

Nom de l'Enfant \_\_\_\_\_ Numéro ID du Client \_\_\_\_\_  
(PRÉNOM et nom de FAMILLE)

Date d'aujourd'hui \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'Enfant \_\_\_\_\_ Âge de l'Enfant \_\_\_\_\_ Genre \_\_\_\_\_  
(Jour/mois/an) (Jour/mois/an)

Votre Nom \_\_\_\_\_ Lien avec l'Enfant \_\_\_\_\_  
(PRÉNOM et nom de FAMILLE)

**Veillez consulter la liste de catégories raciales et ethniques à l'endos de ce document et indiquer laquelle d'entre celles-ci décrit le mieux le groupe d'appartenance raciale ou ethnique de votre ENFANT, en remplissant le(s) cercle(s) bleus(s). Vous pouvez sélectionner plus d'une option.**

Toute expérience stressante peut affecter la santé et le développement d'un enfant. Le CASTER nous aide à mieux comprendre les expériences passées de votre enfant, ainsi que ses pensées, sentiments et comportements.

La **Section Un** contient une liste d'incidents potentiellement traumatisants que certaines personnes ont vécues. Au meilleur de votre connaissance, veuillez indiquer si votre enfant a déjà vécu l'un ou plusieurs de ces incidents, en sélectionnant soit **Oui** ou **Non** pour chaque incident. Si vous répondez par **Oui** à un incident, veuillez indiquer **dans quelle mesure** cette expérience affecte actuellement votre enfant, de la façon suivante :

**Pas du tout**, si l'incident ne l'affecte pas actuellement.  
**Un peu**, si l'incident l'affecte quelque peu actuellement.  
**Beaucoup**, si l'incident l'affecte beaucoup actuellement.

*Par exemple, si votre enfant a subi un accident grave, et que ceci l'affecte actuellement beaucoup :*

	Oui	Non	Pas du Tout	Un peu	Beaucoup
10 Accident ou blessure grave pour votre enfant	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

La **Section Deux** contient une liste de différents sentiments, pensées ou comportements. Certains peuvent être communs aux enfants du même âge que votre enfant, alors que d'autres peuvent être liés à des événements troublants que votre enfant a vécus.

Au meilleur de votre connaissance, veuillez nous indiquer à quelle fréquence il est arrivé à votre enfant de vivre ou de ressentir ceux-ci **au cours des 6 derniers mois**:

**J = Jamais**, au cours des 6 derniers mois  
**P = Parfois**, au cours des 6 derniers mois  
**S = Souvent**, au cours des 6 derniers mois

*Par exemple, s'il est arrivé à votre enfant d'avoir des problèmes à s'endormir au cours des 6 derniers mois :*

**Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle vécu l'une des situations suivantes ?  
Encercler l'énoncé qui s'applique**

**J = Jamais** (seulement 6 derniers mois) **P = Parfois** (seulement 6 derniers mois) **S = Souvent** (seulement 6 derniers mois)

1	Difficultés à s'endormir	J	<input checked="" type="radio"/>	S
---	--------------------------	---	----------------------------------	---

La **Section Deux** pose trois questions additionnelles. Ces questions nous informent de changements importants que votre enfant a peut-être rencontrés lors de sa vie. Veuillez nous dire combien de changements votre enfant a vécu(s). Par exemple, si deux parents et un beau-père ont été les principaux pourvoyeurs de soins pour votre enfant, vous sélectionneriez "3" pour la question suivante:

Depuis la naissance, combien de DIFFÉRENTES personnes ont-elles occupé le rôle de principal pourvoyeur de soins pour votre enfant ? (Ex. parents, beaux-parents, parents de la famille d'accueil, grands-parents).	1	2	<input checked="" type="radio"/>	4	5	6	7	8	9	10	11+
--	---	---	----------------------------------	---	---	---	---	---	---	----	-----

Veillez demander de l'aide si vous avez une question qui se rapporte au sujet de ce formulaire. Merci.

Votre enfant a-t-il/elle déjà vécu l'un des évènements suivants ?		Cochez la case qui s'applique		Si Oui, veuillez cocher la façon dont cette expérience affecte actuellement votre enfant		
		Oui	Non	Pas du Tout	Un Peu	Beaucoup
Conditions Environnementales / de Vie						
1	Grave incendie ou catastrophe naturelle (ex. : inondation, tremblement de terre, feu de forêt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Crise de santé publique ou environnementale (ex. : eau à boire non-potable, déversement de produit chimique, maladie/ pandémie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Déménagement(s) familial/aux majeur(s) (ex. : à une nouvelle communauté, maison, pays, ou multiples)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	A vécu à un endroit ressenti comme dangereux, stressant ou non-sécuritaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé, Blessure ou Perte						
5	Accident, blessure ou maladie grave, ou intervention médicale effrayante pour votre enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Accident, blessure ou maladie grave subi(e) par un proche de votre enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Décès d'un proche de votre enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vie dans la Communauté						
8	Mal ou injustement traité/e en raison de sa race, son genre, sa religion, son orientation sexuelle, son lieu de naissance, ses capacités ou son apparence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Gravement blessé/e, menacé/e ou intimidé/e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	A vu ou entendu de la violence ou des blessures graves hors de la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	A vu ou entendu un de leurs proches être arrêté, confronté, détenu, ou mis en arrestation par la police et/ou l'armée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vie dans la Famille						
12	Physiquement ou émotionnellement blessé/e par le parent/pourvoyeur de soins ou un autre membre de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Pas assez de nourriture, de vêtements appropriés ou propres ou autres nécessités de base	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Pas assez d'affection, d'attention, ou de réconfort de la part du parent/ pourvoyeur de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	A vu ou entendu des conflits ou de la violence graves entre membres de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Graves conflits parentaux, séparation et/ou divorce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Graves problèmes financiers pour la famille (actuellement ou dans le passé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Membre de la famille proche ayant des problèmes de drogue ou alcool, ou de graves préoccupations mentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Séparation significative du parent /pourvoyeur de soins ou d'un proche membre de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres						
20	Fut exposé/e à, forcé/e à faire ou à subir des choses sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	A entendu du mal sérieux ou l'abus fait à quelqu'un lui étant proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Autres incidents qui furent effrayants, troublants, ou douloureux (veuillez décrire ci-dessous). Liste : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle vécu l'une des situations suivantes ?  
Encercler l'énoncé qui s'applique**

**J = Jamais** (seulement 6 derniers mois) **P = Parfois** (seulement 6 derniers mois) **S = Souvent** (seulement 6 derniers mois)

1	Difficultés à dormir (ex. : à s'endormir, à rester endormi/e, à ne pas vouloir dormir seul/e)	J	P	S
2	Cauchemars	J	P	S
3	Difficulté à manger (ex. : refuser de manger, trop manger ou ne pas assez manger)	J	P	S
4	Gain ou perte de poids important	J	P	S
5	Facilement dérangé/e par certains sons, odeurs, vues, goûts, ou textures	J	P	S
6	Excessivement sensible au toucher	J	P	S
7	Difficulté à être apaisé/e ou rassuré/e	J	P	S
8	Facilement surpris/e (ex. : 'sursaute' en réponse au toucher, aux sons, ou lorsqu'approché/e)	J	P	S
9	Excessivement passif/ve (ex. : calme, immobile, ou sans réaction)	J	P	S
10	Maux de tête, maux d'estomac, ou douleurs au corps	J	P	S
11	Ne parle pas en certain/es endroits ou situations (ex. : hors de la maison)	J	P	S
12	Sembler 'dans les nuages' ou distrait/e	J	P	S
13	Incapable de faire les choses qu'il/elle avait l'habitude de faire auparavant (e.g. : faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, parler)	J	P	S
14	Joue avec, étend, et/ou retient ses excréments (caca)	J	P	S
15	Refuse de prendre un bain ou une douche	J	P	S
16	Crises ou excès de colère	J	P	S
17	Excès de pleurs ou de cris	J	P	S
18	S'échapper en courant à l'approche du parent/ pourvoyeur de soins	J	P	S
19	Excessivement à l'aise avec des personnes inconnu/es	J	P	S
20	Préfère se retrouver seul/e	J	P	S
21	Difficulté à interagir avec d'autres enfants	J	P	S
22	Refuse d'aller à l'école, à la garderie, ou au programme de jour	J	P	S
23	Difficultés à suivre les routines et/ou les attentes de la maison, l'école, la garderie, ou des programmes de jour	J	P	S
24	Excessivement attaché/es ou a difficulté à se séparer des adultes	J	P	S
25	Excessivement nerveux/se, anxieux/se ou tendu/e	J	P	S
26	Excessivement vigilant/e à tout signe de danger	J	P	S
27	A peur de certain/es personnes, endroits, ou situations (veuillez énumérer) _____	J	P	S
28	Excessivement triste	J	P	S
29	Excessivement colérique	J	P	S
30	Prend ou cache de la nourriture et/ou d'autres choses	J	P	S
31	Se blesser (ex. : se frapper ou se mordre, se frapper la tête, se faire de lésions à la peau)	J	P	S
32	Blesser ou menacer de blesser d'autres personnes	J	P	S
33	Blesser des animaux	J	P	S
34	Comportements destructifs (ex. : briser des choses, fracasser des choses)	J	P	S
35	Comportements ou langage sexuels	J	P	S
36	Extrême difficulté à demeurer assis et/ou à porter attention	J	P	S
37	Comportements auto-apaisant excessifs (e.g., se bercer, s'enrouler/mâcher ses cheveux, se sucer le pouce)	J	P	S
38	Manifestation d'évènement passé effrayant ou troublant dans leurs jeux, leurs histoires ou l'art	J	P	S
39	Semble avoir de la difficulté à se souvenir d'un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
40	Se blâment pour un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
41	Se sentir comme mauvais/e ou indigne d'être aimé/	J	P	S

Autres préoccupations (Veuillez décrire ci-dessous)

42		Jamais	Parfois	Souvent
----	--	--------	---------	---------

Questions additionnelles

43	Depuis la naissance, combien de DIFFÉRENTES personnes ont-elles occupé le rôle de principal pourvoyeur de soins pour votre enfant ? (ex. : parents, beaux-parents, parents de la famille d'accueil, grands-parents).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+	
44	Depuis la naissance, combien de FOIS votre enfant a-t-il/elle vécu séparément des parents/pourvoyeurs de soins ? (ex. : en foyer d'accueil, avec famille élargie)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
45	Depuis la naissance, à combien de DIFFÉRENT/ES services de garde ou d'écoles votre enfant a-t-il/elle fréquenté/e ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	

## Catégories Ethnographiques et Raciales

### **Asiatique**

- De l'Est (ex. : Chinois/e, Japonais/e, Coréen/ne)
- Du Sud (ex. : Indien/ne, Pakistanais/e, Sri Lankais/e)
- Du Sud-Est (ex. : Malaisien/ne, Philippin/e, Vietnamien/ne)
- Européen/ne (ex. : Anglais/e, Allemand/e, Turc/que, Russe)
- Nord-Américain/e (ex. : Canadien/ne, Américain/e)
- Caribéen/ne (ex. : Guyanien/ne, Chinois/e-Jamaïcain/ne)
- Autre: \_\_\_\_\_

### **Noir/e**

- Africain/e (ex. : Ghanéen/ne, Kényen/ne, Somalien/ne)
- Caribéen/ne (ex. : Barbadien/ne, Jamaïcain/ne)
- Latino-Américain/e (ex. : Colombien/ne, Brésilien/ne)
- Européen/ne (ex. : Anglais/e, Espagnol/e, Français/e)
- Nord-Américain/e (ex. : Canadien/ne, Américain/e)
- Autre: \_\_\_\_\_

### **Autochtone**

- Premières Nations
- Inuit
- Métis
- Autre : \_\_\_\_\_

### **Latino- Américain/e**

- D'origine Européen/ne (ex. : Espagnol/e, Français/e, Allemand/e)
- Autochtone (ex. : Péruvien/ne, Bolivien/ne, Guatémaltèque))
- D'origines Mixtes (ex. : Autochtone et Européen/ne, Noir/e et Européen/ne)
- Autre \_\_\_\_\_

### **Du Moyen-Orient, Asiatique occidental/e** (ex. : Égyptien/ne, Iranien/ne, Libanais/e, Afghan/e, Israélien/ne, Turc/que)

### **Blanc/he**

- D'origine Européen/ne (ex. : Anglais/e, Italien/ne, Portugais/e, Russe, Australien/ne, Néo-zélandais/e)
- Nord-Américain/e (ex. : Canadien/ne, Américain/e)
- Autre: \_\_\_\_\_

### **Multiraciale/multi-ethnique:** veuillez préciser (ex. : Noir/e – Africain/e et Blanc/he Nord-Américain/e)

\_\_\_\_\_

### **Autres:** \_\_\_\_\_

### **Préfère ne pas répondre**

### **Ne sait pas**