

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 :

		Non	Oui	Pas du Tout	Un peu	Beaucoup
10	Accident ou blessure grave pour votre enfant	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 de votre enfant, combien de FOIS un parent ou un gardien <u>important</u> (par exemple, beau-parent, parent d'accueil, grand-parent) a-t-il quitté la vie de votre enfant de manière significative?	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 concerne 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		
		Non	Oui	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	22	Refuse d'aller à l'école, à la garderie, ou au programme de jour	J	P	S
2	Cauchemars	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
3	Difficulté à manger (ex. : refuser de manger, trop manger ou ne pas assez manger)	J	P	S	24	Excessivement attaché/es ou a difficulté à se séparer des adultes	J	P	S
4	Gain ou perte de poids important	J	P	S	25	Excessivement nerveux/se, anxieux/se ou tendu/e	J	P	S
5	Facilement dérangé/e par certains sons, odeurs, vues, goûts, ou textures	J	P	S	26	Excessivement vigilant/e à tout signe de danger	J	P	S
6	Excessivement sensible au toucher	J	P	S	27	A peur de certain/es personnes, endroits, ou situations (veuillez énumérer) _____	J	P	S
7	Difficulté à être apaisé/e ou rassuré/e	J	P	S	28	Excessivement triste	J	P	S
8	Facilement surpris/e (ex. : 'sursaute' en réponse au toucher, aux sons, ou lorsqu'approché/e)	J	P	S	29	Excessivement colérique	J	P	S
9	Excessivement passif/ve (ex. : calme, immobile, ou sans réaction)	J	P	S	30	Prend ou cache de la nourriture et/ou d'autres choses	J	P	S
10	Maux de tête, maux d'estomac, ou douleurs au corps	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
11	Ne parle pas en certain/es endroits ou situations (ex. : hors de la maison)	J	P	S	32	Blesser ou menacer de blesser d'autres personnes	J	P	S
12	Sembler 'dans les nuages' ou distrait/e	J	P	S	33	Blesser des animaux	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	34	Comportements destructifs (ex. : briser des choses, fracasser des choses)	J	P	S
14	Joue avec, étend, et/ou retient ses excréments (caca)	J	P	S	35	Comportements ou langage sexuels	J	P	S
15	Refuse de prendre un bain ou une douche	J	P	S	36	Extrême difficulté à demeurer assis et/ou à porter attention	J	P	S
16	Crises ou excès de colère	J	P	S	37	Comportements auto-apaisant excessifs (e.g., se bercer, s'enrouler/mâcher ses cheveux, se sucer le pouce)	J	P	S
17	Excès de pleurs ou de cris	J	P	S	38	Manifestation d'évènement passé effrayant ou troublant dans leurs jeux, leurs histoires ou l'art	J	P	S
18	S'échapper en courant à l'approche du parent/ pourvoyeur de soins	J	P	S	39	Semble avoir de la difficulté à se souvenir d'un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
19	Excessivement à l'aise avec des personnes inconnu/es	J	P	S	40	Se blâment pour un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
20	Préfère se retrouver seul/e	J	P	S	41	Se sentir comme mauvais/e ou indigne d'être aimé/	J	P	S
21	Difficulté à interagir avec d'autres enfants	J	P	S					

Autres préoccupations (Veuillez décrire ci-dessous)

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

Questions additionnelles

43	Depuis la naissance de votre enfant, combien de FOIS un parent ou un gardien <u>important</u> (par exemple, beau-parent, parent d'accueil, grand-parent) a-t-il quitté la vie de votre enfant de manière significative ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
44	Depuis la naissance de votre enfant, combien de FOIS a-t-il vécu loin de ses parents ou des personnes <u>importantes</u> qui s'occupent de lui (par exemple, en famille d'accueil, en foyer ou chez la famille) ?	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. : Malysien/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