

Sondage 2: Sondage sur la surveillance de la santé mentale

Caractéristiques démographiques du client

1. Sexe du client:

- Homme
- Femme
- Transgenre

2. Âge du client: _____

3. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de fois avez-vous rencontré ce client? _____

4. Combien d'autres fois prévoyez-vous rencontrer ce client?

5. Le client est-il:

- Blanc
- Chinois
- Origine de l'Asie du Sud (p.ex. Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)
- Noir
- Philippin
- Latino-américain
- Originaire de l'Asie du Sud-Est (p.ex. Cambodgien, Indonésien, Laotien, Vietnamien, etc.)
- Arabe
- Originaire de l'Asie occidentale (p.ex. Afghan, Iranien, etc.)
- Japonais
- Coréen
- Peuples autochtones d'Amérique du Nord (Indien de l'Amérique du Nord, Métis, Inuit)
- Autre (veuillez préciser) _____

6. Langue parlée à la maison:

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser) _____

7.1 Le client est-il né au Canada ou s'est-il installé au Canada?

- Né au Canada
- N'est pas né au Canada et vit ici depuis _____ ans

7.2) En vertu de quel statut le client s'est-il installé au Canada?

- Immigrant
- Réfugié
- Inconnue

8. État civil:

- Marié
- Union libre
- Veuf ou veuve
- Séparé
- Divorcé
- Célibataire et jamais marié
- Inconnue

9. Orientation sexuelle déclarée par le client:

- Hétérosexuel
- Gai/lesbienne
- Bisexuel
- Inconnue

10. Conditions de logement du client:

- Résidence privée
- Soins en établissement
- Milieu institutionnel
- Sans abri
- Autre (veuillez préciser) _____

11. Pour les clients de 17 ans ou plus, veuillez indiquer leur niveau d'instruction:

- 8e année ou moins
- Une partie des études secondaires
- Diplôme d'études secondaires
- Certificat ou diplôme collégial
- Certificat ou diplôme d'une école de métier
- Une partie du premier cycle
- Diplôme de premier cycle
- Grade supérieur ou titre professionnel
- Inconnue
- Sans objet

12. Si votre client a plus de 16 ans, est-il un étudiant?

- Temps plein
- Temps partiel
- Non
- Sans objet

13.1) Le client a-t-il un emploi?

- À temps plein
- À temps partiel
- Non
- Non, mais reçoit une indemnité
- Inconnue
- Sans objet

13.2) Quel genre de poste occupe votre client?

- Gestion
- Professionnel (p.ex. avocat, comptable, médecin, infirmier ou infirmière, psychologue)
- Technologue, technicien ou emploi technique
- Administration, finances ou personnel de bureau
- Ventes ou service
- Personne de métier, secteur des transports ou opérateur de machinerie

- Emploi dans le secteur agricole, forestier, des pêches ou minier
- Emploi dans le secteur du traitement, de la fabrication ou des services publics
- Autre (veuillez préciser) _____

Caractéristiques des services fournis au client

14. Langue utilisée lors des rencontres

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser) _____

15.1) Le client reçoit-il un autre service de santé pour traiter les problèmes pour lesquels il vous consulte?

- Oui
- Non

15.2) De qui reçoit-il ces services? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Psychiatre
- Médecin de famille ou omnipraticien
- Infirmière praticienne
- Psychologue
- Conseiller
- Professionnel de l'enseignement
- Autre (veuillez préciser) _____

16. Dans quels milieu ou organisation donnez-vous des services à votre client?

- Cabinet privé - pratique en groupe
- Cabinet privé – exercice individuel
- Établissement de soins de santé public (p.ex., hôpital, clinique)
- Établissement correctionnel
- Programme communautaire ou programme de quartier
- École
- Centre de counseling universitaire ou collégial ou clinique de psychologie

17. Comment le client ou le gardien du client a-t-il payé pour le service? Le service a été:

- Paie directement les services, sans remboursement d'un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Paie les services directement, lesquels sont remboursés en totalité ou en grande partie par un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Reçoit les services payés directement par une commission des accidents du travail (p. ex. CSPAAT)
- Reçoit les services payés directement par d'autres assureurs ou programmes (p. ex. assurance-accident de véhicule automobile)
- Reçoit les services payés directement par l'employeur par le biais d'un programme d'aide aux employés
- Reçoit les services au sein d'un établissement public (p. ex. hôpital, école, établissement correctionnel)
- Reçoit des services bénévoles
- Autre(s) (veuillez préciser): _____

18. Quel(s) service(s) avez-vous fourni au client au cours de cette consultation? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Évaluation, notamment des tests psychométriques de l'humeur, du comportement, ou de la personnalité
- Évaluation, notamment des tests psychométriques du fonctionnement intellectuel
- Évaluation neuropsychologique
- Évaluation professionnelle
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie interpersonnelle
- Thérapie psychodynamique
- Thérapie humaniste/expérientielle
- Thérapie des systèmes familiaux
- Autre(s) (veuillez préciser) _____

19. Dans cette séance, qui a été inclus dans la prestation du service?

- Client seul
- Client avec un proche (p. ex. partenaire, conjoint, colocataire)
- Client avec un ou des membres de la famille
- Client avec un ou plusieurs autres gardiens
- Client avec un ou plusieurs autres fournisseurs de services
- Client avec quelqu'un d'autre (veuillez indiquer) _____

20. Lieu de prestation des services

- Grand centre urbain
- Banlieue d'un grand centre urbain
- Petite ville ou village
- Milieu rural

21. Par qui le client vous a-t-il été référé?

- Par lui-même
- Autre client
- Système juridique
- Membre de la famille
- Système scolaire
- Psychologue
- Psychiatre
- Médecin
- Autre professionnel de la santé
- Régime d'assurance

22. Avez-vous référé ce client vers d'autres services? (Cochez plus d'un énoché, s'il y a lieu)

- Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques
- Autre traitement en santé mentale
- Évaluation psychologique (neuropsychologique, pédagogique, professionnelle)

- Aide à l'enfance et à la famille
- Services sociaux autres que l'aide à l'enfance et à la famille
- Évaluation des médicaments
- Autres soins médicaux
- Soutien ou groupes d'entraide
- Aucune référence

Fonctionnement psychosocial du client

23. Le client manifeste-t-il des facteurs de risques précoces ou identifiables de problèmes de santé mentale? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Problèmes ou antécédents familiaux de santé mentale
- Problèmes conjugaux
- Décès d'un membre de la famille pendant l'enfance
- Mobilité (p.ex. déménagements fréquents)
- N'a pas de diplôme d'études secondaires
- Violence physique ou sexuelle pendant l'enfance
- Retiré de la famille par les autorités de protection de l'enfance
- Ne sait pas
- Aucun facteur de risque
- Autre (veuillez spécifier) _____

24. Quel est le problème qui a amené votre client à vous consulter? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Problèmes intrapersonnels (p.ex. estime de soi, confiance en soi, colère, comportement)
- Problèmes interpersonnels / conflits relationnels
- Questions professionnelles
- Problèmes d'apprentissage
- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte (autre que les problèmes d'apprentissage)

- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant (autres que les problèmes d'apprentissage)
- Problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant
- Psychose
- Gestion de la santé, des blessures et de la maladie
- Ajustement aux événements stressants de la vie (problèmes professionnels et conjugaux, deuil)
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles somatoformes (p.ex. douleur chronique)
- Abus sexuel et traumatisme
- Troubles sexuels
- Consommation ou abus de drogue et d'alcool
- Autre(s) (veuillez préciser) _____

25. Veuillez coter dans quelle mesure le ou les problèmes de votre client avaient, selon vous, des répercussions négatives sur son fonctionnement quotidien avant le début du traitement prodigué:

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

26. Depuis que vous avez commencé à voir ce client, comment évalueriez-vous les changements observés en ce qui a trait aux problèmes pour lesquels il vous consulte?

- Disparition complète
- Amélioration importante
- Amélioration
- Aucun changement
- Détérioration

27. Le client rapporte-t-il des problèmes liés à une maladie, un trouble ou un état chroniques?
(cochez plus d'un énoché, s'il y a lieu)

- Fonctions neurologiques
- Fonctions mentales
- Motricité globale et motricité fine
- Fonctions visuelles
- Fonctions auditives
- Fonctions de la parole et du langage
- Fonctions gastro-intestinales
- Fonctions endocriniennes
- Fonctions cardiaques
- Fonctions respiratoires
- Fonctions immunologiques
- Autre (veuillez préciser) _____
- Inconnue
- Aucune affection chronique

28. Veuillez évaluer dans quelle mesure le fonctionnement quotidien de votre client est limité, selon vous, par un ou des maladies, troubles ou états chroniques?

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

29. Auto-évaluation du client par rapport à son état de santé (si le client a moins de 14 ans, veuillez indiquer l'évaluation de son état de santé par le fournisseur de soins):

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Faible
- Inconnue

30.1 Votre client a-t-il reçu un diagnostic de trouble mental du DSM-IV?

- Oui
- Non
- Évaluation diagnostique non terminée
- Inconnue

30.2) Quels sont les diagnostics? (cliquez ici pour consulter les codes de diagnostic DSM-IV)

Diagnostic primaire: _____

Autre Diagnostic: _____

Autre Diagnostic: _____

Autre Diagnostic: _____

31. Votre client présente-t-il un problème de consommation de drogue ou d'alcool ou un trouble qui ne correspond pas au problème pour lequel il vous consulte, mais qui lui est relié?

- Oui
- Non
- Inconnue

32.1) Le client prend-il des médicaments psychotropes?

- Oui
- Non
- Inconnue

32.2) Le cas échéant, quels sont ces médicaments? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Antidépresseur
- Anxiolytique
- Antipsychotique
- Stimulant
- Hypnotique
- Psychorégulateur
- Inconnue

32.3) Le cas échéant, par qui ce médicament est-il prescrit?

- Médecin de famille ou omnipraticien
- Psychiatre
- Infirmière praticienne
- Autre médecin specialist

33. Votre client prend-il des médicaments pour traiter un problème de santé qui est lié au problème pour lequel il vous consulte? (p. ex. il vous consulte pour aider à gérer la douleur chronique et prend des analgésiques)

- Oui
- Non
- Inconnue

34. Votre client prend-il des médicaments pour un autre problème de santé qui n'est pas lié au problème pour lequel il vous consulte? (p. ex. il vous consulte pour traiter une dépression et prend un médicament antihypertenseur)

- Oui
- Non
- Inconnue