

Nom _____ Numéro ID du Client _____
(PRÉNOM et nom de FAMILLE)

Date d'aujourd'hui _____ Date de naissance _____ Âge _____ Genre _____
(Jour/mois/an) (Jour/mois/an)

Nom du Pourvoyeur de soins _____ Lien avec le client _____
(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 VOTRE groupe d'appartenance raciale ou ethnique, en remplissant le(s) cercle(s) bleus(s). Vous pouvez sélectionner plus d'une option.

Le CASTER nous aide à mieux comprendre vos expériences passées et comportement actuels.

La **Section Un** contient une liste d'incidents potentiellement traumatisants que certaines personnes ont vécues. Au meilleur de votre connaissance, Veuillez indiquer si vous avez 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 vous affecte présentement, de la façon suivante :

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

Par exemple, si vous avez subi un accident grave, et que ceci vous affecte actuellement beaucoup :

		Non	Oui	Pas du Tout	Un peu	Beaucoup
10	Accident ou blessure grave pour vous	<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, comportements ou pensées. Certains peuvent être communs pour les autres personnes de votre âge, alors que d'autres peuvent être liés à des événements troublants que vous avez vécus. Veuillez nous dire à quelle fréquence il vous est arrivé de vivre ou 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, si vous avez éprouvé des problèmes à vous endormir au cours des 6 derniers mois :

<p>Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous vécu l'une des situations suivantes ? Encercler l'énoncé qui s'applique</p> <p>J = Jamais (seulement 6 derniers mois) P = Parfois (seulement 6 derniers mois) S = Souvent (seulement 6 derniers mois)</p>

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 vous avez peut-être vécus lors de votre vie. Veuillez nous dire combien de changements vous avez vécu(s).

Par exemple, si vos deux parents et votre beau-père ont été les principaux pourvoyeurs de soins à votre égard, vous sélectionneriez "3" pour la question suivante :

Depuis votre naissance, combien de FOIS une personne <u>importante</u> pour vous (comme un parent, un beau-parent, un parent d'accueil ou un grand-parent) a-t-elle quitté votre vie de façon importante?	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

Avez-vous déjà vécu l'un des événements suivants ?		Cochez la case qui s'applique		Si Oui, veuillez cocher la façon dont cette expérience vous affecte actuellement		
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	Avez 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	Avez 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	Avez 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. : avez 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 vous ou quelqu'un proche de vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Intervention médicale effrayante ou douloureuse pour vous ou un de vos proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Accident ou blessure grave pour vous ou pour un de vos proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Surdose de drogue pour vous ou pour un de vos proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Avez appris qu'un membre de famille ou vos proches 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	Avez 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 de vos proches	<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 mon genre et/ou de mon 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 ma 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 ma religion et/ou de mon 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 mes capacités (ex. : d'apprentissage, physiques) et/ou de mon 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	J'ai été/e 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	J'ai été/e 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 vous avec les forces de l'ordre (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 de mes proches, 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. : enferm(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	J'ai 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. : J'ai 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	Vous êtes 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 vous 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 m'endormir	J	P	S	34	Me sentir confus/e, désorienté/e	J	P	S
2	Difficulté à rester endormi/e	J	P	S	35	Me 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 me 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 mes vêtements (urine) pendant la journée	J	P	S	39	Crises ou excès de colère	J	P	S
7	Mouiller mes vêtements (urine) pendant la nuit	J	P	S	40	Facilement agacé/e, irrité/e, contrarié/e	J	P	S
8	Salir mes vêtements (excréments/caca)	J	P	S	41	Pensées ou parler de me blesser ou de me tuer	J	P	S
9	Autres préoccupations de toilette (ex. : étendre mes 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	Me faire du mal intentionnellement (ex. : me couper, me 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 me brosser les dents, ne pas me laver, ne pas changer mes vêtements)	J	P	S	45	Verbalement ou physiquement cruel/le envers les personnes	J	P	S
13	Comportements risqués ou imprudents, qui me mettent, moi 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 me faire ou à garder des amis	J	P	S
19	Me faire des lésions à la peau, m'enlever des cheveux/cils/sourcils ou me mordre les ongles excessivement	J	P	S	52	Éviter de faire des choses avec les autres	J	P	S
20	M'auto-apaiser (ex. : me bercer, m'enrouler/ mâcher mes cheveux, secouer la jambe, ou taper du pied)	J	P	S	53	Me 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 mes jeux, mes histoires ou mon 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	Me sentir engourdi/e, semble ne rien ressentir	J	P	S	64	Difficulté à me souvenir des détails d'un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
32	Ne pas me sentir connecté/e à mon corps (ex. : sentir que je m'observe de l'extérieur de mon corps)	J	P	S	65	Me blâmer pour un évènement passé effrayant ou troublant	J	P	S
33	Me sentir excessivement triste ou déprimé/e	J	P	S					

Autres préoccupations (Veuillez décrire ci-dessous)

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

Questions additionnelles

67	Depuis votre naissance, combien de FOIS une personne <u>importante</u> pour vous (comme un parent, un beau-parent, un parent d'accueil ou un grand-parent) a-t-elle quitté votre vie de façon importante?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
68	Depuis votre naissance, combien de fois avez-vous vécu loin de vos parents ou des personnes <u>importantes</u> qui s'occupaient de vous (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 avez-vous 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 sais pas