**Numéro de sondage : 0000**

Sondage auprès des personnes en situation d’itinérance qui ne sont pas dans les refuges

**Lieu : Heure : AM/PM**

**Intervieweur : Téléphone :**

**C. Où passerez-vous la nuit ? / Où avez-vous passé la nuit dernière ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. REFUSE DE RÉPONDRE 2. SON APPARTEMENT / SA MAISON | | **[REMERCIER ET METTRE FIN AU SONDAGE]** | |
| 1. CHEZ QUELQU’UN 2. MOTEL/HÔTEL (AUTOFINANCÉ) 3. HÔPITAL 4. CENTRE DE TRAITEMENT 5. PRISON, CENTRE DE DÉTENTION | **C1. Avez-vous accès à une résidence permanente où vous pouvez séjourner en toute sécurité, et ce, pour aussi longtemps que vous le désirez ?**   1. Oui **[REMERCIER ET METTRE FIN AU SONDAGE]** 2. Non (non permanente ET/OU non sécuritaire) **[COMMENCER LE SONDAGE]** 3. Je ne sais pas **[COMMENCER LE SONDAGE]** 4. Refuse de répondre **[REMERCIER ET METTRE FIN AU SONDAGE]** | | |
| 1. REFUGE POUR PERSONNES EN SITUATION D’ITINÉRANCE (REFUGE D’URGENCE, REFUGE POUR VICTIMES DE VIOLENCE FAMILIALE OU CONJUGALE) 2. HÔTEL/MOTEL (FINANCÉ PAR LA VILLE OU UN PROGRAMME POUR LES PERSONNES EN SITUATION D’ITINÉRANCE) 3. HÉBERGEMENT/LOGEMENT DE TRANSITION 4. HORS REFUGE DANS UN LIEU PUBLIC (p. ex., RUE, PARC, ABRIBUS, FORÊT, CAMPEMENT OU IMMEUBLE ABANDONNÉ). 5. VÉHICULE (VOITURE, FOURGONNETTE, VÉHICULE RÉCRÉATIF, CAMION, BATEAU) 6. INCERTAIN : INDIQUER LE LIEU PROBABLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (b. – l.) | | | **[COMMENCER LE SONDAGE]** |

**COMMENCER LE SONDAGE**

1. **Est-ce que vous passerez la nuit avec des membres de votre famille ou quelqu’un d’autre ? / Est-ce qu’un membre de votre famille ou quelqu’un d’autre est resté avec vous la nuit dernière?** [Inscrire le **numéro de sondage** pour les partenaires. Cocher toutes les réponses qui s’appliquent.]

|  |  |
| --- | --- |
| * AUCUN * PARTENAIRE – Numéro de sondage : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | * AUTRES (Peut inclure d’autres membres de la famille ou des amis) * REFUSE DE RÉPONDRE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * ENFANT(S)/PERSONNE(S) À CHARGE | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| [indiquer le sexe et l’âge de chacun] | SEXE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ÂGE |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Quel âge avez-vous ? [OU] En quelle année êtes-vous né ?** [Si la personne n’est pas certaine, demander sa meilleure estimation]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * ÂGE\_\_\_\_\_ **OU** ANNÉE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

* **Pour ce sondage, « en situation d’itinérance » signifie toutes occasions où vous avez été sans logement permanent et sécuritaire, incluant les moments où vous avez dormi dans un refuge, dans la rue ou temporairement chez quelqu’un d’autre sans avoir votre propre domicile fixe (p. ex., d’un sofa à l’autre).**

1. **Quel âge aviez-vous lorsque vous vous êtes retrouvé(e) en situation d’itinérance la première fois ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * ÂGE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **En tout, *pendant combien de temps* avez-vous été en situation d’itinérance au cours de la DERNIÈRE ANNÉE (les derniers 12 mois) ?** [Ne nécessite pas d’être exact. Meilleure estimation]



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * DURÉE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ JOURS/SEMAINES/ MOIS | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**Au total, *combien de fois* différentes avez-vous vécu une situation d’itinérance au cours de LA DERNIÈRE ANNÉE?** [meilleure estimation]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * NOMBRE DE FOIS \_\_\_\_\_\_\_\_ [y compris celle-ci] | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **Avez-vous dormi dans un refuge d’urgence au cours de la dernière année ? Par exemple,** *(NOTE POUR LA COMMUNAUTÉ : Donner des exemples locaux de refuges pour personnes en situation d’itinérance ainsi que des refuges en cas de conditions météorologiques extrêmes afin que les intervieweurs puissent les fournir)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**🡪 Si non, quelles sont les raisons principales ?** [Ne pas lire les choix. Sélectionner tous les choix qui s’appliquent.]

|  |  |
| --- | --- |
| * REFUS (REFUGES À PLEINE CAPACITÉ) * REFUS (BANNI) * MANQUE DE MOYENS DE TRANSPORT * CRAINTE POUR LA SÉCURITÉ * PUNAISES DE LITS ET AUTRES INSECTES | * PRÉFÈRE RESTER CHEZ DES AMIS OU DE LA FAMILLE * ANIMAUX DE COMPAGNIE * AUTRE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **Êtes-vous arrivé(e) au Canada en tant qu’immigrant(e), réfugié(e), demandeur(euse) du statut de réfugié ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * OUI, IMMIGRANT(E)----------------------> * OUI, RÉFUGIÉ(E)---------------------------> * OUI, DEMANDEUR(EUSE) DU STATUT DE RÉFUGIÉ-------------------------------------> * NON * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE | **SI OUI,** | **Depuis combien de temps êtes-vous au Canada ?**   * DURÉE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ JOURS | SEMAINES | MOIS | ANNÉES   OU DATE : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ JOUR / MOIS / ANNÉE   * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * OUI * NON ------------------------------> * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE | * **SI NON :** | * RÉSIDENT PERMANENT * DEMANDEUR(E) DE STATUT DE RÉFUGIÉ * TRAVAILLEUR ÉTRANGER TEMPORAIRE | * ÉTUDIANT ÉTRANGER * AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Êtes-vous citoyen canadien ?**

1. **Depuis combien de temps êtes-vous à (*nom de la communauté*) ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * DURÉE \_\_\_\_\_\_ JOURS / SEMAINES / MOIS / ANNÉES | * TOUJOURS ÉTÉ ICI | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |
| ⮱ **Où habitiez-vous avant de déménager ici?** | | | |
| * VILLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PROVINCE/TERRITOIRE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PAYS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * REFUSE DE RÉPONDRE | | | |

**🡪 Quelle est la principale raison pour laquelle vous êtes déménagé à (nom de la communauté) ?** [Ne pas lire les choix. Sélectionner un choix.]

|  |  |
| --- | --- |
| * POUR ACCÉDER À DES REFUGES D’URGENCE * POUR ACCÉDER À DES SERVICES ET DU SOUTIEN * LA FAMILLE EST DÉMÉNAGÉE ICI * POUR VISITER DES AMIS OU DE LA FAMILLE * POUR TROUVER UN LOGEMENT * EMPLOI (RECHERCHE) * EMPLOI (OBTENU) | * POUR ÉTUDIER * CRAINTE POUR LA SÉCURITÉ * LOISIR/MAGASINAGE * AUTRE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **Vous identifiez-vous comme membre des Premières Nations (avec ou sans statut), Métis, ou Inuit, ou avez-vous des ancêtres autochtones de l’Amérique du Nord ?** [Si oui, veuillez préciser.] *(NOTE POUR LA COMMUNAUTÉ : La formulation de cette question peut être modifiée selon ce qui convient à votre communauté. Par**exemple, vous pouvez faire la liste des Premières Nations.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * OUI, PREMIÈRES NATIONS * OUI, MÉTIS | * OUI, INUIT * OUI, ASCENDANCE AUTHOCTONE | * NON * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**🡪 À quelle communauté autochtone appartenez-vous ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * NOM DE LA COMMUNAUTÉ OU DE LA RÉSERVE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **Avez-vous déjà servi dans les Forces armées canadiennes ou la GRC ?**

[Les Forces armées comprennent la Marine, l’Armée ou l’Aviation royale canadienne]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * OUI, DANS LES FORCES * OUI, DANS LA GRC | * LES FORCES ET LA GRC * NON | * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **Lors de votre enfance ou votre adolescence, avez-vous déjà été en famille d’accueil ou dans un foyer de groupe pour les jeunes *(NOTE POUR LA COMMUNAUTÉ : veuillez inclure les programmes provinciaux de protection à l’enfance)* ?** [Note : Cette question s’applique seulement aux programmes de protection à l’enfance]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**🡪 De façon approximative, combien de temps après avoir quitté votre famille d’accueil ou votre foyer de groupe vous êtes-vous retrouvé(e) en situation d’itinérance ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * DURÉE \_\_\_\_\_ JOURS/SEMAINES/MOIS/ANNÉES | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**🡪 Croyez-vous que les Services de protection à l’enfance ont facilité votre transition vers l’autonomie après avoir été en famille d’accueil ou en foyer de groupe ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **En ce moment, vous identifiez-vous comme ayant l’un des enjeux de santé suivants ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MALADIE OU CONDITION MÉDICALE  (p. ex. diabète, arthrite, VIH, tuberculose) | * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |
| INCAPACITÉ PHYSIQUE  (p. ex. mobilité réduite, dextérité, ou capacités) | * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |
| TROUBLE D’APPRENTISSAGE OU LIMITATIONS COGNITIVES  (p. ex. TDAH, trouble du spectre de l’autisme, dyslexie, lésion cérébrale) | * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |
| PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE  (p. ex. dépression, SSPT, trouble bipolaire) | * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |
| PROBLÈME DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES  (p. ex. tabac, alcool, opiacés) | * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**Vous identifiez-vous comme ayant une lésion cérébrale acquise après la naissance ? (par exemple d’une blessure reliée à un accident, à la violence, à une surdose, à une crise cardiaque ou à une tumeur au cerveau).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **À quel genre vous identifiez-vous ?** [Montrer la liste.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * HOMME * FEMME * BISPIRITUEL(LE) | * FEMME TRANS * HOMME TRANS * NON-BINAIRE (GENRE QUEER) | * PAS ÉNUMÉRÉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **Comment décrivez-vous votre orientation sexuelle, par exemple : hétérosexuel, gai, lesbienne ?** [Montrer la liste.]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * HÉTÉROSEXUEL(LE) * GAI * LESBIENNE | * BISEXUEL(LE) * BISPIRITUEL(LE) * PANSEXUEL(LE) | * ASEXUEL(LE) * EN QUESTIONNEMENT * QUEER | * PAS ÉNUMÉRÉ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

**14a. Qu’est-ce qui a causé la perte de votre plus récent logement ?** [Ne pas lire les options. Cochez toutes les réponses applicables. Le « logement » n’inclut pas les situations temporaires (p. ex. dormir d’un sofa à l’autre) ou les séjours dans un refuge. Faites un suivi de la raison si le répondant dit qu’il a été expulsé ou qu’il a choisi de partir.]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A : PROBLÈMES DE LOGEMENT ET FINANCIERS** | **B : PROBLÈMES INTERPERSONNELS ET FAMILIAUX** | | **C : SANTÉ OU SERVICES CORRECTIONNELS** |
| * REVENU INSUFFISANT POUR UN LOGEMENT (P. EX., PERTE D’UNE PRESTATION, DE REVENUS OU D’EMPLOI) * LOGEMENT INSALUBRE/NON SÉCURITAIRE * BÂTIMENT VENDU OU RÉNOVÉ * PROPRIÉTAIRE A EMMÉNAGÉ * CONFLIT PROPRIÉTAIRE/LOCATAIRE * PLAINTE (P. EX. ANIMAUX DE COMPAGNIE/BRUIT/DOMMAGES) * A QUITTÉ LA COMMUNAUTÉ/DÉMÉNAGÉ * VICTIME DE DISCRIMINATION | * CONFLIT AVEC : LE CONJOINT/PARTENAIRE * CONFLIT AVEC : UN PARENT / TUTEUR * CONFLIT AVEC : AUTRE (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) * SUBI DE MAUVAIS TRAITEMENT PAR : CONJOINT/PARTENAIRE * SUBI DE MAUVAIS TRAITEMENT PAR : PARENT/TUTEUR * SUBI DE MAUVAIS TRAITEMENT PAR : AUTRE (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) * DÉPART D’UN MEMBRE DE LA FAMILLE | | * PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE * PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE * PROBLÈME DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES * HOSPITALISATION OU EN PROGRAMME DE TRAITEMENT * INCARCÉRATION (PRISON) |
| * AUTRE RAISON : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**14b. À quand remonte cet événement (votre perte de logement la plus récente) ?** [Meilleure estimation]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * DURÉE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ JOURS | SEMAINES | MOIS | ANNÉES | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

1. **Quelles sont vos sources de revenus ?** [Rappel, ce sondage est anonyme. **Lire la liste** et cocher toutes les réponses qui s’appliquent.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * EMPLOI À TEMPS PLEIN * EMPLOI À TEMPS PARTIEL * EMPLOI OCCASIONNEL (P. EX. TRAVAIL CONTRACTUEL) * SOURCES DE REVENUS INFORMELLES (P. EX. RETOUR DE BOUTEILLES, MENDICITÉ) * DONS D’ARGENT PAR LA FAMILLE/LES AMIS | * ASSURANCE-EMPLOI * PRESTATIONS D'INVALIDITÉ [NOM DE LA PRESTATION PROV.] * PRESTATIONS AUX AÎNÉS (P. EX. RPC/SV/SRG) * BIEN-ÊTRE SOCIAL/AIDE SOCIALE [PRESTATION PROV.] * PRESTATIONS AUX ANCIENS COMBATTANTS/ACC | * PRESTATIONS FISCALES POUR FAMILLES ET ENFANTS * REMBOURSEMENT DE TPS / TVQ * SOMME D’ARGENT D’UN ORGANISME DE SERVICES * AUTRE SOURCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * AUCUN REVENU * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

**Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * PRIMAIRE * SECONDAIRE – non terminé * DIPLÔME D’ÉTUDES SECONDAIRES OU ÉQUIVALENCE | * POSTSECONDAIRE – non terminé * DIPLÔME D’ÉTUDES POSTSECONDAIRES * DIPLÔME D’ÉTUDES SUPÉRIEURES (P.EX. MAÎTRISE, DOCTORAT) | * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

**Certaines personnes peuvent s’identifier à un groupe ethnique en particulier. Par exemple, certaines personnes peuvent s’identifier comme étant noires ou afro-canadiennes, d’autres comme asiatiques ou sud-asiatiques ou encore comme des personnes blanches. À quel groupe ethnique vous identifiez-vous ?** [Ne pas lire les choix. Sélectionner tous les choix qui s’appliquent.]

|  |  |
| --- | --- |
| * AUTOCHTONE * ARABE * ASIATIQUE (P.EX. CHINOIS, CORÉEN, JAPONNAIS, ETC.) * ASIATIQUE DU SUD-EST (P.EX. VIETNAMIEN, CAMBODGIEN, MALAISIEN, LAOTIEN, ETC.) * SUD-ASIATIQUE (P.EX. INDIENS, ORIENTAUX, PAKISTANAIS, SRI LANKAIS, ETC.) * ASIATIQUE OCCIDENTAL (P.EX. IRANIEN, AFGHAN, ETC.) | * NOIR OU AFRO-CANADIEN * PHILIPPIN * HISPANIQUE OR LATINO-AMÉRICAIN * BLANC (EUROPÉEN-CANADIEN) * AUTRE (VEUILLEZ SPÉCIFIER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

**Au cours de la dernière année (les 12 derniers mois) avez-vous :** [Demandez aux répondants de donner leur meilleure estimation]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÉTÉ À L’URGENCE | OUI \_\_\_\_ NON\_\_\_\_ | # \_\_\_\_\_\_\_\_ *Fois* |
| ÉTÉ HOSPITALISÉ? | OUI \_\_\_\_ NON\_\_\_\_ | # \_\_\_\_\_\_\_\_ *Fois* |
| 🡪COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_ *Jours* |
| EU DES INTERACTIONS AVEC LA POLICE? (*contraventions, arrestations, fouilles)* | OUI \_\_\_\_ NON\_\_\_\_ | # \_\_\_\_\_\_\_\_ *Fois* |
| ÉTÉ EN PRISON | OUI \_\_\_\_ NON\_\_\_\_ | # \_\_\_\_\_\_\_\_ *Fois* |
| 🡪COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS PASSÉS EN PRISON? |  | \_\_\_\_\_\_\_\_ *Jours* |

**Aimeriez-vous avoir un logement permanent ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * OUI | * NON | * NE SAIT PAS | * REFUSE DE RÉPONDRE |

**Quels sont les défis ou les problèmes que vous avez rencontrés dans votre quête de logement ?** [Sélectionner tous les choix qui s’appliquent.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * FAIBLE REVENU * AUCUNE AIDE AU REVENU * LOYER TROP CHER * CONDITIONS DE LOGEMENT MÉDIOCRES * VIOLENCE CONJUGALE * PROBLÈMES DE SANTÉ OU DÉFICIENCE * PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE * DÉPENDANCE * ÉCLATEMENT OU CONFLIT FAMILIAL | * PASSÉ CRIMINEL * ANIMAUX DE COMPAGNIE * ENFANT * DISCRIMINATION * NE VEUT PAS DE LOGEMENT * AUTRE (PRÉCISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * AUCUN OBSTACLE AU LOGEMENT * AUCUN DE CES CHOIX * REFUSE DE RÉPONDRE |  |

**Dans quelle langue vous sentez-vous le plus à l’aise de vous exprimer ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * ANGLAIS * FRANÇAIS | * AUCUNE PRÉFÉRENCE * AUTRE LANGUE (VEUILLEZ SPÉCIFIER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * NE SAIT PAS * REFUSE DE RÉPONDRE |

**Je vais lire une liste de services dont vous pourriez ou non avoir besoin. Veuillez indiquer lesquels correspondent à vos besoins. Avez-vous besoin de services associés aux catégories suivantes :** [Lire les choix. Sélectionner ceux qui s’appliquent]

|  |  |
| --- | --- |
| * CONDITION MÉDICALE CONTINUE OU SÉRIEUSE * INCAPACITÉ PHYSIQUE * DIFFICULTÉ D’APPRENTISSAGE * DÉPENDANCE OU TOXICOMANIE * SANTÉ MENTALE *(Soutien psychologique, traitement, etc.)* | * LÉSION CÉRÉBRALE * GROSSESSE * AUCUN DE CES CHOIX * REFUSE DE RÉPONDRE |