

ÉVALUATION DES BESOINS PA AUTISM

Merci de remplir cette enquête. Le terme autisme est utilisé dans le présent document pour désigner les troubles du spectre autistique (TSA) Marquez un seul choix de réponse par question sauf indication contraire. Veuillez contacter ASERT Collaborative à l'adresse info@paautism.org ou le 1-877-231-4244 pour toute question.

Section 1		
De que sexe êtes-vous ?		
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre
Quelle est votre race / ethnie ? <i>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</i>		
<input type="checkbox"/> Indien Américain ou Autochtone d'Alaska	<input type="checkbox"/> Noir ou Africain Américain	<input type="checkbox"/> Coréen
<input type="checkbox"/> Indien d'Asie	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï
<input type="checkbox"/> Caucasien / Européen Américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien
	<input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Quel est votre code postal à 5 chiffres ?		
Quelle année et quel mois votre enfant est-il né ?		
Mois de naissance (MM)		Année de naissance (AAAA)
Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre statut matrimonial actuel ?		
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Jamais marié(e)	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> Veuf/veuve	<input type="checkbox"/> En séparation / divorcé(e)	
Avez-vous des enfants ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non, je ne veux pas avoir d'enfants	
<input type="checkbox"/> Non, mais j'envisage d'en avoir	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	
<input type="checkbox"/> Non, je suis indécise à l'idée d'en avoir		
Lequel des montants suivants se rapproche le plus du revenu annuel que vous permet d'obtenir votre emploi ?		
<input type="checkbox"/> 0-10 000 dollars	<input type="checkbox"/> 40 001-50 000 dollars	<input type="checkbox"/> 80 001-90 000 dollars
<input type="checkbox"/> 10 001-20 000 dollars	<input type="checkbox"/> 50 001-60 000 dollars	<input type="checkbox"/> 90 001-100 000 dollars
<input type="checkbox"/> 20 001-30 000 dollars	<input type="checkbox"/> 60 001-70 000 dollars	<input type="checkbox"/> plus de 100 000 dollars
<input type="checkbox"/> 30 001-40 000 dollars	<input type="checkbox"/> 70 001-80 000 dollars	
Avez-vous un animal de compagnie (y compris des animaux d'assistance) ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Un/une de vos proches est-il/elle atteint(e) d'autisme ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
Si oui, lequel de vos proches a-t-il reçu un diagnostic d'autisme ? <i>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</i>		
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Tante / oncle	<input type="checkbox"/> Fils / fille
<input type="checkbox"/> Frère / sœur	<input type="checkbox"/> Cousin	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Grand-parent	<input type="checkbox"/> Nièce / neveu	
Section 2		
Comparativement à il y a 12 mois, diriez-vous que votre santé générale est :		
<input type="checkbox"/> Meilleure	<input type="checkbox"/> Pire	<input type="checkbox"/> La même
Veuillez expliquer votre choix :		
À combien de temps environ remonte votre dernière visite chez le dentiste ? (Inclure tous les types de professionnels dentaires / spécialistes, tels que les orthodontistes, les chirurgiens stomatologistes et les hygiénistes dentaires.)		
<input type="checkbox"/> Il y a moins de 6 mois	<input type="checkbox"/> Il y a 6 mois à 1 an	<input type="checkbox"/> Il y a plus d'1 an

À combien de temps environ remonte votre dernier examen de routine chez le médecin ? (Un examen de routine est un examen clinique général, et non un examen visant une blessure, une maladie ou un état spécifique.)

Il y a moins de 6 mois Il y a 6 mois à 1 an Il y a plus d'1 an

Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits autres que les vitamines ?

Oui Non Pas certain(e)

Si oui, veuillez énumérer les médicaments qui vous sont actuellement prescrits.

Section 3

Avez-vous déjà reçu un diagnostic pour un des cas suivants ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Trouble anxieux	<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel (autrefois appelé retard mental)
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)
<input type="checkbox"/> Trouble du traitement auditif central (TTAC)	<input type="checkbox"/> Trouble schizophrénique ou autre trouble psychotique
<input type="checkbox"/> Trouble des conduites (TC)	<input type="checkbox"/> Crises épileptiques / convulsions / épilepsie
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement de l'intégration sensorielle
<input type="checkbox"/> Retard du développement	<input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT)
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	<input type="checkbox"/> Troubles liés à la toxicomanie
<input type="checkbox"/> Sylllogomanie	<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Autre

À quel âge avez-vous reçu un diagnostic d'autisme ?

Âge Pas certain(e)

Section 4

Êtes-vous couvert par une des assurances maladie suivantes ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent*

<input type="checkbox"/> Assurance maladie privée que vous ou un membre de la famille bénéficie dans le cadre d'un emploi	<input type="checkbox"/> Prestations destinées aux anciens combattants ou TRICARE
<input type="checkbox"/> Assurance maladie privée que vous ou un membre de la famille souscrit (pas dans le cadre d'un emploi)	<input type="checkbox"/> Assurance soins dentaires
<input type="checkbox"/> Medicaid (assistance médicale), CHIP (Programme d'assurance-santé pour enfants), ou Medicare	<input type="checkbox"/> Assurance pour les soins de la vue
	<input type="checkbox"/> Assurance pour les médicaments sur ordonnance
	<input type="checkbox"/> Autre _____

Êtes-vous actuellement inscrit sur la liste d'attente ou la liste principale ?

<input type="checkbox"/> Liste d'attente des programmes d'aide aux personnes souffrant d'un handicap intellectuel (Programme d'aide financière pour malades mentaux ou Programme de prise en charge des déficients mentaux)
<input type="checkbox"/> Liste principale des programmes mis en œuvre à travers le Bureau d'autisme (Programme de prise en charge des adultes atteints d'autisme ou ACAP du Bureau d'autisme)
<input type="checkbox"/> Les deux
<input type="checkbox"/> Aucune des deux
<input type="checkbox"/> Pas certain(e)

Faites-vous partie actuellement d'un programme d'aide médicale ? Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Je suis inscrit à ce programme		J'aimerais obtenir plus de renseignements sur ce programme	
	Oui	Non	Oui	Non
Programme de prise en charge des adultes atteints d'autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme de prise en charge des autistes (ACAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme de prise en charge des déficients mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'aide financière pour malades mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'aide aux handicapés physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 5

Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits pour des raisons médicales (à l'exception des vitamines) ?

Oui Non Préfère ne pas répondre

Avez-vous déjà fait des overdoses en consommant des médicaments (prescrits légalement ou illégalement) ?

Oui Non Préfère ne pas répondre

Section 6

Au cours de la dernière année, vous êtes-vous rendu(e) au service des urgences pour des raisons de troubles de la conduite ou psychiatriques ?

Oui, _____ fois Non Préfère ne pas répondre

Au cours de la dernière année, avez-vous été hospitalisé(e) dans un hôpital ou dans un environnement hospitalier pour des raisons de troubles de la conduite ou de troubles psychiatriques ?

Oui, _____ fois Non Préfère ne pas répondre

SI VOUS AVEZ RECONNU AVOIR ÉTÉ HOSPITALISÉ(E) DANS UN HÔPITAL OU DANS UN ENVIRONNEMENT HOSPITALIER VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES EN FONCTION DE VOTRE TOUTE RÉCENTE HOSPITALISATION. AU CAS CONTRAIRE, VOUS POUVEZ PASSER DIRECTEMENT À LA SECTION 7.

Quelle(s) était/étaient la/les raison(s) votre hospitalisation dans un hôpital ou dans un environnement hospitalier ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

Comportement agressif Comportements d'automutilation
 Anxiété Augmentation significative des obsessions
 Trouble oppositionnel avec provocation Autre _____
 Dépression Pas certain(e)
 Fuite de la maison familiale / de l'école Préfère ne pas répondre

Dans quelle mesure avez-vous été satisfait(e) ou insatisfait(e) quant aux aspects suivants de votre séjour hospitalier ?

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Qualité des traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification des sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment avez-vous été hospitalisé(e) ?		
<input type="checkbox"/> J'ai été hospitalisé(e) par mon propre gré (201, traitement volontaire)	<input type="checkbox"/> J'ai été hospitalisé(e) contre mon propre gré (302, traitement involontaire)	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Combien de temps avez-vous séjourné dans un hôpital ou dans un environnement hospitalier ?		
<input type="checkbox"/> Moins de 24 heures	<input type="checkbox"/> Entre 24 et 48 heures	<input type="checkbox"/> Plus de 2 jours, veuillez nous dire combien de temps
Était-ce votre première dans un hôpital ou dans un environnement hospitalier pour des raisons de conduite ou des raisons psychiatriques ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
Veillez mentionner tout détail supplémentaire relatif à votre séjour hospitalier le plus récent pour des raisons de conduite ou des raisons psychiatriques.		

Section 7

Avez-vous déjà eu une des altercations suivantes avec la police / la justice ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

<input type="checkbox"/> Interpellé(e) par la police	<input type="checkbox"/> Purgé une peine de prison
<input type="checkbox"/> Arrêté(e) et questionné(e) par la police pour un délit autre que l'infraction au code de la route	<input type="checkbox"/> Inculpé(e) pour délit ou accusé de crime
<input type="checkbox"/> Reçu un avertissement de la police (pour un délit autre que l'infraction au code de la route)	<input type="checkbox"/> Mis(e) en probation ou en liberté conditionnelle
<input type="checkbox"/> Reçu une citation	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Arrêté(e) par la police	<input type="checkbox"/> Aucun
	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

Avez-vous déjà été victime d'un crime ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
------------------------------	------------------------------	--

Si vous voulez, vous pouvez communiquer plus de renseignements sur votre expérience avec la police ou d'autres intervenants du système de justice ou tant que victime d'un crime.

Section 8

Occupez-vous un emploi actuellement ? Veuillez inclure uniquement les postes rémunérés.

<input type="checkbox"/> Oui, travaille à plein temps (35 heures par semaine ou plus)	<input type="checkbox"/> Non, mais à la recherche d'un emploi en ce moment
	<input type="checkbox"/> Non, je suis à la retraite
<input type="checkbox"/> Oui, travaille à temps partiel (moins de 35 heures par semaine)	<input type="checkbox"/> Non, je suis à la retraite et je cherche un emploi

Si oui, quel type de métier exercez-vous ?

<input type="checkbox"/> Bureau d'appui / assistance administrative	<input type="checkbox"/> Préparation / service des repas	<input type="checkbox"/> Production / fabrication
<input type="checkbox"/> Métiers commerciaux (notamment la vente au détail)	<input type="checkbox"/> Transport / manutention des métaux	<input type="checkbox"/> Autre _____

Si non, avez-vous déjà occupé un emploi ?					
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre		
A quel âge avez-vous commencé à travailler ?					
Lequel des moyens suivants avez-vous utilisé pour la recherche d'emploi ? <u>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</u>					
<input type="checkbox"/> Conseiller scolaire	<input type="checkbox"/> Par le biais d'un parent / proche	<input type="checkbox"/> Soutien à l'emploi par l'entremise d'un programme			
<input type="checkbox"/> Recherche sur Internet	<input type="checkbox"/> De bouche-à-oreille				
<input type="checkbox"/> Salon de l'emploi	<input type="checkbox"/> Conseiller au Bureau d'aide à l'insertion professionnelle (BAIP) ?	<input type="checkbox"/> Autre _____			
<input type="checkbox"/> Journaux		<input type="checkbox"/> S/O (ne recherche pas un emploi)			
Veillez compléter les énoncés suivants quant à votre démarche de recherche d'emploi.					
	Très difficile	Difficile	Facile	Très facile	
Trouver des possibilités d'emploi est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Remplir des demandes d'emploi est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Écrire un curriculum vitæ est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacer des employeurs éventuels pour un entretien d'embauche...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'entretien d'embauche est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trouver un moyen de transport aller-retour pour des entretiens d'embauche est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le suivi après les entretiens d'embauche est...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les énoncés suivants quant à votre emploi.					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	S/O
Je me sens à l'aise de travailler au sein d'un groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens à l'aise de demander des renseignements ou de l'aide à mes semblables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens à l'aise de demander des renseignements ou de l'aide à une figure d'autorité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens à l'aise de demander des renseignements ou de l'aide à une figure d'autorité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens à l'aise de demander des aménagements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les déclarations suivantes concernant votre lieu de travail actuel ou le plus récent.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	S/O
Mes compétences sont sous-exploitées.	<input type="checkbox"/>				
Mon salaire est juste.	<input type="checkbox"/>				
Je reçois des aménagements / des soutiens en faveur des autistes.	<input type="checkbox"/>				

Les gens savent-ils dans votre lieu de travail que vous êtes atteint d'autisme ?

<input type="checkbox"/> Oui, tous le savent	<input type="checkbox"/> Oui, mais seuls mes semblables / collègues le savent	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui, mais seul mon superviseur le sait		<input type="checkbox"/> S/O (je suis au chômage)

Si non, quelle en est la raison ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

<input type="checkbox"/> Je ne sais comment le leur dire	<input type="checkbox"/> J'ai peur d'être jugé(e)
<input type="checkbox"/> Je ne veux pas être traité(e) différemment	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Je ne vois pas la nécessité	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

Section 9

Quelle est votre situation actuelle ?

<input type="checkbox"/> Vit sans soutien (locataire ou propriétaire)	<input type="checkbox"/> Dans un établissement résidentiel (notamment les hôpitaux publics ou les centres étatiques)
<input type="checkbox"/> Vit seul(e) grâce au soutien (locataire ou propriétaire)	<input type="checkbox"/> Dans un foyer d'hébergement
<input type="checkbox"/> Avec un(e) colocataire / un(e) conjoint(e) (locataire ou propriétaire)	<input type="checkbox"/> Sans-abri
<input type="checkbox"/> Avec les parents ou d'autres proches	<input type="checkbox"/> Autre _____

Depuis combien de temps vivez-vous dans cette situation ?

<input type="checkbox"/> Toute ma vie	<input type="checkbox"/> Moins d'un an	<input type="checkbox"/> 1 à 2 ans	<input type="checkbox"/> 3 à 5 ans	<input type="checkbox"/> Plus de 5 ans
---------------------------------------	--	------------------------------------	------------------------------------	--

À quel point êtes-vous heureux(se) de vos conditions de logement actuelles ?

<input type="checkbox"/> Très heureux(se)	<input type="checkbox"/> Heureux(se)	<input type="checkbox"/> Malheureux(se)	<input type="checkbox"/> Très malheureux(se)
---	--------------------------------------	---	--

Vous est-il difficile de jeter des objets même si vous ne les utilisez pas ?

<input type="checkbox"/> Très difficile	<input type="checkbox"/> Assez difficile	<input type="checkbox"/> Pas tout à fait difficile
---	--	--

À quelle fréquence le désordre se manifeste-t-il dans votre environnement au point d'affecter vos activités quotidiennes ? (Par exemple, vous êtes incapable de trouver des objets ou d'autres effets personnels, ou éprouve des difficultés à se balader dans votre environnement.)

<input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
-----------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------------

Section 10

Êtes-vous actuellement scolarisé(s) ?

<input type="checkbox"/> Oui, au sein d'un établissement de l'enseignement secondaire	<input type="checkbox"/> Oui, au sein d'une institution d'enseignement supérieur	<input type="checkbox"/> Non, mais j'aimerais bien
<input type="checkbox"/> Oui, dans un programme d'études collégiales de deux ans	<input type="checkbox"/> Oui, au sein d'un établissement de l'enseignement	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui, au sein d'un programme d'études collégiales de quatre ans	<input type="checkbox"/> Autre _____	

Si non, quel est votre niveau de scolarité le plus élevé ?				
<input type="checkbox"/> Niveau minimum de scolarité, mais n'a pas terminé ses études secondaires	<input type="checkbox"/> Quelques cours à l'université	<input type="checkbox"/> Professionnel ou doctoral Diplôme après le Master (Par ex. MD, DDS, DVM, PhD)		
	<input type="checkbox"/> Diplôme d'associé			
<input type="checkbox"/> Diplôme de l'enseignement secondaire	<input type="checkbox"/> Licence			
	<input type="checkbox"/> Master			
<input type="checkbox"/> Enseignement professionnel / technique				
SI VOUS ÊTES ACTUELLEMENT SCOLARISÉ, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES. SINON, VOUS POUVEZ PASSER DIRECTEMENT À LA SECTION 11.				
Quel est votre mode de scolarisation ?				
<input type="checkbox"/> Plein temps	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)		
Suivez-vous les cours en personne ou en ligne ?				
<input type="checkbox"/> En personne	<input type="checkbox"/> En ligne	<input type="checkbox"/> En personne et en ligne		
Veillez indiquer comment les activités suivantes ont contribué à vous faire nouer des liens d'amitié.				
	Des amitiés très solides	Des amitiés occasionnelles	Aucune amitié	Je n'y ai pas pris part
Mentorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupes ou clubs d'étudiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencontre avec des gens en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencontre avec des gens dans votre dortoir ou dans votre résidence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médias sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Club de sport ou association sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres circonstances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous au courant de l'aide et /ou des ressources en faveur des étudiants handicapés dans votre établissement scolaire ?				
<input type="checkbox"/> Oui, mais je ne les utilise pas	<input type="checkbox"/> Oui, je les utilise	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)	
Avez-vous été identifié par votre établissement scolaire comme personne nécessitant des aménagements (Par ex. tutorat logement spécial, conseils ?)				
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)		
Veillez nous fournir des renseignements sur vos besoins en matière d'éducation. <u>Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.</u>				
	Recevez-vous ce service ?		Souhaitez-vous recevoir davantage de ce service ?	
	Oui	Non	Oui	Non
Logement spécial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance pendant les épreuves d'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance pendant la prise des notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutiens sociaux / sous forme de mentorat par les pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quels sont vos projets après le remise des diplômes ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Poursuivre mes études (en vue de l'obtention d'un diplôme)	<input type="checkbox"/> Faire du volontariat
<input type="checkbox"/> Chercher un emploi	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<input type="checkbox"/> Prendre des vacances (pour un voyage ou autrement)	<input type="checkbox"/> Autre _____

Section 11

Veillez vérifier les services suivants pour savoir si vous les connaissez déjà, si vous y êtes impliqué(e), ou si vous désirez plus sur ce sujet. *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

	Informé(e)	Impliqué(e)	Désire plus de renseignements sur ce sujet	S/O
Bureau d'aide à l'insertion professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres aides de l'État (Bons d'alimentation, logement à loyer modéré, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 12

Au cours du mois dernier, environ combien de jours par semaine en moyenne avez-vous consacré avec des amis en dehors du cadre scolaire ou professionnel ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé aux activités d'un groupe, en dehors de l'école, à l'instar d'un groupe de jeunes ou d'une équipe sportive communautaire ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
------------------------------	------------------------------	---

Si oui, combien de groupes auxquels vous appartenez incluent uniquement les personnes handicapées ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4+
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Veillez indiquer si les défis suivants vous perturbent ou vous empêchent de participer aux activités au sein de sa communauté, notamment les sports, les clubs, les loisirs ou l'organisation d'autres activités.

	Oui	Non	Pas certain(e)
Défis émotionnels (anxiété, dépression, peur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défis comportementaux (agression, comportements d'automutilation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés physiques (accès, mobilité, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez décrire votre satisfaction quant aux relations suivantes.

	Je n'en ai pas, mais j'aimerais en avoir...	J'en ai, mais j'aimerais en avoir davantage / mieux...	Je suis satisfait(e) de mes...	S/O	Préfère ne pas répondre
Des amis à qui me confier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des amis que je peux rencontrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relations avec les parents	<input type="checkbox"/>				
Relations avec les frères et sœurs	<input type="checkbox"/>				
Relations avec vos enfants	<input type="checkbox"/>				
Relations avec votre conjoint(e) (Par ex. épouse, partenaire)	<input type="checkbox"/>				
Connaissances	<input type="checkbox"/>				
Autres relations _____	<input type="checkbox"/>				

Veillez nous dire à quelle fréquence chacun des énoncés suivants décrit vos sentiments.

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Préfère ne pas répondre
Je n'ai personne à qui parler	<input type="checkbox"/>				
Mes centres d'intérêt et mes idées ne sont pas pris en compte par mon entourage	<input type="checkbox"/>				
Je me fais difficilement des amis	<input type="checkbox"/>				

Participez-vous à une des activités suivantes ? Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Je participe à cette activité		Si oui, veuillez indiquer le nombre d'heures que vous consacrez à chaque activité par semaine
	Non	Oui	Heures
Bénévolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupes, clubs ou organisations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités spirituelles ou religieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités sportives récréatives ou organisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Loisirs ou intérêts particuliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tâches ménagères / domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités sociales avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres activités _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Veillez nous dire si vous avez participé aux activités suivantes autant que vous le voudriez au cours des 30 dernières années, et si vous attachez du prix à ces activités. Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Exercez-vous cette activité ?			Attachez-vous du prix à cette activité ?	
	Assez	Pas assez	Tellement	J'attache du prix à cette activité	Je n'attache pas du prix à cette activité
Aller à la bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à un gymnase, un club de santé ou de fitness, y compris la piscine, ou participé à un événement sportif (notamment le bowling, le tennis, le minigolf, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à une organisation de défense des intérêts des autistes ou d'un groupe / organisation de défense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à un groupe social au sein de la communauté (par exemple, un club de lecture, un groupe de loisirs, autre groupe de personnes ayant les mêmes centres d'intérêt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à ou participer aux activités civiques et politiques des organisations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 13

Veillez nous renseigner sur vos besoins de services de santé et d'éducation de façon précise. Veillez indiquer si vous recevez les services énumérés, et si vous en avez davantage besoin. Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Recevez-vous ce service ?		Avez-vous davantage besoin de ce service ?	
	Oui	Non	Oui	Non
Services d'appui psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Développement d'habiletés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien en matière de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soutien individuels (Par ex. soutien des coordonnateurs, réseaux d'inclusion communautaire, professionnels du soutien communautaire, travailleurs de soins personnels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des soutiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la pharmacothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éducation en matière de santé sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en matière de relations humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils sur la drogue et l'alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification de la transition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de santé primaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en matière de prestations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez nous dire si vous êtes d'accord avec les déclarations suivantes concernant les services ci-après : « Les professionnels fournissant ce service disposent des compétences nécessaires pour s'occuper de vous »

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	S/O
Services d'appui psychologique	<input type="checkbox"/>				
L'orthophonie	<input type="checkbox"/>				
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>				
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>				
Développement d'habiletés sociales	<input type="checkbox"/>				
Soutien en matière de comportement	<input type="checkbox"/>				
Services de soutien individuels (Par ex. soutien des coordonnateurs, réseaux d'inclusion communautaire, professionnels du soutien communautaire, travailleurs de soins personnels)	<input type="checkbox"/>				
Coordination des soutiens	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge	<input type="checkbox"/>				
Services neurologiques	<input type="checkbox"/>				
Gestion de la pharmacothérapie	<input type="checkbox"/>				

Éducation en matière de santé sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en matière de relations humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils sur la drogue et l'alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification de la transition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien en milieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de santé primaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en matière de prestations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous rencontré des obstacles à l'obtention des services de santé et d'éducation particuliers ?					
<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non		
Si oui, lequel des choix suivants vous a-t-il rendu la tâche plus difficile à obtenir ces services ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.					
<input type="checkbox"/> Transport		<input type="checkbox"/> Les prestataires de soins de santé ne disposaient pas d'un nombre suffisant de personnel			
<input type="checkbox"/> Problèmes de planification		<input type="checkbox"/> Les prestataires de soins de santé ne vont pas à la rencontre des personnes atteintes d'autisme			
<input type="checkbox"/> Il n'existe aucun prestataire de soins de santé dans la région		<input type="checkbox"/> Les prestataires de soins de santé ne vont pas à la rencontre des personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale			
<input type="checkbox"/> Il n'existe pas assez de prestataires de soins de santé dans la région		<input type="checkbox"/> Autre _____			
<input type="checkbox"/> Le coût des services / mon assurance ne couvre pas les services disponibles					
Disposez-vous d'un système formel de communication sur place ? (Par exemple, le système de communication par échange d'images (PECS), tablette, générateur de parole, ou autre système de communication augmentatif.)					
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Autre _____	
Si oui, veuillez indiquer où vous utilisez ce système de communication. Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.					
<input type="checkbox"/> À la maison		<input type="checkbox"/> À l'école		<input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> Au travail		<input type="checkbox"/> Au sein de la communauté			
Section 14					
Êtes-vous disposé(e) à répondre à des questions liées à votre identité de genre ?					
<input type="checkbox"/> Oui			<input type="checkbox"/> Non		

SI OUI, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS. AU CAS CONTRAIRE, VOUS POUVEZ PASSER DIRECTEMENT À LA SECTION 15.

Quel était votre sexe à la naissance ?

Masculin Féminin Intersexué(e) Préfère ne pas répondre

Est-ce que vous vous identifiez comme transgenre et / ou de genre variant

Oui Non Préfère ne pas répondre

Section 15

En matière de transport, quel moyen de transport utilisez-vous pour vous rendre où vous voulez ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Je me rends moi-même dans un service de soins privés	<input type="checkbox"/> Passager dans une voiture privée avec chauffeur volontaire
<input type="checkbox"/> Je suis passager dans une voiture privée en présence des parents ou d'autres membres de la famille	<input type="checkbox"/> Transport en commun
<input type="checkbox"/> Passager dans une voiture privée en présence d'un ami	<input type="checkbox"/> Le transport est fourni quotidiennement
<input type="checkbox"/> Bus / camionnette exploité par un pays, une municipalité ou une organisation à but non lucratif	<input type="checkbox"/> Le transport est fourni par un foyer d'hébergement
<input type="checkbox"/> Taxi ou autre véhicule de location	<input type="checkbox"/> Le transport est fourni par un établissement scolaire / établissement d'enseignement
<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Covoiturage simple (Uber, Lyft)
<input type="checkbox"/> Bicyclette	<input type="checkbox"/> Covoiturage (Par ex. ZipCar, Enterprise Car Share)
	<input type="checkbox"/> Autre

Pour quelle raison utilisez-vous les moyens de transport ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Aller au travail	<input type="checkbox"/> Rendre visite à la famille et aux amis
<input type="checkbox"/> Aller à une formation scolaire, professionnelle, ou en cours d'emploi	<input type="checkbox"/> Faire des courses
<input type="checkbox"/> Aller participer aux activités sociales ou récréatives	<input type="checkbox"/> Aller à un gymnase ou un club de santé
<input type="checkbox"/> Honorer les rendez-vous médicaux et de soins de santé	<input type="checkbox"/> Aller à l'arrêt bus ou à la gare ferroviaire
<input type="checkbox"/> Aller prendre part aux activités religieuses	<input type="checkbox"/> Autre

Lors de vos balades, laquelle des situations suivantes vous pose problème ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Traverser une rue	<input type="checkbox"/> Trop de gens sur le trottoir
<input type="checkbox"/> Évaluer la distance et/ou la vitesse des voitures	<input type="checkbox"/> Trop de voitures ou circulation
<input type="checkbox"/> Marcher dans des endroits sans trottoirs (sur du gazon ou dans des rues)	<input type="checkbox"/> Difficulté à déterminer les directions / trajets
	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Manque d'attention pendant les balades	<input type="checkbox"/> Aucune difficulté à me balader

Lequel des énoncés suivants vous rend la tâche difficile à prendre le transport en commun ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Indisponible dans ma région	<input type="checkbox"/> Difficulté à planifier un voyage de transport public
<input type="checkbox"/> Difficulté à me rendre à un arrêt bus / une gare ferroviaire sans assistance	<input type="checkbox"/> Le service de transport en commun n'est pas fiable
<input type="checkbox"/> Difficulté à monter / descendre des trains ou des bus	<input type="checkbox"/> Préoccupé(e) par la criminalité observée dans le transport en commun
<input type="checkbox"/> Le service de transport en commun n'est pas disponible lorsqu'on en a besoin	<input type="checkbox"/> Préoccupé(e) par la difficulté à trouver un siège dans un bus / train
<input type="checkbox"/> Le transport en commun ne va pas où je souhaite qu'il aille	<input type="checkbox"/> Préoccupé(e) par convivialité et la serviabilité des chauffeurs de transport en commun

<input type="checkbox"/> Besoin d'un grand nombre de transferts aller-retour	<input type="checkbox"/> Préoccupé(e) par la façon avec laquelle les passagers du transport en commun vous traiteront
<input type="checkbox"/> Le transport en commun coûte trop cher	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Mes parents / tuteurs ne veulent pas que je prenne le transport en commun	<input type="checkbox"/> Aucune difficulté à prendre le transport en commun

Section 16

Les questions suivantes concernent une partie de vos relations. À quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous entendre avec...

	Toujours	Parfois	Jamais	S/O
Parent(s) ou d'autres soignants(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos frères et sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les membres de votre famille élargie (grand parents, tantes, oncles, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes qui vous rendent visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 17

Faites-vous partie d'un groupe de soutien ou d'un groupe de revendication ?

Oui Non, mais autrefois Non, mais j'aimerais bien Non

Si oui, était-ce en ligne ou en personne ?

En ligne En personne Les deux

Si oui, qu'est-ce qui explique votre adhésion à ce groupe ? **Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.**

<input type="checkbox"/> Liens d'amitié / socialisation	<input type="checkbox"/> Sensibilisation	<input type="checkbox"/> Défendre / faire la différence
<input type="checkbox"/> Trouver des informations	<input type="checkbox"/> Quelqu'un me l'a recommandé	
<input type="checkbox"/> Expérience / centre d'intérêt commun		<input type="checkbox"/> Autre _____

Si non, quelle en est la raison ? **Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.**

<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Manque de temps	<input type="checkbox"/> Sentiment d'exclusion / ne m'intègre pas
<input type="checkbox"/> Il n'en existe aucun dans ma région / situé très loin	<input type="checkbox"/> N'a pas l'âge requis/manque d'intérêt	<input type="checkbox"/> Les frais d'adhésion coûtent cher
<input type="checkbox"/> Pas intéressé(e)		<input type="checkbox"/> Autre _____

**Merci d'avoir rempli le questionnaire d'évaluation des besoins PA
Autism**