**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 OU IMMEUBLE ABANDONNÉ).
5. CAMPEMENT (p. ex., GROUPE DE TENTES, ABRIS DE FORTUNE OU AUTRES INSTALLATIONS EXTÉRIEURES À LONG TERME)
6. VÉHICULE (VOITURE, FOURGONNETTE, VÉHICULE RÉCRÉATIF, CAMION, BATEAU)
7. 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 ADULTES (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(e) ?** [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
 |

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
 |

1. **Êtes-vous arrivé(e) au Canada en tant qu’immigrant(e), réfugié(e), demandeur(euse) du statut de réfugié (p.ex., une personne qui demande le statut de réfugié après son arrivée au Canada) ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 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
 |

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
 |

**8a. 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
 |

**8b. En plus de votre réponse fournie à la question précédente, vous identifiez-vous à l'un des groupes ethniques énumérés ci-dessous ?** (Montrer ou lire la liste. Sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent)

|  |  |
| --- | --- |
| * ARABE (p. ex. Syrien, Égyptien, Yéménite)
* ASIATIQUE DE L’EST (p.ex. Chinois, Coréen, Japonais)
* ASIATIQUE DU SUD-EST (p.ex. Philippin, Vietnamien, Cambodgien, Malaisien, Laotien)
* SUD-ASIATIQUE OU INDO-CARAIBE (p.ex. Indiens, Pakistanais, Sri Lankais, Indo-Guyanais, Indo-Trinidadien)
* ASIATIQUE OCCIDENTAL (p.ex. Iranien, Afghan)
* NOIR-CANADIEN/AMÉRICAIN
* NOIR-AFRICAIN (p. ex. Ghanéen, Éthiopien, Nigérien)
 | * NOIR-AFRO-ANTILLAIS OU AFRO-LATINX (p. ex. Jamaïcain, Haïtien, Afro-Brésilien)
* LATINO-AMÉRICAIN (p. ex. Brésilien, Mexicain, Chilien, Cubain)
* BLANC (p. ex. Européen, Français, Ukrainien, Euro-Latinx)
* NE FIGURE PAS SUR LA LISTE (VEUILLEZ SPÉCIFIER) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* S’IDENTIFIE COMME AUTOCHTONE SEULEMENT
* 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
 |

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
 |
| LIMITATION PHYSIQUE(p. ex. défis en matière de mobilité, de capacités physiques ou de dextérité) | * OUI
 | * NON
 | * NE SAIT PAS
 | * REFUSE DE RÉPONDRE
 |
| LIMITATIONS D’APPRENTISSAGE OU COGNITIVES(p. ex. dyslexie, trouble du spectre de l’autisme ou suite à un diagnostic du TDAH ou d’une lésion cérébrale acquise) | * OUI
 | * NON
 | * NE SAIT PAS
 | * REFUSE DE RÉPONDRE
 |
| PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE [diagnostiqué/non diagnostiqué](p. ex. dépression, syndrome de stress post-traumatique (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
 |

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
 | * CONFLIT AVEC : CONJOINT(E)/PARTENAIRE
* CONFLIT AVEC : PARENT/TUTEUR(TRICE)
* CONFLIT AVEC : AUTRE (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* SUBI DE MAUVAIS TRAITEMENTS PAR : CONJOINT(E)/PARTENAIRE
* SUBI DE MAUVAIS TRAITEMENTS PAR : PARENT/TUTEUR(TRICE)
* SUBI DE MAUVAIS TRAITEMENTS PAR : AUTRE (\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* DÉPART D’UN MEMBRE DE LA FAMILLE
* VICTIME DE DISCRIMINATION
 | * 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. Est-ce que la perte de votre plus récent logement est liée à la pandémie de la COVID-19?**

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

**14c. 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
 |