

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 dire 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 quoi que ce soit au sujet de ce formulaire. Merci

Votre enfant a-t-il/elle déjà vécu l'un des événements suivants ?		Cochez la case qui s'applique		Si Oui, veuillez cocher la façon dont cette expérience affecte actuellement votre enfant		
Conditions Environnementales / de Vie		Non	Oui	Pas du Tout	Un Peu	Beaucoup
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 nouvelle communauté, maison, pays, ou multiples déménagements)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	A vécu dans un pays pendant la guerre et/ ou lors de troubles civils (ex.: rebellions, violence)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	A vécu dans un camp de réfugiés ou un centre de surveillance de l'immigration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	A vécu quelque part/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"/>
7	Sans abri (ex.: a vécu dans la rue, un refuge, un logement temporaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé, Blessure ou Perte		Non	Oui	Pas du Tout	Un Peu	Beaucoup
8	Sérieuse intervention médicale pour votre enfant ou l'un de ses proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Intervention médicale effrayante ou douloureuse pour votre enfant ou l'un de ses proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Accident ou blessure grave pour votre enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Surdose de drogue pour votre enfant ou l'un de ses proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	A appris qu'un membre de la famille ou des proches de votre enfant a subi un/e préjudice grave, blessure ou abus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	A été témoin du suicide ou de la tentative de suicide de quelqu'un proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Décès du parent ou principal pourvoyeur de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Décès d'un frère ou sœur ou d'un proche de votre enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Décès d'un animal domestique chéri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vie dans la Communauté		Non	Oui	Pas du Tout	Un Peu	Beaucoup
17	Mal ou injustement traité/e en raison de son genre et/ou de son orientation sexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Mal ou injustement traité/e en raison de sa race, couleur de peau, et/ou lieu de naissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Mal ou injustement traité/e en raison de sa religion et/ou de son identité culturelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Mal ou injustement traité/e en raison de ses capacités (ex.: d'apprentissage, physiques) et/ou de son apparence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Blessé/e, intimidé/e, ou menacé/e, en personne ou en ligne, par quelqu'un hors de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	A été témoin de violence ou du traitement injuste de quelqu'un hors de la maison (ex.: école ou communauté)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	A été témoin d'un décès ou de la tentative de suicide de quelqu'un dans la communauté (n'incluant PAS un membre de famille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Expériences difficiles ou injustes pour votre enfant avec la police (ex. : arrêté/e, harcelé/e, détenu/e, confronté/e, ou mis/e en arrestation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Expériences difficiles ou injustes pour un proche de votre enfant avec la police (ex. : arrêté/e, harcelé/e, détenu/e, confronté/e, ou mis/e en arrestation).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vie dans la Famille		Non	Oui	Pas du Tout	Un Peu	Beaucoup
26	Physiquement blessé/e par le parent/ pourvoyeur de soins (ex.: frappé/e, avec ou sans objet, a reçu coups de pied)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Physiquement blessé/e (ex.: frappé/e, avec ou sans objet, a reçu coups de pied) par un membre de famille proche qui n'est PAS un parent/ pourvoyeur de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Discipline non-physique sévère de la part du parent/ pourvoyeur de soins (ex.: enfermé(e) dans une pièce, privation de nourriture)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Critiques sévères ou cruelles (ex.: menaces, injures, insultes) par le parent/pourvoyeur de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	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"/>
31	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"/>
32	A vu ou entendu des conflits/de la violence entre parents/pourvoyeurs de soins (ex.: crier, menacer, frapper, coups de pieds)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Parents/ pourvoyeurs de soins séparés ou divorcés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Sérieuses difficultés financières de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Parent/pourvoyeur de soins avec usage problématique de drogue ou alcool, de jeu, ou autre comportement excessif (ex.: jeux vidéo, médias sociaux, magasinage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Parent/ pourvoyeur de soins ayant de sérieux problèmes émotionnels ou de santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Séparation significative du parent/pourvoyeur de soins ou proche membre de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Retiré/e de la maison par les autorités (e.g. : agence de protection de la jeunesse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Maison hautement sexualisée (ex.: a vu/entendu de la sexualité adulte, langage sexuel fréquent)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Exposé/e à, forcé/e de faire ou de subir des choses sexuelles par quelqu'un dans la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre		Non	Oui	Pas du Tout	Un Peu	Beaucoup
41	Exposé/e à, forcé/e de faire ou de subir des choses sexuelles par quelqu'un hors de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	S'est fait offrir des cadeaux, de l'argent, ou drogues/ alcool pour faire des choses sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Critiques sévères ou cruelles (ex.: menaces, injures, insultes) par quelqu'un d'important pour votre enfant qui n'est PAS un parent/ pourvoyeur de soins)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Kidnappé/e ou enlevé/e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Autres incidents qui furent effrayants, troublants, ou douloureux (veuillez décrire ci-dessous) Énumérer _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous 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	Difficulté à s'endormir	J	P	S	34	Se sentir confus/e, désorienté/e	J	P	S
2	Difficulté à rester endormi/e	J	P	S	35	Se sentir comme mauvais/e ou indigne d'être aimé/e	J	P	S
3	Cauchemars	J	P	S	36	Entendre ou voir des choses que les autres n'entendent pas ou ne voient pas	J	P	S
4	Épuisement (ex.: peu d'énergie, ne pas se sentir reposé/e, très fatigué/e)	J	P	S	37	Pleurs incontrôlables	J	P	S
5	Ne pas vouloir dormir seul/e	J	P	S	38	Changements d'humeur soudains	J	P	S
6	Mouiller leurs vêtements (urine) pendant la journée	J	P	S	39	Crises ou excès de colère	J	P	S
7	Mouiller leurs vêtements (urine) pendant la nuit	J	P	S	40	Facilement agacé/e, irrité/e, contrarié/e	J	P	S
8	Salir leurs vêtements (excréments/caca)	J	P	S	41	Pensées ou parler de se blesser ou de se tuer	J	P	S
9	Autres préoccupations de toilette (ex.: étendre ses excréments/caca, uriner hors de la toilette, cacher des produits menstruels usagés)	J	P	S	42	Menaces ou tentatives de suicide	J	P	S
10	Maux de tête, maux d'estomac, ou douleurs au corps	J	P	S	43	Se faire du mal intentionnellement (ex.: se couper, se frapper)	J	P	S
11	Difficulté à manger (ex.: refuser de manger, trop manger ou ne pas assez manger)	J	P	S	44	Penser à ou parler de blesser ou tuer d'autres personnes	J	P	S
12	Mauvaise hygiène (ex.: ne pas se brosser les dents, ne pas se laver, ne pas changer ses vêtements)	J	P	S	45	Verbalement ou physiquement cruel/le envers les personnes	J	P	S
13	Comportements risqués ou imprudents, qui les met, soit eux ou les autres, en danger	J	P	S	46	Cruel/le envers les animaux	J	P	S
14	Comportements impulsifs (faire ou dire des choses sans penser d'abord)	J	P	S	47	Destruction de propriété (ex.: fracasser, briser des choses)	J	P	S
15	Jouer avec des allumettes, des briquets, le feu	J	P	S	48	Consommation d'alcool, de substances inhalées, ou drogues récréatives	J	P	S
16	Préoccupation avec les armes	J	P	S	49	Comportements sexuels préoccupants (ex.: commentaires/comportements sexuels excessifs, préoccupation à accéder à des médias à contenu sexuel)	J	P	S
17	Prendre des choses sans permission ou voler des choses	J	P	S	50	Tenter d'obliger les autres à faire des choses de nature sexuelle/de toucher les autres de façon sexuelle	J	P	S
18	Prendre ou cacher de la nourriture	J	P	S	51	Difficulté à se faire ou à garder des amis	J	P	S
19	Se faire des lésions à la peau, s'enlever des cheveux/cils/sourcils ou se mordre les ongles excessivement	J	P	S	52	Éviter de faire des choses avec les autres	J	P	S
20	S'auto-apaiser (ex.: se bercer, s'enrouler/ mâcher ses cheveux, secouer la jambe, ou taper du pied)	J	P	S	53	Se sentir excessivement seul/e ou isolée	J	P	S
21	Difficulté à être apaisé/e ou rassuré/e	J	P	S	54	Ne pas réussir à l'école/au programme de jour (ex.: mauvaises notes, difficulté à apprendre, problèmes de comportement ou sociaux)	J	P	S
22	Difficulté à demeurer assis/e; agité/e	J	P	S	55	Ne pas vouloir aller à l'école/au programme de jour	J	P	S
23	Excessivement passif/ve (ex.: calme, immobile, ou sans réaction)	J	P	S	56	Difficulté à faire des choses par moi-même ou d'être éloigné/e du parent/pourvoyeur de soins	J	P	S
24	Facilement dérangé/e par certains sons, odeurs, vues, goûts, ou textures	J	P	S	57	Peur d'être seul/e	J	P	S
25	Facilement distrait/e ou ayant trouble de concentration	J	P	S	58	Peur de certaines personnes, de certains endroits ou de certaines situations. Énumérer: _____	J	P	S
26	Excessivement sensible au toucher	J	P	S	59	Mal à l'aise à parler en certain/es endroits ou situations (ex.: école, événements sociaux)	J	P	S
27	Facilement surpris/e (ex.: sursaute en réponse au toucher, aux sons, ou lorsqu'approché/e)	J	P	S	60	Manifestation d'évènement passé effrayant ou troublant dans leurs jeux, leurs histoires ou l'art	J	P	S
28	Excessivement vigilant/e à tout signe de danger	J	P	S	61	Souvenirs ou pensées d'un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
29	Excessivement nerveux/se, anxieux/se, ou tendu/e	J	P	S	62	Penser à ou parler d'un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
30	Sembler 'dans les nuages' ou distrait/e	J	P	S	63	Éviter de penser ou de parler d'un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
31	Semble engourdi/e, semble ne rien ressentir	J	P	S	64	Difficulté à se souvenir des détails d'un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
32	Ne pas se sentir connecté/e à son corps (ex.: sentir qu'on s'observe de l'extérieur de son corps)	J	P	S	65	Se blâmer pour un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
33	Se sentir excessivement triste ou déprimé/e	J	P	S					

Autres préoccupations (Veuillez décrire ci-dessous)

66		Jamais	Parfois	Souvent
----	--	--------	---------	---------

Questions additionnelles

67	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+
68	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+
69	Depuis la naissance, à combien de DIFFÉRENTES 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