

L'ENQUÊTE RÉGIONALE LONGITUDINALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS



NOTRE VOIX, NOTRE ENQUÊTE, NOTRE AVENIR

Questionnaire sur les enfants

Mai 1, 2008

(Contenu basé sur l'enquête effectuée sur ordinateurs portables)



INTRODUCTION

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) est la toute première étude d'envergure nationale mise en œuvre par et pour les Premières nations. Cette enquête a pour principal objectif de recueillir des données fiables, tant d'un point de vue scientifique que culturel sur les Premières nations, tout en favorisant la prise en charge des activités de recherche par celles-ci. Cette enquête sera effectuée dans plus de 200 communautés des Premières nations réparties dans 10 régions du Canada.

La phase 2 de l'ERS (2008) englobe les trois volets suivants :

- **Questionnaire à l'intention des adultes** âgés de 18 ans et plus.
- **Questionnaire à l'intention des jeunes** âgés de 12 à 17 ans.
- **Questionnaire sur les enfants** âgés de 0 à 11 ans (ce questionnaire doit être rempli par le principal pourvoyeur de soins de l'enfant).

L'ERS est effectuée au moyen d'un système d'IPAO (interview sur place assistée par ordinateur) et à l'aide de 250 ordinateurs portables, dans l'ensemble du pays. Les données sont recueillies par des agents de terrain locaux formés à cette fin, et les entrevues sont effectuées en personne, au sein des communautés sélectionnées. Les versions finales des questionnaires de la phase 2 de l'ERS ont été vérifiées et approuvées par le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN).

CONTEXTE

L'ERS est dirigée par le Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) et sa coordination est assurée par dix organismes régionaux des Premières nations ainsi qu'une équipe nationale dont le siège est l'Assemblée des Premières Nations. Afin d'obtenir la liste complète des coordonnateurs régionaux de l'ERS ainsi que d'autres renseignements se rapportant à cette enquête, veuillez consulter notre site Web au www.rhs-ers.ca

C'est de la décision du Comité des Chefs sur la santé de l'Assemblée des Premières nations de procéder, tous les quatre ans, à une enquête d'envergure nationale sur la santé des Premières nations qu'est née l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS). Tout d'abord effectuée à titre expérimental en 1997, cette enquête constitue un premier pas vers la prise en charge de la recherche par les Premières nations. En effet, l'ERS a joué un rôle déterminant dans la reconnaissance croissante de l'importance de l'information et du droit inhérent des Premières nations à l'autodétermination. L'ERS, dont la phase 1 s'est déroulée en 2002-2003 et dont la phase 2 (2008) est actuellement en cours, continuera à recueillir des données tous les quatre ans, et ce jusqu'en 2016.

**L'ERS... Notre histoire, notre enquête,
notre voix, notre avenir.**

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	4
MÉNAGE ET CADRE DE VIE	5
LANGUE.....	7
ÉDUCATION.....	8
SANTÉ GÉNÉRALE	9
PROBLÈMES DE SANTÉ	11
BLESSURES	14
ACCES AUX SOINS DE SANTE	16
VACCINATION.....	17
SOINS DENTAIRE.....	17
ALIMENTATION ET NUTRITION	19
ACTIVITÉ PHYSIQUE	20
BIEN-ÊTRE PERSONNEL.....	22
PENSIONNATS	23
SERVICES DE GARDE	23

Pour Information Seulement

Enfants Phase 2

Présentation

Merci d'avoir accepté de participer à l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008.

Veuillez indiquer le numéro du formulaire de consentement : _____

L'ERS couvre une large variété de thèmes sur la santé. Il devrait vous prendre environ une heure pour compléter le questionnaire. Toutes vos réponses demeureront confidentielles et vos renseignements personnels seront protégés.

Merci de soutenir la seule initiative de recherche totalement contrôlée par les Premières Nations.

Renseignements personnels

1. Quel est le nom de l'enfant ?

Dans le cas d'un refus, inscrire « l'enfant ».

2. Quel est votre lien avec <nom de l'enfant> ?

<input type="radio"/> Père ou mère naturels	<input type="radio"/> Grand-père ou grand-mère
<input type="radio"/> Beau-père ou belle-mère (y compris parent de fait)	<input type="radio"/> Sœur ou frère
<input type="radio"/> Père ou mère adoptifs	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Famille d'accueil	

3. Quelle est votre date de naissance ?

Jour Mois Année

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

4. Avez-vous <âge approximatif> ans ?

- Oui
 Non

5. De quel sexe êtes-vous ?

- Masculin Féminin

Les questions qui suivent concernent l'enfant, sa famille, ainsi que le ménage dans lequel il vit.

6. Quelle est la date de naissance de <nom de l'enfant> ?

Jour Mois Année

7. Quel est le sexe de l'enfant?

Masculin Féminin

8. Dans quelle région <nom de l'enfant> habite-t-il / elle ?

<input type="radio"/> Alberta	<input type="radio"/> Terre-Neuve	<input type="radio"/> Île-du-Prince-Edouard
<input type="radio"/> Colombie-Britannique	<input type="radio"/> Territoires du Nord-Ouest	<input type="radio"/> Québec
<input type="radio"/> Manitoba	<input type="radio"/> Nouvelle-Écosse	<input type="radio"/> Saskatchewan
<input type="radio"/> Nouveau-Brunswick	<input type="radio"/> Ontario	<input type="radio"/> Yukon

9. Quel est le nom de la communauté dans laquelle <nom de l'enfant> habite actuellement ?

Ménage et cadre de vie

10. Combien d'enfants votre ménage compte-t-il, y compris <nom de l'enfant> ?

Veillez indiquer le nombre d'enfants de moins de 18 ans qui vivent dans ce ménage au moins la moitié du temps. Si votre ménage ne compte aucun enfant, veuillez indiquer « 0 ».

11. Combien d'adultes, y compris vous-même, votre ménage compte-t-il habituellement ?

Veillez indiquer le nombre d'adultes de plus de 18 ans qui vivent dans votre ménage au moins la moitié du temps.

12. Combien de pièces le logement dans lequel vit <nom de l'enfant> compte-t-il ?

Comptez la cuisine, les chambres à coucher, le salon et les pièces aménagées du sous-sol. Ne comptez pas la / les salle(s) de bain, la / les entrée(s), la / les salle(s) de lavage et les remises ou dépendances.

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 13 ou plus
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 11	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 12	<input type="radio"/> Refus

13. Avec qui <nom de l'enfant> vit-il / elle la plupart du temps ?
 Veuillez lire la liste ci-dessous. Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Mère biologique (mère naturelle)	<input type="radio"/> Mère adoptive
<input type="radio"/> Père biologique	<input type="radio"/> Père adoptif
<input type="radio"/> Frère(s) / sœur(s)	<input type="radio"/> Autres enfants (sans lien de parenté)
<input type="radio"/> Tante / oncle / cousins	<input type="radio"/> Une femme (sans lien de parenté)
<input type="radio"/> Grand(s)-parent(s)	<input type="radio"/> Un homme (sans lien de parenté)
<input type="radio"/> Belle-mère	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Beau-père	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Demi-frère(s) / Demi-sœur(s)	<input type="radio"/> Autre :

14. Veuillez penser au revenu total de votre ménage avant impôts et déductions, provenant de toutes les sources, au cours de l'année d'imposition se terminant le 31 décembre 2007. Ce montant correspond à la somme des revenus gagnés par l'ensemble des membres de votre ménage au cours de la dernière année d'imposition.

Dans quelle fourchette se situe-t-il ?

<input type="radio"/> Aucun revenu	<input type="radio"/> 15 000 \$ - 19 999 \$	<input type="radio"/> 40 000 \$ - 49 000 \$	<input type="radio"/> 80 000 \$ et plus
<input type="radio"/> 1 \$ - 4 999 \$	<input type="radio"/> 20 000 \$ - 24 999 \$	<input type="radio"/> 50 000 \$ - 59 000 \$	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> 5 000 \$ - 9 999 \$	<input type="radio"/> 25 000 \$ - 29 999 \$	<input type="radio"/> 60 000 \$ - 69 999 \$	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> 10 000 - 14 999 \$	<input type="radio"/> 30 000 \$ - 39 000 \$	<input type="radio"/> 70 000 \$ - 79 999 \$	<input type="radio"/> Perte de revenu

15. Quel est le niveau d'études le plus élevé que les parents de <nom de l'enfant> aient atteint ?
 N'indiquez qu'une seule réponse.

Éducation des parents	Mère (ou tutrice)	Père (ou tuteur)
Sans objet		
Études primaires non terminées		
Études primaires		
Études secondaires non terminées		
Diplôme d'études secondaires		
Diplôme ou certificat d'études professionnelles ou techniques		
Diplôme ou certificat d'études collégiales ou universitaires		
Diplôme professionnel		
Diplôme universitaire		
Maîtrise		

Doctorat (acquis)		
-------------------	--	--

16. Les personnes suivantes occupent-elles un emploi rémunéré ?

Emploi des parents	Oui	Non	Sans objet	Ne sais pas	Refus
Mère (ou tutrice)					
Père (ou tuteur)					

Langue

17. Quelle(s) langue(s) <nom de l'enfant> parle-t-il / elle dans la vie de tous les jours ?
Il s'agit de la langue que l'enfant parle le plus souvent avec ses amis, sa famille, etc.

- Anglais
- Français
- Langue des Premières Nations
- Autre

18. <nom de l'enfant> comprend-il / elle ou parle-t-il / elle une langue des Premières Nations ?

- Oui
- Non → Passez directement à la question 21.
- Ne sais pas
- Refus

19. Veuillez dresser la liste de toutes les langues des Premières Nations que <nom de l'enfant> comprend ou parle :

20. Quel est son niveau de compréhension est la compétence à parler de cette / ces langue(s) ?
 Choix de réponse.

Quelques mots : capacité à comprendre et à prononcer quelques mots (« bonjour », « au revoir », etc.).

Élémentaire : compréhension de phrases élémentaires, capacité à formuler des questions simples (« Où suis-je ? ») et à écrire des phrases élémentaires.

Intermédiaire : compréhension, dans ses grandes lignes, de la langue de tous les jours (télévision, radio), capacité à tenir une conversation et à écrire des textes simples ou quelques lignes.

Supérieur : compréhension aisée de la langue parlée, capacité à tenir des conversations complexes et à rédiger des documents élaborés (rapports, lettres, etc.).

Langue des Premières Nations	Compréhension					Expression				
	Supérieur	Intermédiaire	Élémentaire	Quelques mots	Sans objet	Supérieur	Intermédiaire	Élémentaire	Quelques mots	Sans objet

21. Est-il important, selon vous, que <nom de l'enfant> apprenne une langue des Premières Nations ?

<input type="radio"/> Très important	<input type="radio"/> Pas important
<input type="radio"/> Assez important	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Peu important	<input type="radio"/> Refus

22. Les événements culturels traditionnels jouent-il un rôle important dans la vie de <nom de l'enfant> ?

Les événements culturels traditionnels englobent une grande variété d'activités (pow-wow, tentes de sudation, banquets communautaires, etc.)

<input type="radio"/> Très important	<input type="radio"/> Pas important
<input type="radio"/> Assez important	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Peu important	<input type="radio"/> Refus

23. Qui aide <nom de l'enfant> à comprendre sa culture ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Grands-parents	<input type="radio"/> Aînés de la communauté
<input type="radio"/> Parents (mère et/ou père)	<input type="radio"/> Autres membres de la communauté
<input type="radio"/> Tantes et oncles	<input type="radio"/> Personne
<input type="radio"/> Autres membres de la famille (frères et sœurs, cousins, etc.)	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Amis	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Enseignants	<input type="radio"/> Autre :

Éducation

24. <nom de l'enfant> va-t-il / elle actuellement à l'école ?

- Oui
- Non → Passez directement à la question 27.
- Ne sais pas
- Refus

25. <nom de l'enfant> a-t-il / elle déjà suivi le programme d'aide préscolaire aux Autochtones ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

26. En quelle année <nom de l'enfant> est-il / elle ?

<input type="radio"/> Programme d'aide préscolaire	<input type="radio"/> 5 ^{ème} année
<input type="radio"/> Pré-maternelle	<input type="radio"/> 6 ^{ème} année
<input type="radio"/> Maternelle	<input type="radio"/> Secondaire 1
<input type="radio"/> 1 ^{ère} année	<input type="radio"/> Secondaire 2
<input type="radio"/> 2 ^{ème} année	<input type="radio"/> Secondaire 3
<input type="radio"/> 3 ^{ème} année	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> 4 ^{ème} année	

27. <nom de l'enfant> a-t-il / elle déjà sauté ou avancé d'une année en raison de ses résultats scolaires ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

28. <nom de l'enfant> a-t-il / elle déjà redoublé une année ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Santé générale

29. Quel était le poids de <nom de l'enfant> à sa naissance ?

	Poids		Onces
--	-------	--	-------

Remarque en ce qui concerne la mère de l'enfant.

Les quelques questions qui suivent concernent l'état de santé de la mère de <nom de l'enfant> pendant sa grossesse ?

30. La mère de <nom de l'enfant> a-t-elle fumé pendant qu'elle était enceinte de lui?

<input type="radio"/> Non, pas du tout	<input type="radio"/> Oui, mais a cessé au cours du 3 ^{ème} trimestre
<input type="radio"/> → Passez directement à la question 32.	
<input type="radio"/> Oui, tout au long de sa grossesse	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Oui, mais a cessé au cours du 1 ^{er} trimestre	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Oui, mais a cessé au cours du 2 ^{ème} trimestre	

31. Dans l'affirmative, à quelle fréquence la mère de <nom de l'enfant> a-t-elle fumé ?

- Quotidiennement
- Occasionnellement
- Ne sais pas
- Refus

32. Un ou plusieurs autres membres du ménage a-t-il ou ont-ils fumé pendant la grossesse de la mère de <nom de l'enfant> ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

33. <nom de l'enfant> vit-il / elle dans un environnement sans fumée ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

34. D'un point de vue général, comment décririez-vous l'état de santé de <nom de l'enfant> ?

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Mauvais

35. a) Quelle est la taille de <nom de l'enfant> sans ses chaussures ?
Au besoin, indiquez une valeur approximative.

pieds pouces

Si le répondant ou la répondante utilise le système métrique, veuillez consulter une table de conversion et indiquer la réponse en pieds et en pouces.

b) Quelle est le poids de <nom de l'enfant> en livres?
Au besoin, indiquez une valeur approximative.

livres

Si le répondant ou la répondante utilise le système métrique, veuillez consulter une table de conversion et indiquer la réponse en livres (lbs).

Problèmes de santé

Les questions suivantes ont trait à l'état général de santé de l'enfant.

36. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà appris que <nom de l'enfant> était atteint(e) de l'une des maladies ou affections suivantes ?

37. Dans l'affirmative, à quel âge ?

38. Dans l'affirmative, <nom de l'enfant> suit-il / elle actuellement un traitement où prend-il / elle actuellement des médicaments pour celle(s)-ci ?

Veuillez lire la liste ci-dessous et indiquer « oui » ou « non ».

Veuillez indiquer « oui » ou « non » pour chaque problème de santé (cet ensemble de questions est lié à d'autres questions). Veuillez ne tenir compte que des problèmes de santé qui ont duré ou devraient durer plus de six mois.

Oui = O

Non = N

Ne sait pas = NSP

Refus = R

Problèmes de santé	36. Avez-vous reçu un diagnostic :				Si oui : →	37. Votre âge au moment du diagnostic :	38. Si oui, suivez-vous actuellement un traitement ?			
	Oui	Non	NSP	R			Oui	Non	NSP	R
Allergies	O	N	NSP	R			O	N	NSP	R
Anémie (chronique)	O	N	NSP	R			O	N	NSP	R

Anxiété ou dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois ? O Oui O Non									
Trouble déficitaire de l'attention ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA / TDAH)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cécité ou troubles graves de la vue (qui ne peuvent être corrigés par des lunettes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchite chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble cognitif ou mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatite ou eczéma atopique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisme fœtal (ETCAF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déficiences auditives									
Cardiopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hépatite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Dans l'affirmative, de quel type d'hépatite s'agit-il ? O Hépatite A O Hépatite B O Hépatite C O Ne sais pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble rénal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de l'apprentissage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble du langage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
→ Dans l'affirmative, est-elle évolutive ou non évolutive ? O Évolutive O Non évolutive O Ne sais pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

39. Quel(s) type(s) de diabète a-t-on diagnostiqué à <nom de l'enfant> ?

Veillez indiquer tous les types de diabète qui lui ont été diagnostiqués.

Le diabète de type 1 se manifeste généralement au cours de l'enfance ou de l'adolescence et nécessite plusieurs injections par jour.

Le diabète de type 2 se manifeste généralement passé l'âge de 30 ans et est particulièrement

répandu chez les Premières Nations. Il est possible d'en prévenir l'apparition et d'en contrôler l'évolution par le biais d'une saine alimentation et de l'activité physique.

Le diabète gestationnel se manifeste uniquement au cours de la grossesse.

- Type 1
- Type 2
- Ne sais pas
- Refus

40. Depuis sa naissance, <nom de l'enfant> a-t-il / elle déjà eu une otite ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

41. Combien d'otites <nom de l'enfant> a-t-il / elle fait au cours des 12 derniers mois ?

42. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà informé que <nom de l'enfant> souffrait d'otites ou de problèmes d'oreille chroniques ?

Les otites chroniques reviennent fréquemment et/ ou durent particulièrement longtemps.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

43. <nom de l'enfant> prend-t-il / elle les médicaments suivants ?

Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Médicaments contre l'asthme (inhalateurs, pompes, Ventolin)	<input type="checkbox"/> Ritalin (ou autres médicaments destinés à traiter les TDA)
<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Vitamines
<input type="checkbox"/> Antihistaminiques	<input type="checkbox"/> Remèdes traditionnels

44. À quelle fréquence <nom de l'enfant> prend-il / elle ces médicaments ?

Fréquence de la prise de médicaments	Médicaments contre l'asthme	Antibiotiques	Antihistaminiques	Ritalin	Vitamines	Remèdes traditionnels
Plus d'une fois par jour						
Une fois par jour						
Plus d'une fois						

par semaine						
Une fois par semaine						
Au moins une fois par mois						
Au moins une fois par an						
Moins d'une fois par an						
Ne sais pas						
Refus						

Blessures

Les questions suivantes ont trait aux blessures qui ont été assez sérieuses pour affecter les activités quotidiennes de <non de enfant>.

45. <nom de l'enfant> a-t-il / elle subi des blessures au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
 Non → Passez directement à la partie « accès aux soins de santé ».
 Ne sais pas
 Refus

46. De quel(s) type(s) de blessure(s) s'agissait-il ?
*Par exemple, était-ce une brûlure ou une fracture ?
 Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.*

<input type="radio"/> Fracture	<input type="radio"/> Intoxication
<input type="radio"/> Brûlure	<input type="radio"/> Blessure à un organe interne
<input type="radio"/> Luxation	<input type="radio"/> Blessure aux dents
<input type="radio"/> Entorse ou foulure	<input type="radio"/> Hypothermie, engelure
<input type="radio"/> Coupures, éraflures, contusions (mineures)	<input type="radio"/> Microtraumatismes répétés
<input type="radio"/> Commotion cérébrale	<input type="radio"/> Autre :

47. Où <nom de l'enfant> a-t-il / elle subi cette blessure ou ces blessures ?
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Main	<input type="radio"/> Torse
<input type="radio"/> Poignet	<input type="radio"/> Œil / yeux
<input type="radio"/> Bras	<input type="radio"/> Tête

<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Plusieurs endroits
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Refus

48. Où <nom de l'enfant> se trouvait-il / elle lorsqu'il / elle a subi cette blessure ou ces blessures ?

<input type="checkbox"/> À la maison	<input type="checkbox"/> Zone industrielle ou chantier de construction
<input type="checkbox"/> À l'école, au cégep, à l'université	<input type="checkbox"/> Bureau
<input type="checkbox"/> Installations sportives scolaires	<input type="checkbox"/> Campagne, bois, terre à bois
<input type="checkbox"/> Rue, autoroute, trottoir	<input type="checkbox"/> Lac, rivière, mer
<input type="checkbox"/> Édifice communautaire (centre communautaire, bureaux du conseil de bande, etc.)	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :

49. Que faisait <nom de l'enfant> lorsqu'il / elle a subi cette blessure ou ces blessures ??

<input type="checkbox"/> Activité sportive ou physique	<input type="checkbox"/> Trajet en direction ou en provenance de l'école / du travail
<input type="checkbox"/> Loisir ou passe-temps	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
<input type="checkbox"/> Travail non rémunéré / tâches ménagères ou domestiques	

50. Quelle était la cause de cette blessure ou de ces blessures ?

<input type="checkbox"/> Accident de véhicule → <nom de l'enfant> portait-il / elle sa ceinture de sécurité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	<input type="checkbox"/> Contact avec une machine, ou outil, etc.
<input type="checkbox"/> Accident de VTT → <nom de l'enfant> portait-il / elle un casque ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	<input type="checkbox"/> Fumée, feu
<input type="checkbox"/> Accident de motoneige → <nom de l'enfant> portait-il / elle un casque ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	<input type="checkbox"/> Contact avec un liquide ou un objet CHAUD
<input type="checkbox"/> Accident de chasse	<input type="checkbox"/> Conditions météorologiques extrêmes ou catastrophe naturelle (p. ex. inondation)
<input type="checkbox"/> Accident de bateau → <nom de l'enfant> portait-il / elle un gilet de sauvetage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus	<input type="checkbox"/> Glace trop mince
<input type="checkbox"/> Contact accidentel avec une autre personne ou un animal	<input type="checkbox"/> Effort trop intense ou mouvement trop exigeant
<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Tentative de suicide ou automutilation

<input type="checkbox"/> Violence familiale	<input type="checkbox"/> Accident de bicyclette
	→ <nom de l'enfant> portait-il / elle un casque ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus
<input type="checkbox"/> Autre agression physique	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :

51. Après de qui ou de quel service <nom de l'enfant> a-t-il / elle reçu des soins médicaux à la suite de cette blessure ou de ces blessures ?

<input type="checkbox"/> Cabinet médical	<input type="checkbox"/> À la maison
<input type="checkbox"/> Urgences d'un hôpital	<input type="checkbox"/> Guérisseur traditionnel
<input type="checkbox"/> Clinique sans rendez-vous	<input type="checkbox"/> Par téléphone
<input type="checkbox"/> Centre de santé communautaire	<input type="checkbox"/> N'a pas reçu de soins médicaux
<input type="checkbox"/> À l'école	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
<input type="checkbox"/> Au travail	

Accès aux soins de santé

Les questions suivantes ont trait à l'accès de l'enfant aux services de santé, au bien-être et aux soins dentaires.

52. Au cours de 12 derniers mois, avez-vous dû surmonter l'un des obstacles suivants pour que <nom de l'enfant> reçoive des soins de santé ? Veuillez lire chaque proposition et y répondre par « oui » ou par « non ».

Remarque : le Programme de services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada est le programme qui prend en charge les coûts associés aux soins de santé (médicaments, soins dentaires, soins ophtalmologiques, fournitures et matériel médical, etc.)

Obstacles	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Pas de médecin ni d'infirmière dans ma région				
Pas d'établissement de santé (p. ex dispensaire ou hôpital) dans ma région				
Liste d'attente trop longue				
Impossibilité de trouver un moyen de transport				
Difficulté à recevoir des soins traditionnels (p. ex. guérisseur, chamane ou aîné)				
Non pris en charge par le Programme des services de santé non assurés (SSNA)				
Autorisation préalable de prise en charge				

par le Programme des SSNA refusée				
Impossibilité d'assumer les frais directement associés à la prestation des soins ou des services				
Impossibilité d'assumer les frais de transport				
Impossibilité d'assumer les frais de garde				
Impression que les soins dispensés ne répondaient pas à mes besoins				
Impression que les services offerts n'étaient pas adaptés à ma culture				
J'ai choisi de ne pas consulter de professionnel de la santé				
Service non disponible dans ma région				

Vaccination

53. <nom de l'enfant> a-t-il / elle reçu ses vaccins de routine ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

54. Pourquoi <nom de l'enfant> n'a-t-il / elle pas été vacciné(e) ?

<input type="radio"/> Pas de médecin ni d'infirmière dans ma région	<input type="radio"/> Trop de vaccins étaient nécessaires
<input type="radio"/> Service de vaccination non disponible dans ma région	<input type="radio"/> Refus pour des motifs d'ordre culturel
<input type="radio"/> Problèmes relatifs à la prise de rendez-vous ou liste d'attente trop longue	<input type="radio"/> Je ne pense pas que les vaccins soient sécuritaires
<input type="radio"/> Oubli	<input type="radio"/> Je pense que les vaccins administrés dans ma communauté sont inadéquats (mauvaise réfrigération, vaccins périmés)

Soins dentaires

55. À quand remonte approximativement la dernière visite de <nom de l'enfant> chez le dentiste ?

<input type="radio"/> Moins de six mois	<input type="radio"/> Plus de cinq ans
---	--

<input type="radio"/> De six mois à un an	<input type="radio"/> N'y est jamais allé(e)
<input type="radio"/> D'un à deux ans	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> De deux à cinq ans	<input type="radio"/> Refus

56. De quel(s) type(s) de soins dentaires <nom de l'enfant> a-t-il / elle actuellement besoin ?
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="radio"/> Aucun	<input type="radio"/> Prothèse(s) (dont entretien et réparation)
<input type="radio"/> Obturation (plombage) ou autres travaux de restauration (limage, pose de couronnes, pont)	<input type="radio"/> Soins d'urgence (problèmes dentaires nécessitant des soins immédiats)
<input type="radio"/> Entretien (p. ex. examen dentaire ou nettoyage)	<input type="radio"/> Soins d'orthodontie (p. ex. appareil orthodontique)
<input type="radio"/> Extractions (arrachage de dents)	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Traitement au fluor	<input type="radio"/> Refus
<input type="radio"/> Traitement parodontal (soins de la gencive)	<input type="radio"/> Autre :

57. <nom de l'enfant> a-t-il / elle eu la carie du biberon ?
La carie du biberon est une forme de carie qui touche les enfants de moins de 5 ans. Celle-ci touche généralement un grand nombre de dents à la fois et nécessite donc une intervention chirurgicale en milieu hospitalier.

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

58. <nom de l'enfant> a-t-il / elle reçu un traitement pour la carie du biberon ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

59. <nom de l'enfant> a-t-il / elle été allaité(e) au sein ?

- Oui
- Non → Passez directement à la question 61.
- Ne sais pas
- Refus

60. Pendant combien de mois <nom de l'enfant> a-t-il / elle été allaité(e) au sein ?

61. <nom de l'enfant> a-t-il / elle déjà été allaité(e) au biberon ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

62. <nom de l'enfant> a-t-il / elle déjà consommé les aliments suivants au biberon ?
Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Lait maternel	<input type="checkbox"/> Kool-Aid et autres boissons en poudre
<input type="checkbox"/> Préparation enrichie en fer	<input type="checkbox"/> Jus 100 % fruits
<input type="checkbox"/> Préparation normale	<input type="checkbox"/> Thé
<input type="checkbox"/> Lait	<input type="checkbox"/> Tisanes
<input type="checkbox"/> Lait de soya	<input type="checkbox"/> Boisson gazeuse
<input type="checkbox"/> Lait en conserve	<input type="checkbox"/> Succédané à café
<input type="checkbox"/> Lait en poudre	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
<input type="checkbox"/> Eau	

Alimentation et nutrition

Les questions suivantes ont trait aux habitudes alimentaires de votre enfant.

63. Le régime alimentaire de <nom de l'enfant> est-t-il équilibré et nutritif ?

<input type="checkbox"/> Toujours ou presque	<input type="checkbox"/> Jamais
<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Refus

64. En moyenne, à quelle fréquence <nom de l'enfant> consomme-t-il les aliments suivants ?
Veuillez sélectionner les réponses qui décrivent le mieux ses habitudes alimentaires.

Fréquence de consommation	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Quelques fois par semaine	Environ une fois par semaine	Jamais ou presque
Lait et produits laitiers (p. ex. yogourt, fromage)					
Protéines (bœuf, poulet, porc, poisson, œufs, fèves, tofu)					
Légumes					
Fruits (à l'exception du jus de fruits)					
Pain, pâtes, riz et autres produits céréaliers					
Eau					

Jus					
Liqueurs ou soda					
Repas minutes (p. ex. hamburgers, pizza, hot-dogs, frites)					
Sucreries (p. ex. bonbons, biscuits, gâteau)					

65. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence <nom de l'enfant> a-t-il / elle consommé les aliments traditionnels suivants ?

Fréquence de consommation d'aliments traditionnels	Jamais	Parfois	Souvent
Mammifères terrestres (orignal, caribou, ours, cerf, bison, etc.)			
Poisson d'eau douce			
Poisson de mer			
Autres produits de la mer ou d'eau douce (coquillages, anguilles, palourdes, algues, etc.)			
Mammifères marins (baleine, phoque, etc.)			
Gibier à plumes (oie, canard, etc.)			
Petit gibier (lapin, rat musqué, etc.)			
Baies ou autres végétaux sauvages			
Bannique / pain frit			
Riz sauvage			
Soupe de maïs			

66. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence quelqu'un a-t-il partagé des aliments traditionnels avec les membres du ménage de <nom de l'enfant> ?

- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Ne sais pas
- Refus

Activité physique

Nous allons maintenant vous poser quelques questions à propos de l'activité physique de l'enfant.

67. Parmi les activités suivantes, laquelle ou lesquelles <nom de l'enfant> a-t-il / elle pratiquée(s)

au cours des 12 derniers mois ?
 Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.

<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Poids et haltères, appareils de conditionnement physique
<input type="checkbox"/> Chasse, piégeage	<input type="checkbox"/> Cours d'aérobic ou conditionnement physique
<input type="checkbox"/> Pêche	<input type="checkbox"/> Canot / Kayak
<input type="checkbox"/> Cueillette de baies ou d'autres aliments	<input type="checkbox"/> Natation
<input type="checkbox"/> Course à pied ou jogging	<input type="checkbox"/> Quilles
<input type="checkbox"/> Randonnée pédestre	<input type="checkbox"/> Golf
<input type="checkbox"/> Bicyclette (vélo de route ou vélo de montagne)	<input type="checkbox"/> Raquettes
<input type="checkbox"/> Danse (aérobique, traditionnelle, moderne, etc.)	<input type="checkbox"/> Arts martiaux
<input type="checkbox"/> Patinage	<input type="checkbox"/> Jardinage, travaux extérieurs
<input type="checkbox"/> Ski ou planche à neige	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Sport d'équipe ou de compétition (p. ex. hockey, basket-ball, baseball, la crosse, tennis)	

68. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence <nom de l'enfant> a-t-il / elle pratiqué cette activité ?

Remarque : Quelques exemples
 Quotidiennement = 365 fois par an
 Trois fois par semaine = 156 fois par an
 Deux fois par mois = 24 fois par an

69. En moyenne, combien de temps (en minutes) <nom de l'enfant> consacre-t-il / elle à chaque séance ?

Une demi heure = 30 minutes 1 heure = 60 minutes 1 heure et demie = 90 minutes

70. Au cours de la dernière semaine, combien de temps <nom de l'enfant> a-t-il / elle passé à regarder la télévision, à travailler sur un ordinateur, à lire ou à jouer à des jeux vidéo ?

Activités sédentaires	Moins de 30 minutes	De 30 minutes à une heure	D'une heure à une heure et demie	Plus d'une heure et demie	Ne sais pas	Refus
Télévision						
Ordinateur						
Lecture						

Jeux vidéo						
------------	--	--	--	--	--	--

Bien-être personnel

Les questions suivantes ont trait au bien-être personnel de l'enfant.

71. À quelle fréquence <nom de l'enfant> participe-t-il / elle aux activités suivantes en dehors de ses heures d'école ?

Activités extrascolaires	Jamais	Moins d'une fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	Sans objet
Équipe sportive ou cours de sport					
Groupe artistique ou musical, cours d'art ou de musique					
Groupe ou cours de chant, de danse ou de tambour traditionnels					

72. À quelle fréquence <nom de l'enfant> lit-il / elle pour le plaisir (c.-à-d. en dehors de ses activités scolaires) ou à quelle fréquence lui fait-on la lecture ?

<input type="radio"/> Tous les jours	<input type="radio"/> Quelques fois par mois
<input type="radio"/> Quelques fois par semaine	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois
<input type="radio"/> Une fois par semaine	<input type="radio"/> Jamais ou presque

73. Au cours des six derniers mois, comment <nom de l'enfant> s'est-il / elle entendu(e) avec les autres membres de sa famille ?

<input type="radio"/> Très bien, aucun problème	<input type="radio"/> Pas bien du tout, toujours des problèmes
<input type="radio"/> Assez bien, presque aucun problème	<input type="radio"/> Ne sais pas
<input type="radio"/> Pas très bien, beaucoup de problèmes	<input type="radio"/> Refus

74. Selon vous, <nom de l'enfant> a-t-il / elle eu davantage de problèmes affectifs ou de comportement que les autres enfants de son âge au cours des six derniers mois ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Pensionnats

Les questions suivantes portent sur les pensionnats.

Aux fins de la présente étude, le terme « pensionnat » fait référence aux établissements d'enseignement fréquentés par les jeunes Autochtones. Aussi appelés « écoles industrielles », ces établissements étaient dirigés par des ordres religieux. Le dernier pensionnat a fermé ses portes en 1996.

75. Les parents ou grands-parents de <nom de l'enfant> ont-ils fréquenté un pensionnat ?

Parents ou grands-parents en pensionnat	Oui	Non	Ne sais pas	Refus
Mère				
Père				
Grand-mère maternelle				
Grand-père maternel				
Grand-mère paternelle				
Grand-père paternel				

Services de garde

76. <nom de l'enfant> se fait-il / elle garder ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

77. Où et par qui <nom de l'enfant> est-il / elle gardé(e) ?

<input type="radio"/> À l'extérieur, par un proche ou un membre de la famille	<input type="radio"/> Centre de jour
<input type="radio"/> À domicile, par un proche (autre que son frère ou sa sœur)	<input type="radio"/> Garderie ou prématernelle
<input type="radio"/> À domicile, par son frère ou sa sœur	<input type="radio"/> Garderie (en milieu privé)
<input type="radio"/> À l'extérieur, par une personne sans lien de parenté	<input type="radio"/> Service de garde avant et après l'école
<input type="radio"/> À domicile, par une personne sans lien de parenté	<input type="radio"/> Autre :

78. Combien d'heures par semaine <nom de l'enfant> se fait-il garder ?

Fin du questionnaire

Les questions de la présente enquête ont-elles été traduites ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Refus

Merci d'avoir participé à l'ERS !

Le questionnaire est maintenant terminé.

Y a-t-il d'autres points qui influencent la bien-être des enfants de votre communauté et dont nous devrions tenir compte dans notre prochaine enquête ?

POUR IMI

Seulement