**Numéro de sondage : 0000**

Sondage auprès des personnes en situation d’itinérance à l’extérieur des 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. HÔTEL/MOTEL 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. Ne sait pas **[COMMENCER LE SONDAGE]**
4. Refuse de répondre **[REMERCIER ET METTRE FIN AU SONDAGE]**
 |
| 1. REFUGE POUR PERSONNES EN SITUATION D’ITINÉRANCE (p. ex., 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 (p.ex., voiture, fourgonnette, véhicule récréatif (VR), camion, bateau)
7. INCERTAIN : INDIQUER LE LIEU PROBABLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (b. – m.)
 | **[COMMENCER LE SONDAGE]** |

**COMMENCER LE SONDAGE**

1. **Avez-vous passé au moins une nuit dans l’un des endroits suivants au cours de la dernière année ?** (Sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent)

|  |  |
| --- | --- |
| * REFUGE POUR PERSONNES EN SITUATION D’ITINÉRANCE (p.ex., refuge d’urgence, refuge pour victimes de violence familiale ou conjugale)
* HÔTEL/MOTEL FINANCÉ PAR LA VILLE OU UN PROGRAMME POUR LES PERSONNES EN SITUATION D’ITINÉRANCE
* HÉBERGEMENT/LOGEMENT DE TRANSITION
* HORS REFUGE DANS UN LIEU PUBLIC (p. ex., rue, parc, abribus, forêt ou immeuble abandonné)
* CAMPEMENT (p. ex., groupe de tentes, abris de fortune ou autres installations extérieures à long terme)
* VÉHICULE (p.ex., voiture, fourgonnette, véhicule récréatif (VR), camion, bateau)
 | * CHEZ QUELQU’UN D’AUTRE PUISQUE VOUS N’AVIEZ AUCUN AUTRE ENDROIT OÙ ALLER
* HÔPITAL OU UN AUTRE ÉTABLISSMENT DE SANTÉ
* PRISON OU UN AUTRE CENTRE DE DÉTENTION
* NON
* NE SAIT PAS
* REFUSE DE RÉPONDRE
 |

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 sondagepour les partenaires. Sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.)

|  |  |
| --- | --- |
| * AUCUN
* PARTENAIRE – Numéro de sondage : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_
 | * ANIMAUX DE COMPAGNIE
* AUTRE ADULTE (Peut inclure d’autres membres de la famille ou des amis)
 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| * REFUSE DE RÉPONDRE
 |  |

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).**

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

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

1.

**4b. En tout, pendant combien de temps avez-vous été en situation d’itinérance au cours des 3 DERNIÈRES ANNÉES ?** (Ne nécessite pas d’être exact. Meilleure estimation.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * MOINS DE LA MOITIÉ
 | * ENVIRON LA MOITIÉ OU PLUS
 | * NE SAIT PAS
 | * REFUSE DE RÉPONDRE
 |

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. **Êtes-vous arrivé(e) au Canada en tant qu’immigrant(e), réfugié(e), demandeur(euse) d’asile (p.ex., une personne qui demande le statut de réfugié après son arrivée au Canada), ou un autre type de permis ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * OUI, IMMIGRANT(E) ----------------------------->
* OUI, RÉFUGIÉ(E)----------------------------------->
* OUI, DEMANDEUR(EUSE) D’ASILE--------------------------------------------->
* OUI, TRAVAILLEUR(EUSE) ÉTRANGER TEMPORAIRE--------------------------------------->
* OUI, UN AUTRE PERMIS DE TRAVAIL--------->
* OUI, PERMIS D’ÉTUDES------------------------->
* OUI, RÉSIDENT(E) TEMPORAIRE--------------->
* OUI, AUTRE (incluant non documenté)----- >
* 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
 |

**8. Vous identifiez-vous comme un membre des Premières Nations (avec ou sans statut), Métis, ou Inuit ?** (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, INUIT
 | * OUI, MÉTIS
* ASCENDANCE AUTOCHTONE
 | * 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)

|  |  |
| --- | --- |
| * *S’IDENTIFIE COMME AUTOCHTONE SEULEMENT*
* 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., Indien, 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) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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, l’Aviation royale canadienne, Régulier ou Réserve, les Rangers canadiens incluant la formation de base complète)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 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. **Avez-vous rencontré des difficultés liées à l’un des éléments suivants? :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON | NE SAIT PAS | REFUSE DE RÉPONDRE |
| MALADIE OU CONDITION MÉDICALE(p. ex., diabète, tuberculose (TB), virus de l’immunodéficience humaine (VIH)) |  |  |  |  |
| MOBILITÉ PHYSIQUE(p. ex., lésion de la moelle épinière, arthrite, ou mouvement ou dextérité limitée) |  |  |  |  |
| FONCTION D’APPRENTISSAGE, INTELLECTUELLE/DÉVELOPPEMENTALE OU COGNITIVE(p. ex., trouble du spectre de l’alcoolisation fœtale (TSAF), autisme, trouble déficitaire de l’attention avec hyperactivité (TDAH), ou démence) |  |  |  |  |
| LÉSION CÉRÉBRALE ACQUISE (p. ex., liée à un accident, à la violence, à une surdose, à un accident cérébral ou à une tumeur au cerveau) |  |  |  |  |
| SANTÉ MENTALE [diagnostiqué/non diagnostiqué](p. ex., dépression, syndrome de stress post-traumatique (SSPT), trouble bipolaire ou schizophrénie) |  |  |  |  |
| CONSOMMATION DE SUBSTANCES(p. ex., alcool ou opiacés) |  |  |  |  |
| SENS, TELS QUE LA VISION OU L’OUΪE(p.ex., cécité ou surdité) |  |  |  |  |

1. **À quel genre vous identifiez-vous ?** (Montrer ou lire 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 ou lire la liste.)

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

**14. Qu’est-ce qui a causé la perte de votre plus récent logement ?** (Ne pas lire les options. Sélectionner 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.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROBLÈMES DE LOGEMENT ET FINANCIERS** | **CONFLIT AVEC:** | **DISCRIMINATION PAR:** |
| * 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
 | * CONJOINT(E)
* PARENT/TUTEUR(TRICE)
* PROPRIÉTAIRE
* AUTRE (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
 | * CONJOINT(E)
* PARENT/TUTEUR(TRICE)
* PROPRIÉTAIRE
* AUTRE (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
 |
| **AUTRES*** PLAINTE (p. ex., bruit/dommages)
* A QUITTÉ LA COMMUNAUTÉ/DÉMÉNAGÉ
* DÉPART OU DÉCÈS D’UN MEMBRE DE LA FAMILLE
* ANIMAUX DE COMPAGNIE
* AUTRE RAISON

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **MAUVAIS TRAITEMENTS PAR:** | **SANTÉ OU SERVICES CORRECTIONNELS** |
| * CONJOINT(E)/PARTENAIRE
* PARENT/TUTEUR(TRICE)
* PROPRIÉTAIRE
* AUTRE (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
 | * PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE/INVALIDITÉ
* PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE
* PROBLÈME DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES
* HOSPITALISATION OU EN PROGRAMME DE TRAITEMENT
* INCARCÉRATION
 |
| * NE SAIT PAS
 | * REFUSE DE RÉPONDRE
 |

**14b. Est-ce que la perte de votre plus récent logement est due à une expulsion?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 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 sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Travail formel ou informel*** EMPLOI À TEMPS PLEIN
* EMPLOI À TEMPS PARTIEL
* EMPLOI OCCASIONNEL (p. ex., travail contractuel)
* SOURCES DE REVENUS INFORMELLES (p. ex., retour de bouteilles, mendicité, travail du sexe)
 | **Prestations*** 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 POUR FAMILLES ET ENFANTS
* REMBOURSEMENT DE TPS/TVQ
 | **Autre*** DONS D’ARGENT PAR LA FAMILLE/LES AMIS
* SOMME D’ARGENT D’UN ORGANISME DE SERVICES
* AUTRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* AUCUN REVENU
* NE SAIT PAS
* REFUSE DE RÉPONDRE
 |