____

10. Est-ce que le client identifié fréquente l'école régulièrement?

- Oui
- Non
- Inconnue
- Sans objet, le client n'est pas d'âge scolaire

11. En quelle année se trouve le client qui a été identifié? _____

12. Est-ce que le client identifié a déjà doublé une année?

- Oui
- Non
- Inconnue

13. Quel type d'école fréquente le client identifié?

- École publique
- École privée
- Scolarisé à la maison

14. Est-ce que le client assiste à des programmes ou des classes spéciales pour n'importe quelle des raisons suivantes? (Cochez toutes celles qui s'appliquent)

- Trouble d'apprentissage
- Déficience développementale
- Comportement
- Élève lent
- Doué
- Autre (veuillez préciser): _____

15. Est-ce que le client occupe un travail rémunéré de quelque sorte?

- Temps plein
- Temps partiel
- Non
- Inconnue
- Sans objet

16. Si le client travaille, que fait-il?

17. Le client habite :

- Grand centre urbain
- Banlieue d'un grand centre urbain
- Petite ville ou village
- Milieu rural

Caractéristiques des services fournis au client

18. Langue utilisée lors des rencontres:

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser)

19. Quel service avez-vous fourni au client au cours de la séance? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Évaluation
- Traitement
- Consultation

20. Veuillez préciser et décrire brièvement le type d'évaluation, de thérapie et/ou de consultation que vous effectuez :

21. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de séances de THÉRAPIE avez-vous fait avec le client identifié? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.)

22. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de séances d'ÉVALUATION avez-vous fait avec le client identifié? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.)

23. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de séances de CONSULTATION avez-vous fait avec le client identifié? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.)

24. Combien d'autres séances de tous les types prévoyez-vous donner au client identifié ou à son sujet? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.) _____

25. Au cours de toutes les séances à ce jour, avez-vous déjà consulté quelqu'un du système scolaire par rapport au traitement du client identifié?

- Enseignant
- Assistant en éducation
- Autre psychologue
- Principal ou vice principal
- Autre (veuillez préciser): _____

26. Au cours de toutes les séances à ce jour, consultez-vous quelqu'un au sujet du traitement du client identifié (autre que le client lui-même)?

- Parent(s)
- Autre(s) membre(s) de la famille
- Médecin de famille
- Autre (veuillez préciser): _____

27. Dans cette séance, avez-vous vu seulement le client identifié?

- Oui
- Non

28. Dans cette séance, qui d'autre était inclus dans la prestation du service? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Parent(s)
- Autre membre de la famille autre que le gardien
- Autre gardien
- Autre fournisseur de services
- Autre (veuillez préciser)

29. Est-ce que le client reçoit les services d'un autre fournisseur de soins de santé régulier pour le même problème qu'il présente?

- Oui
- Non

30. De qui reçoit-il ces services?

- Psychiatre
- Médecin de famille ou omnipraticien
- Infirmière praticienne
- Psychologue
- Conseiller
- Travailleur social
- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Organisme de services sociaux
- Physiothérapeute
- Autre (veuillez préciser)

31. Le client ou le gardien reçoit-il ou participe-t-il à des services ou du soutien communautaires liés au problème que présente le client?

- Oui
- Non

32. Quel type de service ou de soutien communautaire?

- Grands frères/grandes sœurs
- Camps de thérapie
- Groupes de soutien (p. ex. deuil, divorce)
- Aptitudes sociales
- Équipe de suivi intensif dans le milieu
- Apprentissage de compétences familiales et parentales
- Ressource communautaire ou centre de santé
- Autre (veuillez préciser) : _____

33. Par qui le client vous a-t-il été référé?

- Par lui-même
- Parent(s)
- Autre client
- Système juridique
- Membre de la famille
- Système scolaire
- Psychologue
- Psychiatre
- Médecin
- Autre professionnel de la santé
- Régime d'assurance
- Service communautaire
- Services sociaux (p. ex. SCS)
- Service d'aiguillage professionnel

34. Avez-vous référé ce client vers d'autres services? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques
- Autre traitement en santé mentale
- Évaluation psychologique (neuropsychologique, pédagogique, professionnelle)
- Pédagogique (p. ex. tutorat)
- Formation ou soutien parental
- Activités de la vie quotidienne

- Hébergement
- Aide à l'enfance et à la famille
- Services sociaux autres que l'aide à l'enfance et à la famille
- Médicaments
- Autre question de santé (p. ex. orthophonie, ergothérapie)
- Soutien ou groupes d'entraide
- Autre (veuillez préciser)
- Aucune référence

35. Lieu de prestation des services:

- Grand centre urbain
- Banlieue d'un grand centre urbain
- Petite ville ou village
- Milieu rural

36. Dans quel type de contexte ou d'organisation avez-vous assuré la prestation de services à ce client?

- Contexte de pratique privée – pratique de groupe
- Contexte de pratique privée – pratique individuelle
- Organisme de soins de santé public (p. ex. hôpital, clinique)
- Centre de détention
- Programme communautaire
- Service d'aide sociale à l'enfance
- École

37. Comment le client ou le gardien du client a-t-il payé pour le service? Le service a été:

- Paie directement les services, sans remboursement d'un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Paie directement les services, certains ont été remboursés par des services complémentaires de santé
- Paie directement les services, lesquels sont remboursés en totalité ou en grande partie par un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Reçoit les services au sein d'un établissement public (p. ex. hôpital, école, établissement correctionnel)
- Les services reçus ont été payés en partie par un organisme gouvernemental
- Les services reçus ont été payés en totalité par un organisme gouvernemental
- Reçoit des services bénévoles
- Autre (veuillez préciser)

38. Brièvement, quels sont les trois principaux facteurs qui vous mettent au défi dans la prestation du meilleur service possible pour ce client en particulier? (p. ex. manque de services spécialisés dans la communauté, manque de financement pour le service nécessaire, manque de collaboration entre les partenaires de soins, manque de soutien des parents ou d'autres engagés dans le soin de l'enfant)

Fonctionnement psychosocial du client

39. Le client a-t-il des facteurs de risque identifiables pour des problèmes de santé mentale?
(Cochez tout ce qui s'applique)

- Problèmes ou antécédents familiaux de santé mentale
- Déficience physique et/ou maladie à long terme dans la famille
- Problèmes conjugaux dans la famille (p. ex. séparation, divorce, instabilité familiale)
- Décès d'un membre de la famille pendant l'enfance
- Mobilité (p. ex. déménagements fréquents)
- Violence physique ou sexuelle pendant l'enfance
- Enlèvement de la famille par le bureau de protection de l'enfance; placements multiples
- Difficultés d'attachement
- Intimidation
- Agression et/ou colère
- Peurs inhabituelles, phobies
- Problèmes de rendement scolaire
- Évitement scolaire, école buissonnière
- Naissance prémature
- Problèmes de santé congénitaux (y compris les états génétiques)
- Autres problèmes de santé
- Exposition à des événements traumatiques
- Traumatisme crânien (développemental ou acquis)
- Autre (veuillez préciser)
- Inconnue
- Aucun facteur de risque

40. Quelles sont les raisons pour lesquelles le client veut obtenir des services ou qu'il a été amené pour des services? (Cochez tout ce qui s'applique) :

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Problèmes ou troubles de comportement
- Problèmes intrapersonnels (p. ex. estime de soi, confiance en soi, colère, gêne)
- Problèmes ou troubles de l'attention (p. ex. HDA, THADA)
- Problèmes d'apprentissage
- Évaluation de douance
- État de préparation à l'école
- Problèmes ou troubles de l'attachement
- Problèmes cognitifs autre que d'apprentissage (y compris les retards de développement)
- Troubles du spectre autistique
- Comportements d'auto agression (p. ex. gestes ou pensées suicidaires, automutilation)
- Psychose
- Gestion de la santé, des blessures et de la maladie
- Ajustement aux événements stressants de la vie (problèmes professionnels et conjugaux, deuil)
- Séparation ou divorce parental
- Consultation pour adoption
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles somatoformes (p. ex. douleur chronique)
- Abus sexuel et traumatisme
- Abus et traumatisme physique
- Problèmes psychosexuels
- Consommation ou abus de drogue et d'alcool
- Autre (veuillez préciser): _____

41. Votre client a-t-il reçu un diagnostic de trouble mental du DSM-IV?

- Oui
- Non
- Évaluation diagnostique non terminée
- Inconnue
- Je n'utilise pas le DSM

42. Si vous n'utilisez pas le DSM, est ce que vous vous servez d'une méthode de classification différente? (p. ex. ICD 10)

- Oui (veuillez préciser):
- Non

43. Quels sont les diagnostics? (cliquez ici pour consulter les codes de diagnostic DSM-IV)

- Diagnostic primaire: _____
- Autre Diagnostic: _____
- Autre Diagnostic: _____
- Autre Diagnostic: _____

44. Veuillez coter dans quelle mesure le ou les problèmes de votre client avaient, selon vous, des répercussions négatives sur son fonctionnement quotidien avant le début du traitement prodigué :

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

45. Depuis que vous avez commencé à voir ce client, comment évalueriez- vous les changements observés en ce qui a trait aux problèmes pour lesquels il vous consulte?

- Disparition complete
- Amélioration importante
- Amélioration
- Aucun changement
- Détérioration
- Sans objet

46. Le client fait-il état de problèmes liés à une maladie chronique, un trouble ou un état, mais ce n'est pas le problème qu'il présente?

- Oui
- Non
- Inconnue

47. Quelles sont les fonctions touchées par les troubles chroniques du client? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Fonctions neurologiques
- Fonctions mentales
- Motricité globale et motricité fine
- Fonctions visuelles
- Fonctions auditives
- Fonctions de la parole et du langage
- Fonctions gastro-intestinales
- Fonctions endocriniennes
- Fonctions cardiaques
- Fonctions respiratoires
- Fonctions immunologiques
- Autre (veuillez préciser)

48. Veuillez évaluer dans quelle mesure le fonctionnement quotidien de votre client est limité, selon vous, par un ou des maladies, troubles ou états chroniques?

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

49. Veuillez évaluer l'étendue à laquelle vous croyez que la maladie chronique, le trouble ou l'état du client a une influence sur la famille :

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

50. L'évaluation du client ou du parent de l'état de santé du client :

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Faible
- Inconnue

51. Votre client présente-t-il un problème de consommation de drogue ou d'alcool ou un trouble qui ne correspond pas au problème pour lequel il vous consulte, mais qui lui est relié?

- Oui
- Non
- Inconnue

52. Est-ce qu'un médicament psychotrope est administré au client pour un problème de santé mentale?

- Oui
- Non
- Inconnue

53. Le cas échéant, quels sont ces médicaments? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Antidépresseur
- Anxiolytique
- Antipsychotique
- Stimulant
- Hypnotique
- Psychorégulateur
- Inconnue
- Autre (veuillez préciser)

54. Le cas échéant, par qui ce médicament est-il prescrit?

- Médecin de famille ou omnipraticien
- Pédiatre
- Autre médecin spécialiste
- Psychiatre
- Infirmière praticienne
- Autre professionnel de la santé

55. Est-ce que votre client prend un médicament pour un problème de santé qui est lié au problème qu'il présente? (p. ex. est ce qu'il reçoit des services relativement au diagnostic de THADA et qu'il prend du Ritalin)

- Oui
- Non
- Inconnue

56. Est-ce que votre client prend un médicament pour un autre problème de santé non relié au problème qu'il présente? (p. ex. il reçoit des services relativement à un problème d'apprentissage, mais le client prend aussi de l'insuline parce qu'il est diabétique)

- Oui
- Non
- Inconnue