

13) **La partie suivante porte sur des événements que votre enfant pourrait avoir vécu depuis sa naissance.** (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

- | | Oui | Non | Ne sait pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Adoption de l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Décès de la mère..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Décès du père | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Décès d'un frère ou d'une sœur..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Séparation ou divorce des parents..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Placement de l'enfant dans une institution ou
un foyer d'accueil pour une période de plus de trois mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Naissance ou adoption d'un frère ou d'une sœur..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Remariage ou cohabitation de la mère avec un nouveau conjoint | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Remariage ou cohabitation du père avec une nouvelle conjointe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Victime d'une agression physique
par une personne de plus de 15 ans..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Victime d'une agression sexuelle
par une personne de plus de 15 ans..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14) **La partie suivante porte sur des événements que votre enfant pourrait avoir vécu depuis 1 an.** (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

- | | Oui | Non | Ne sait pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Déménagement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Maladie ou accident de l'enfant ayant nécessité son hospitalisation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Maladie ou accident de la mère ou du père ayant nécessité son
hospitalisation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si oui, combien de temps la mère ou le père est-elle (il) resté (e) à l'hôpital .../__/__/jours</i> | | | |
| d) Maladie ou accident d'un frère ou d'une sœur ayant nécessité
son hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Si oui, combien de temps le frère ou la sœur est-elle (il) resté(e) à l'hôpital/__/__/jours</i> | | | |
| e) Mort d'un animal important pour l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Perte d'emploi d'un des parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Problèmes d'argent des parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Décès d'une personne de la famille (<i>grand parent, oncle,
tante, conjoint d'un des parents autre que le père ou la mère</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Décès d'un ami proche de l'enfant..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Victime d'une agression physique par d'autres jeunes
de moins de 15 ans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15) **Les questions suivantes portent sur la relation que vous avez eue avec votre enfant au cours de la dernière année.** Pour chacune des questions, cocher la case correspondant à votre réponse. (*pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse*).

	Très souvent	Souvent	Quelque-fois	Jamais	Ne sait pas
a) Faites-vous des activités ensemble (jeux, sports, sorties, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Parlez-vous ensemble de ses activités, de ses ami(e)s, de ses résultats scolaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) L'embrassez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Le (la) punissez-vous en le (la) privant de ce qu'il (elle) aime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lui faites-vous des compliments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) L'envoyez-vous au lit plus tôt que d'habitude pour le (la) punir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Avez-vous l'impression de le (la) traiter comme un bébé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Est-ce que vous lui dites que les autres enfants sont mieux que lui (elle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fouillez-vous dans ses affaires personnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Lui défendez-vous de jouer avec d'autres enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Y a-t-il des moments où vous êtes toujours sur son dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Le (la) consolez-vous quand il (elle) est triste ou quand il a de la peine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) S'il se passe quelque chose d'important pour lui (elle) ou que quelque chose ne va pas, en parlez-vous ensemble ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Avez-vous du plaisir à être ensemble ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Vous arrive-t-il de crier après lui (elle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) L'aidez-vous lorsqu'il a du mal à accomplir une tâche (ex. faire ses devoirs) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Vous arrive-t-il de le (la) menacer de le (la) frapper (ou donner une fessée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) L'envoyez-vous dans sa chambre comme punition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Vous arrive-t-il de lui dire « Va-t-en, je ne veux plus te voir » quand il (elle) fait une bêtise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Vous arrive-t-il de le(la) frapper(donner une fessée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) **Les questions suivantes correspondent à certaines attitudes que vous pourriez avoir vis-à-vis de votre enfant.** (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

- | | Oui | Non | Ne sait pas |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Avez-vous souvent peur qu'il arrive un accident à votre enfant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Est-ce que vous le (la) gardez le plus souvent possible auprès de vous parce que vous n'aimez pas le (la) laisser seul(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Savez-vous toujours où il (elle) se trouve ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Est-ce que vous le (la) gardez parfois avec vous les jours d'école, même lorsqu'il (elle) n'est pas malade ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Est-ce que vous le (la) prenez souvent dans votre lit pour la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Rêvez-vous souvent que vous allez le (la) perdre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Avez-vous très peur qu'un malheur ne vous sépare de votre enfant, par exemple qu'il (elle) se perde ou soit kidnappé(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Vous sentez-vous malheureux(se) quand vous n'êtes pas avec lui (elle) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Etes-vous tendu(e), irritable, ou anxieux(se) quand il (elle) s'en va ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Vous sentez-vous souvent coupable de ne pas vous en occuper suffisamment ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17) **Les questions suivantes correspondent à votre façon d'agir avec votre enfant au cours de la dernière année.** (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

- | | La plupart du temps | Souvent | Quelquefois | Jamais |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lui permettez-vous de : | | | | |
| a) Choisir sa coupe de cheveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Choisir ses vêtements de la journée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Choisir les vêtements à acheter pour lui (elle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Préparer un plat simple (<i>exemple sandwich, céréales..</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Faire des petites courses (<i>exemple acheter le pain, le journal</i>) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Choisir ses ami(e)s ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18) **De façon générale, trouvez vous que la relation avec votre enfant est :** (Cocher la case correspondant à votre réponse)

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Très difficile | <input type="checkbox"/> |
| Difficile | <input type="checkbox"/> |
| Plutôt difficile | <input type="checkbox"/> |
| Plutôt facile | <input type="checkbox"/> |
| Facile | <input type="checkbox"/> |
| Très facile | <input type="checkbox"/> |

Attention, les questions suivantes s'appliquent à vous et non à votre enfant

19) **Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel** (par exemple vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)). (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

Oui Non Ne sait pas

- a) Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles.....
- b) Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité.....
- c) Avez-vous des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude.....

20) **Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel**(par exemple vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)), **vous a-t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?** (Cocher la case correspondant à votre réponse)

- Pas du tout
- Un petit peu.....
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

21) **Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble le plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :** (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

en permanence très souvent souvent quelque fois rarement jamais

- a) vous vous êtes senti(e) dynamique
- b) vous vous êtes senti(e) nerveux(se)
- c) vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral
- d) vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)
- e) vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie
- f) vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)
- g) vous vous êtes senti(e) épuisé(e)
- h) vous vous êtes senti(e) heureux(se)
- i) vous vous êtes senti(e) fatigué(e)

22) **Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel**(par exemple vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)), **vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances.** (Cocher la case correspondant à votre réponse)

- En permanence
- Une bonne partie du temps.....
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

23) **Bien des gens connaissent des périodes pendant lesquelles leur moral est bon et d'autres pendant lesquelles il est bas. Nous allons maintenant vous poser des questions sur les périodes où vous aviez plutôt mauvais moral.**

a) Au cours **de votre vie**, vous est-il arrivé de vivre une période **d'au moins deux semaines** pendant laquelle vous vous sentiez constamment triste, déprimé(e), sans espoir ?

Oui

Non

b) Au cours **de votre vie**, vous est-il arrivé de vivre une période **d'au moins deux semaines** où vous aviez perdu intérêt pour tout, ou perdu plaisir pour les choses que vous aimiez faire habituellement ?

Oui

Non

**Si OUI à a)
ou OUI à b)
continuez**

**Si NON à a)
et NON à b)
passez à la question 24**

c) Pendant cette période d'au moins deux semaines, ressentiez-vous une perte d'intérêt ou un sentiment de tristesse : *(veuillez cocher une seule case)*

- Toute la journée
- Une bonne partie de la journée
- Environ la moitié de la journée
- Moins de la moitié de la journée

Si « moins de la moitié de la journée » passez à la question 24, sinon continuez

d) Pendant cette période d'au moins deux semaines, cette perte d'intérêt ou ce sentiment de tristesse arrivaient-ils : *(veuillez cocher une seule case)*

- Chaque jour
- Presque chaque jour
- Moins souvent

Si « moins souvent », passez à la question 24, sinon continuez

e) Pendant cette période d'au moins 2 semaines, avez-vous eu les problèmes suivants **presque tous les jours** ? *(pour chacune des questions suivantes, veuillez cocher la case correspondante)*

Oui Non

- A. Manquiez-vous constamment d'énergie ou vous sentiez-vous beaucoup plus fatigué(e) que d'habitude ? -----
- B. Aviez-vous perdu ou pris du poids sans le vouloir (5 kilos ou plus)? -----
- C. Aviez-vous des difficultés à vous endormir, ou à rester endormi(e), ou encore aviez-vous des réveils beaucoup trop matinaux, presque toutes les nuits ? -----
- D. Dormiez-vous trop ou aviez- envie de dormir presque tous les jours ? -----

Oui Non

- E. Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, et ce presque tous les jours ?-----
- F. Etiez-vous presque tous les jours, beaucoup plus agité(e) ou nerveux (se) que d'habitude au point de ne pas pouvoir tenir en place ? -----
- G. Vous sentiez-vous coupable de tout ou sans valeur ? -----
- H. Aviez-vous perdu totalement confiance en vous ou vous sentiez-vous inférieur(e) aux autres ? -----
- I. Aviez-vous beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ou à prendre des décisions ?-----
- J. Vos pensées étaient-elles embrouillées ou beaucoup plus lentes que d'habitude ? -----
- K. Pensiez-vous beaucoup à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ? -----

f) Voici une échelle de 0 à 10 où 0 signifie absence de gêne et 10 signifie une gêne très sévère. Au cours de votre vie, quel chiffre décrit le mieux à quel point votre tristesse, votre découragement ou votre perte d'intérêt vous ont gêné dans chacune des activités suivantes ? (*mettre une croix sur l'échelle correspondant à chaque activité*)

Vos tâches ménagères (le ménage, les courses ou s'occuper de la maison, de l'appartement)

I I I I I I I I I I I I I
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre capacité de travail

I I I I I I I I I I I I I
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres

I I I I I I I I I I I I I
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre vie sociale

I I I I I I I I I I I I I
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g) Cet épisode de tristesse, de découragement ou de perte d'intérêt était-il survenu moins de deux mois après le décès d'un être cher (conjoint, enfants) ?

Oui

Non

h) Cet épisode de tristesse, de découragement ou de perte d'intérêt était-il survenu moins de deux mois après la naissance d'un ou de plusieurs de vos enfants ?

Oui

Non

Si oui, il s'agissait de la naissance de :

• L'enfant participant à l'enquête

• Un autre de vos enfants

25) Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais 1fois/mois ou moins 2-4 fois/mois 2-3 fois/semaine Au moins 4 fois/semaine

26) Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

1 ou 2 3 ou 4 5-6 7-8 10 ou plus

27) Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

<1 fois/mois 1fois/mois 1 fois/semaine tous les jours ou presque

28) Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

<1 fois/mois 1fois/mois 1 fois/semaine tous les jours ou presque

29) Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

<1 fois/mois 1fois/mois 1 fois/semaine tous les jours ou presque

30) Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

<1 fois/mois 1fois/mois 1 fois/semaine tous les jours ou presque

31) Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

<1 fois/mois 1fois/mois 1 fois/semaine tous les jours ou presque

32) Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

<1 fois/mois 1fois/mois 1 fois/semaine tous les jours ou presque

33) Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non oui mais pas au cours de l'année écoulée oui au cours de l'année

34) Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non oui mais pas au cours de l'année écoulée oui au cours de l'année

35) Quel est le diplôme le plus élevé que vous et votre conjoint avez obtenu ?

(Cocher la case correspondante pour vous même et pour votre conjoint)

	Vous	Votre conjoint
Aucun diplôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat d'Etudes Primaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAP, BEPC, BEP.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bac, Bac technique, Bac Pro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme de l'enseignement supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : préciser (vous) : _____ (votre conjoint) : _____		

36) **Quelles sont votre profession actuelle et celle de votre conjoint (ou la dernière profession exercée si vous ne travaillez pas actuellement) ?** (Cocher la case correspondante pour vous même et pour votre conjoint)

	Vous	Votre conjoint
Agriculteur-exploitant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise de moins de 10 salariés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef d'entreprise (10 salariés ou plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession libérale, cadre supérieur, profession intellectuelle supérieure.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire administrative, commerciale ou de la santé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technicien, contremaître ou agent de maîtrise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé administratif, de commerce ou de la fonction publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier qualifié, ouvrier non qualifié, ouvrier agricole.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas d'activité professionnelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : préciser (vous) : _____ (votre conjoint) : _____		

37) **Quels sont actuellement votre statut d'activité professionnelle et celui de votre conjoint ?** (Cocher la case correspondante pour vous même et pour votre conjoint)

	Vous	Votre conjoint
Travaillant actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne travaillant pas actuellement car vous (ou votre conjoint) êtes		
En congé parental, congé maternité, arrêt maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En congé de longue durée, mise en disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etant demandeur d'emploi ou chômeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, depuis combien de temps ?		
Vous : /__/__/ ans /__/__/ mois		
Votre conjoint : /__/__/ ans /__/__/ mois		
Au foyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etudiant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité ou en pré retraite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : préciser (vous) : _____ (votre conjoint) : _____		

38) **Quels sont votre lieu de naissance et celui de votre conjoint ?**

(Cocher la case correspondante pour vous même et pour votre conjoint)

	Vous	Votre conjoint
France métropolitaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOM-TOM.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europe de l'Ouest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europe de l'Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique du Nord, Maghreb.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrique Noire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous	Votre conjoint
Asie (dont la Turquie).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-ce en ?		
Asie du Sud-est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre pays d'Asie ; préciser _____		
Amérique, Océanie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre pays : préciser _____		
Ne sait pas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39) **Quel est le lieu de naissance de l'enfant ?**

(Cocher la case correspondant à votre réponse)

- France métropolitaine
- DOM-TOM
- Europe de l'Ouest
- Europe de l'Est.....
- Afrique du Nord, Maghreb.....
- Afrique Noire.....
- Asie (dont Turquie)
- Si oui, est-ce en ?*
- Asie du Sud-est*
- Chine*
- Autre pays d'Asie ; préciser* _____
- Amérique, Océanie
- Autre pays : préciser _____
- Ne sait pas.....

40) **Quelle est la superficie de votre logement ?**

/__/_/___/ m2

41) **De combien de pièces se compose votre logement hors salle de bain et cuisine ?** /__/_/ pièces

42) **Percevez-vous des prestations ou des aides telles que :** (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

- | | Oui | Non | Ne sait pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) le RMI (revenu minimum d'insertion)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) l'allocation de parent isolé (API) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) l'allocation au logement (APL, ALS, ALF) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) l'allocation pour invalidité (AAH, allocation compensatrice tierce personne, allocation supplémentaire d'invalidité) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) l'allocation d'insertion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) l'allocation solidarité spécifique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) aucune aide sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43) **Pour la prise en charge de vos soins, bénéficiez-vous de :** (pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

- | | Oui | Non | Ne sait pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Sécurité sociale seule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sécurité sociale <u>et</u> Mutuelle complémentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Couverture Maladie Universelle (CMU) de base..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) CMU de base + CMU complémentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Aide médicale d'état (AME)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Aucune protection sociale..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire SDQ (proposé aux parents pendant la visite médicale)

N° dossier de l'enfant

/_/_/_/_/_/_/_/_

46) Cochez pour chaque item la case « pas vrai », « parfois ou un peu vrai » ou « très vrai » en vous basant sur le comportement de votre enfant au cours des six derniers mois

	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
a) Est sensible aux autres, tient compte de ce qu'ils pensent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Est agité(e), turbulent(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Se plaint souvent de maux de tête ou d'estomac, ou de nausées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fait souvent des colères, s'énerve facilement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Est plutôt solitaire, a tendance à jouer seul.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g) Est en général obéissant(e) envers les adultes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se).....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
i) Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) A la bougeotte, se tortille constamment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) A au moins un(e) ami(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Se bagarre souvent avec les autres enfants ou s'amuse à leur faire du mal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Est souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
n) Est généralement aimé(e) des autres enfants.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Est facilement distrait(e), a du mal à se concentrer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Est mal à l'aise ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
q) Est gentil(le) avec les enfants plus jeunes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Ment ou triche souvent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Se fait souvent embêter par les autres enfants.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Est toujours prêt(e) à aider les autres (<i>parents, professeurs, autres enfants</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Réfléchit avant d'agir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Vole à la maison, à l'école ou ailleurs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) S'entend mieux avec les adultes qu'avec d'autres enfants.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) A de nombreuses peurs, est facilement effrayé(e).....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
y) Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, bonne capacité d'attention.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47) Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion (comme tristesse, nervosité,...), concentration, comportement ou relations avec les autres ?

Non

Oui - mineures

Oui – importantes

Oui – sérieuses

***Si Oui, répondre aux questions a), b), c) et d) ;
si Non, passer à la question 3.***

a) **Ces difficultés sont présentes depuis ?**

- Moins d'un mois 1 – 5 mois 6 – 12 mois Plus d'un an

b) **Est-ce qu'elles dérangent ou gênent votre enfant ?**

- Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

c) **Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant dans les domaines suivants ?**
(pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse).

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
La vie à la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les amitiés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les apprentissages à l'école.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les loisirs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) **Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la famille en général ?**

- Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

©Robert Goodman

3) La plupart des enfants sont particulièrement attachés à quelques personnes importantes pour eux qui leur donnent un sentiment de sécurité et de réconfort, et vers qui ils se tournent quand ils sont malheureux ou qu'ils ont mal

Votre enfant est-il(elle) particulièrement attaché(e) aux adultes suivants?

	Oui	Non
a) sa mère (biologique ou adoptive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) son père (biologique ou adoptif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) une autre figure maternelle (comme : belle mère, mère de la famille d'accueil, compagne ou l'épouse du père)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) une autre figure paternelle (comme beau père, père de la famille d'accueil, compagnon ou époux de la mère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) un ou plusieurs de ses grands parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) un ou plusieurs membres de la famille (tante, oncle, sœur ou frère déjà adulte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) une nourrice, ou une autre personne qui le garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) un maître ou une maîtresse à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) un autre adulte qui n'est pas de la famille comme un voisin ou un ami de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) il n'y a pas d'adulte auquel il/elle est particulièrement attaché(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si réponse positive à la question j, répondre aux questions suivantes, sinon terminer.

Votre enfant est-il/elle particulièrement attaché(e) à un enfant ou un adolescent comme :

k) un de ses frères ou sœurs ou un autre enfant de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) un ou plusieurs de ses amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) votre enfant n'est attaché(e) à personne en particulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>