

Enquête canadienne sur le revenu (ECR)

Questionnaire
2025

POUR INFORMATION SEULEMENT

Table des matières

Activité sur le marché du travail et fréquentation scolaire (ACT1)	3
Pensions alimentaires reçues (SCC1)	5
Pensions alimentaires payées (SCC2)	6
Frais de garde (SCC3)	6
Revenu personnel total (INC1)	7
Introduction aux questions sur l'identification des incapacités (PDSQ)	8
Questions d'identification des incapacités (DSQ)	9
Besoins de santé non comblés (UCN).....	19
Difficultés financières en raison d'une incapacité (FDD)	21
Propriétaires et locataires (DWL)	21
Propriétaires (OWN)	22
Sécurité alimentaire (FSC)	26
Programmes d'alimentation scolaire (SFP)	29

Activité sur le marché du travail et fréquentation scolaire (ACT1)

ACT1_BEG	DV_D31AGE: âge du répondant à la fin de l'année de référence
ACT1_R01	Les prochaines questions concernent vos activités entre janvier et décembre 2025, ainsi que les activités d'autres membres de votre ménage.
ACT1_C01	Si DV_D31AGE > 69, passez à ACT1_Q01. Sinon, passez à ACT1_Q05.
ACT1_Q01 Q2	Avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise en 2025? 1 Oui (Passez à ACT1_Q05) 2 Non (Passez à ACT1_END) Nul passez à ACT1_END
ACT1_Q05 Q3	En 2025, combien de semaines avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise? Tenez compte de toutes les semaines travaillées, peu importe le nombre d'heures. Inclure les vacances, congés de maternité ou parentaux, congés de maladie, grèves et lock-out. _ _
ACT1_C10A	Si ACT1_Q05 = NONRÉPONSE, passez à ACT1_Q30. Sinon, passez à ACT1_C10B.
ACT1_C10B	Si ACT1_Q05 = 0, passez à ACT1_Q20. Sinon, passez à ACT1_D10A.
ACT1_Q10 Q4	Pendant ces semaines, combien d'heures travailliez-vous habituellement à tous vos emplois? Si le nombre d'heures de travail variait d'une semaine à l'autre, veuillez fournir une moyenne. _ _ _
ACT1_Q15 Q5	En tenant compte de tous les emplois que vous avez occupés en 2025, étiez-vous: Sélectionnez tout ce qui s'applique. 1 Employé 2 Travailleur autonome 3 Travailleur non rémunéré dans une entreprise familiale
ACT1_C20	Si ACT1_Q05 >= 52, passez à ACT1_Q30. Sinon, passez à ACT1_Q20.

ACT1_Q20
Q6

En 2025, pendant combien de semaines avez-vous été sans travail et à la recherche d'un emploi?

Inclure les mises à pied temporaires.

Exclure les semaines en tant qu'étudiant à temps plein.

|_|_|

ACT1_C25

Si ACT1_Q05 + ACT1_Q20 >= 52, passez à ACT1_C30.
Sinon, passez à ACT1_D25A.

ACT1_Q25
Q7

Quelle était votre activité principale pendant les semaines où vous n'avez pas travaillé ni cherché d'emploi?

- 1 Malade ou ayant une incapacité vous empêchant de travailler
- 2 Vous occupiez de la maison ou de la famille
- 3 Alliez à l'école
- 4 Retraité
- 5 Autre - Précisez

ACT1_C30

Si DV_D31AGE > 69, passez à ACT1_END.
Sinon, passez à ACT1_Q30.

ACT1_Q30
Q8

Avez-vous fréquenté une école, un collège, un cégep ou une université à quelque moment que ce soit entre janvier et décembre 2025?

Inclure seulement les cours qui peuvent être utilisés comme crédits en vue de l'obtention d'un certificat, diplôme ou grade.

- | | | |
|---|-----|---------------------|
| 1 | Oui | (Passez à ACT1_Q35) |
| 2 | Non | (Passez à ACT1_END) |

Nul passez à ACT1_END

ACT1_C35

Si ACT1_Q30 = 2 ou ACT1_Q30 = NONRÉPONSE, passez à ACT1_END.
Sinon, passez à ACT1_Q35.

ACT1_Q35
Q9

Étiez-vous inscrit comme étudiant à temps plein, à temps partiel ou à la fois à temps plein et à temps partiel?

- 1 Étudiant à temps plein
- 2 Étudiant à temps partiel
- 3 Étudiant à la fois à temps plein et à temps partiel

ACT1_C40

Si DV_D31AGE > 16, passez à ACT1_Q40.
Sinon, passez à ACT1_END.

ACT1_Q40
Q10

Avez-vous reçu des sommes d'argent provenant de bourses d'études, de perfectionnement ou de recherche en 2025?

- 1 Oui (Passez à ACT1_Q45)
2 Non (Passez à ACT1_END)

Nul passez à ACT1_END

ACT1_Q45
Q11

Quel montant total avez-vous reçu en 2025?

|_|_|_|_|_|_|_|

ACT1_END

Pensions alimentaires reçues (SCC1)

SCC1_BEG

HHNUM18 : nombre de membres du ménage âgés de 18 ans et plus
DV_RELREF : lien à la personne de référence (EPA)

SCC1_C01

Si DV_HHNUM18 > 0, passez à SCC1_C02.
Sinon, passez à SCC1_END.

SCC1_C02

Si DV_D31AGE < 18, passez à SCC1_END.
Sinon, passez à SCC1_C03.

SCC1_C03

Si DV_D31AGE < 25 et ACT1_Q30 = 1 et DV_RELREF = '03' (fils ou fille) ou '06' (enfant en tutelle), passez à SCC1_END.
Sinon, passez à SCC1_R05.

SCC1_R05

Les prochaines questions portent sur les pensions alimentaires et les frais de garde.

SCC1_Q05
Q12

Entre janvier et décembre 2025, avez-vous reçu une pension alimentaire d'un ancien conjoint ou d'une ancienne conjointe?

Par ceci, nous entendons une pension alimentaire pour conjoint ou une pension alimentaire pour enfants déterminée par une entente formelle.

Inclure uniquement les paiements de pension alimentaire effectivement reçus.

Exclure les cadeaux ou les transferts monétaires additionnels.

- 1 Oui (Passez à SCC1_Q10)
2 Non (Passez à SCC1_END)

Nul passez à SCC1_END

SCC1_Q10
Q13

À combien estimez-vous le montant total de toute pension alimentaire que vous avez reçue en 2025?

Inclure uniquement les paiements de pension alimentaire effectivement reçus.

Exclure les cadeaux ou les transferts monétaires additionnels.

|_|_|_|_|_|_|_|

SCC1_END

SCC3_Q05
Q16

Entre janvier et décembre 2025, avez-vous payé pour des services de garde d'enfants afin de vous permettre d'occuper votre emploi rémunéré?

Inclure les frais payés pendant les vacances scolaires.

- 1 Oui (Passez à SCC3_Q10)
- 2 Non (Passez à SCC3_END)

Nul passez à SCC3_END

SCC3_Q10
Q17

À combien estimez-vous le montant total des services de garde d'enfants que vous avez payés en 2025 ?

Veuillez **exclure** les montants déclarés précédemment. Inscrivez « 0 » si le montant total a déjà été inscrit.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SCC3_END

Revenu personnel total (INC1)

INC1_R05

Maintenant une question sur le revenu personnel total.

INC1_Q05
Q18

Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous votre revenu personnel total provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours de l'année se terminant le 31 décembre 2025?

Le revenu peut provenir de diverses sources comme le travail, les investissements, les pensions ou le gouvernement. Les exemples incluent l'assurance-emploi, l'aide sociale, les prestations pour enfants et d'autres revenus tels que les pensions alimentaires et le revenu locatif.

Les gains en capital **ne doivent pas** être inclus dans le revenu personnel.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| dollars

INC1_C10

Si INC1_Q05 = NONRÉPONSE, passez à INC1_Q10.
Sinon, passez à INC1_END.

INC1_Q10
Q19

Pour l'année se terminant le 31 décembre 2025, pouvez-vous estimer dans lequel des groupes suivants se situait votre revenu personnel total?

Était-il :

- 1 Inférieur à 30 000 \$ incluant les pertes de revenu
- 2 Égal ou supérieur à 30 000 \$

Nul passez à INC1_END

INC1_Q15
Q19

Veillez indiquer la tranche de revenu

- 1 Inférieur à 5 000 \$
- 2 De 5 000 \$ à moins de 10 000 \$
- 3 De 10 000 \$ à moins de 15 000 \$
- 4 De 15 000 \$ à moins de 20 000 \$
- 5 De 20 000 \$ à moins de 25 000 \$
- 6 De 25 000 \$ à moins de 30 000 \$

Passez à INC1_END

INC1_Q20
Q19

Veillez indiquer la tranche de revenu

- 01 De 30 000 \$ à moins de 40 000 \$
- 02 De 40 000 \$ à moins de 50 000 \$
- 03 De 50 000 \$ à moins de 60 000 \$
- 04 De 60 000 \$ à moins de 70 000 \$
- 05 De 70 000 \$ à moins de 80 000 \$
- 06 De 80 000 \$ à moins de 90 000 \$
- 07 De 90 000 \$ à moins de 100 000 \$
- 08 100 000 \$ ou plus

INC1_END

Introduction aux questions sur l'identification des incapacités (PDSQ)

PDSQ_BEG

HNUM15 : nombre de membres du ménage âgés de 15 ans et plus

PDSQ_C05

Si DV_HHNUM15 > 1, passez à PDSQ_R05.
Sinon, passez à PDSQ_END.

PDSQ_R05

Afin de réduire la longueur du questionnaire et d'obtenir des renseignements supplémentaires sur la relation entre le revenu et les personnes avec ou sans incapacité, un membre de votre ménage a été choisi au hasard pour la prochaine série de questions. Dans votre ménage, vous avez été choisi.

PDSQ_END

Questions d'identification des incapacités (DSQ)

DSQ_R01

Les questions suivantes portent sur les difficultés que vous pourriez avoir à faire certaines activités. Seules les difficultés ou conditions à long terme qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus devraient être considérées.

DSQ_Q01
Q20

Avez-vous une quelconque difficulté à voir?

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ_Q05)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ_Q05

DSQ_Q02
Q21

Portez-vous des lunettes ou des verres de contact pour améliorer votre vision?

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q03
Q22

[Lequel/Avec vos lunettes ou verres de contact, lequel] des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à voir?

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté à voir (Passez à DSQ_Q05)
- 2 Un peu de difficulté à voir
- 3 Beaucoup de difficulté à voir
- 4 Vous êtes une personne légalement aveugle
- 5 Vous êtes une personne aveugle
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_Q05)

Nul passez à DSQ_Q05

DSQ_Q04
Q23

À quelle fréquence [cette difficulté à voir limite-t-elle/ce trouble de vision limite-t-il] vos activités?

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q05
Q24

Avez-vous une quelconque difficulté à entendre?

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ_Q09)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ_Q09

DSQ_Q06
Q25

Utilisez-vous un appareil auditif ou un implant cochléaire?

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q07
Q26

[Lequel/Avec votre appareil auditif ou implant cochléaire, lequel] des énoncés suivants décrit le mieux votre capacité à entendre ?

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté à entendre (Passez à DSQ_Q09)
- 2 Un peu de difficulté à entendre
- 3 Beaucoup de difficulté à entendre
- 4 Vous ne pouvez pas entendre du tout
- 5 Vous êtes Sourd
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_Q09)

Nul passez à DSQ_Q09

DSQ_Q08
Q27

À quelle fréquence [cette difficulté à entendre limite-t-elle/ce trouble auditif limite-t-il] vos activités?

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q09
Q28

Avez-vous une quelconque difficulté à marcher, à utiliser des escaliers, à vous servir de vos mains ou de vos doigts ou à faire d'autres activités physiques?

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ_R22)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ_R22

DSQ_R10

Les prochaines questions portent sur votre capacité à vous déplacer même en utilisant une aide comme une canne.

DSQ_Q10
Q29

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à marcher sur un terrain plat pendant 15 minutes sans vous reposer?

Cela correspond à votre rythme régulier de marche.
Si vous utilisez une aide qui offre un soutien minime telle qu'une canne, un bâton de marche ou des béquilles, veuillez répondre en fonction du moment où vous utilisez ces aides.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q11
Q30

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à monter ou à descendre un escalier, soit environ 12 marches, sans vous reposer?

Cela correspond à votre rythme régulier de marche.
Si vous utilisez une aide qui offre un soutien minime telle qu'une canne, un bâton de marche ou des béquilles, veuillez répondre en fonction du moment où vous utilisez ces aides.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ_C12

Si ((DSQ_Q10 = (1 ou DK ou BLANK)) et (DSQ_Q11 = (1 ou DK ou BLANK))), passez à DSQ_Q13.
Sinon, passez à DSQ_Q12.

DSQ_Q12
Q31

À quelle fréquence [cette difficulté à marcher limite-t-elle/cette difficulté à monter ou à descendre un escalier limite-t-elle/ces difficultés limitent-elles] vos activités?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q13
Q32

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à vous pencher et à ramasser un objet sur le plancher?

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q14
Q33

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à tendre les bras dans n'importe quelle direction, par exemple au-dessus de votre tête?

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas

DSQ_C15

Si ((DSQ_Q13 = (1 ou DK ou BLANK)) et (DSQ_Q14 = (1 ou DK ou BLANK))), passez à DSQ_Q16.

Sinon, passez à DSQ_Q15.

DSQ_Q15
Q34

À quelle fréquence [cette difficulté à vous pencher et à ramasser un objet limite-t-elle/cette difficulté à tendre les bras limite-t-elle/ces difficultés limitent-elles] vos activités?

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q16
Q35

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté à vous servir de vos doigts pour saisir de petits objets comme un crayon ou des ciseaux?

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté (Passez à DSQ_R18)
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous en êtes incapable
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_R18)

Nul passez à DSQ_R18

DSQ_Q17
Q36

À quelle fréquence cette difficulté à vous servir de vos doigts limite-t-elle vos activités?

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ_R18

Les questions suivantes portent sur la douleur due à une condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus.

DSQ_Q18
Q37

Avez-vous de la douleur qui est toujours présente?

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q19
Q38

Avez-vous [aussi] des périodes de douleur qui reviennent de temps à autre?

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_C20

Si ((DSQ_Q18 = 1) ou (DSQ_Q19 = 1)), passez à DSQ_Q20.
Sinon, passez à DSQ_R22.

DSQ_Q20
Q39

À quelle fréquence cette douleur limite-t-elle vos activités?

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ_R22)
- 2 Rarement (Passez à DSQ_R22)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_R22)

Nul passez à DSQ_R22

DSQ_Q21
Q40

Lorsque vous ressentez cette douleur, dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités?

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ_R22

Veillez déclarer uniquement les difficultés ou conditions à long terme qui durent depuis six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus.

DSQ_Q22
Q41

Avez-vous une quelconque difficulté à apprendre, à retenir de l'information ou à vous concentrer?

Diriez-vous :

- 1 Non (Passez à DSQ_R33)
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 9 Ne sais pas

Nul passez à DSQ_R33

DSQ_Q23
Q42

Croyez-vous avoir une condition qui rend l'apprentissage difficile pour vous en général? Ceci pourrait inclure les troubles d'apprentissage tels que la dyslexie, l'hyperactivité, les problèmes d'attention, etc.

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q24
Q43

Un enseignant, un médecin ou un autre professionnel de la santé a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble d'apprentissage?

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_C25

Si ((DSQ_Q23 = 1) ou (DSQ_Q24 = 1)), passez à DSQ_Q25.
Sinon, passez à DSQ_Q27.

DSQ_Q25
Q44

À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ_Q27)
- 2 Rarement (Passez à DSQ_Q27)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_Q27)

Nul passez à DSQ_Q27

DSQ_Q26
Q45

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités à cause de cette condition?

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q27
Q46

Un médecin, un psychologue ou un autre professionnel de la santé a-t-il déjà dit que vous aviez un problème ou un trouble du développement? Celui-ci pourrait inclure la trisomie, l'autisme, le syndrome d'Asperger, un trouble mental dû à un manque d'oxygène à la naissance, etc.

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DSQ_Q30)
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_Q30)

Nul passez à DSQ_Q30

DSQ_Q28
Q47

À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ_Q30)
- 2 Rarement (Passez à DSQ_Q30)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_Q30)

Nul passez à DSQ_Q30

DSQ_Q29
Q48

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités à cause de cette condition?

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q30
Q49

Avez-vous des troubles de mémoire continus ou des périodes de confusion?

Exclure les oublis occasionnels tels que ne plus vous souvenir où vous avez mis vos clés.

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DSQ_R33)
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_R33)

Nul passez à DSQ_R33

DSQ_Q31
Q50

À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par ce problème?

Si le problème est contrôlé grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Jamais (Passez à DSQ_R33)
- 2 Rarement (Passez à DSQ_R33)
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_R33)

Nul passez à DSQ_R33

DSQ_Q32
Q51

Dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités à cause de ce problème?

Si le problème est contrôlé grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- 1 Aucune difficulté
- 2 Un peu de difficulté
- 3 Beaucoup de difficulté
- 4 Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités
- 9 Ne sais pas

DSQ_R33

Rappelez-vous que vos réponses demeureront strictement confidentielles.

DSQ_Q33
Q52

Avez-vous une quelconque condition d'ordre émotionnel, psychologique ou de santé mentale?

Par exemple, anxiété, dépression, trouble bipolaire, trouble lié à l'usage de substances, anorexie, etc.

Diriez-vous :

- | | | |
|---|-------------|--------------------|
| 1 | Non | (Passez à DSQ_Q36) |
| 2 | Parfois | |
| 3 | Souvent | |
| 4 | Toujours | |
| 9 | Ne sais pas | (Passez à DSQ_Q36) |

Nul passez à DSQ_Q36

DSQ_Q34
Q53

À quelle fréquence vos activités sont-elles limitées par cette condition?

Si la condition est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- | | | |
|---|-------------|--------------------|
| 1 | Jamais | (Passez à DSQ_Q36) |
| 2 | Rarement | (Passez à DSQ_Q36) |
| 3 | Parfois | |
| 4 | Souvent | |
| 5 | Toujours | |
| 9 | Ne sais pas | (Passez à DSQ_Q36) |

Nul passez à DSQ_Q36

DSQ_Q35
Q54

Lorsque cette condition se manifeste, dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités?

Si la condition est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- | | |
|---|--|
| 1 | Aucune difficulté |
| 2 | Un peu de difficulté |
| 3 | Beaucoup de difficulté |
| 4 | Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités |
| 9 | Ne sais pas |

DSQ_Q36
Q55

Avez-vous tout autre problème de santé ou condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus?

Exclure tout problème de santé déjà mentionné.

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à DSQ_C38)
- 9 Ne sais pas (Passez à DSQ_C38)

Nul passez à DSQ_C38

DSQ_Q37
Q56

À quelle fréquence ce problème de santé ou cette condition à long terme limite-t-il vos activités?

Si vous avez plus d'un autre problème de santé ou condition, veuillez répondre en fonction du problème de santé ou de la condition qui limite vos activités le plus.

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours
- 9 Ne sais pas

DSQ_C38

Si ((DSQ_Q09 = (1 ou NUL)) et ((DSQ_Q01 = (2 ou 3 ou 4 ou NSP)) ou (DSQ_Q05 = (2 ou 3 ou 4 ou NSP)) ou (DSQ_Q22 = (2 ou 3 ou 4 ou NSP)) ou (DSQ_Q33 = (2 ou 3 ou 4)) ou (DSQ_Q37 = (3 ou 4 ou 5))))), passez à DSQ_R38.
Sinon, passez à DSQ_END.

DSQ_R38

Les questions suivantes portent sur la douleur due à une condition à long terme qui dure depuis six mois ou qui pourrait durer six mois ou plus.

DSQ_Q38
Q57

Avez-vous de la douleur qui est toujours présente?

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_Q39
Q58

Avez-vous [aussi] des périodes de douleur qui reviennent de temps à autre?

Diriez-vous :

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Ne sais pas

DSQ_C40

Si ((DSQ_Q38 = 1) ou (DSQ_Q39 = 1)), passez à DSQ_Q40.
Sinon, passez à DSQ_END.

DSQ_Q40
Q59

À quelle fréquence cette douleur limite-t-elle vos activités?

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- | | | |
|---|-------------|--------------------|
| 1 | Jamais | (Passez à DSQ_END) |
| 2 | Rarement | (Passez à DSQ_END) |
| 3 | Parfois | |
| 4 | Souvent | |
| 5 | Toujours | |
| 9 | Ne sais pas | (Passez à DSQ_END) |

Nul passez à DSQ_END

DSQ_Q41
Q60

Lorsque vous ressentez cette douleur, dans quelle mesure avez-vous de la difficulté avec vos activités?

Si vous avez les deux types de douleur, c'est-à-dire toujours présente et qui revient de temps à autre, considérez la douleur qui vous dérange le plus. Si votre douleur est contrôlée grâce à des médicaments ou à de la thérapie, veuillez répondre en fonction du moment où vous consommez des médicaments ou avez recours à une thérapie.

Diriez-vous :

- | | |
|---|--|
| 1 | Aucune difficulté |
| 2 | Un peu de difficulté |
| 3 | Beaucoup de difficulté |
| 4 | Vous ne pouvez pas faire la plupart de vos activités |
| 9 | Ne sais pas |

DSQ_END

Besoins de santé non comblés (UCN)

UCN_Q005
Q61

Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin de soins de santé autres que des services de soins de santé à domicile, mais vous ne les avez pas obtenus?

- | | | |
|---|-----|--------------------|
| 1 | Oui | |
| 2 | Non | (Passez à UCN_END) |

Nul passez à UCN_END

UCN_Q010
Q62

Si l'on pense à la situation la plus récente où vous avez éprouvé ce sentiment, pourquoi est-ce que vous n'avez pas obtenu ces soins?

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 01 Non disponibles dans la région
- 02 Non disponibles à ce moment-là (par exemple, médecin en vacances, médecin occupé, absent du cabinet ou n'exerce plus dans ce cabinet, heures inopportunes)
- 03 N'a pas de fournisseur habituel de soins de santé
- 04 Temps d'attente trop long
- 05 Rendez-vous annulé
- 06 A considéré que les soins reçus seraient inadéquats
- 07 Coût
- 08 A décidé de ne pas se faire soigner
- 09 Pas nécessaire selon le médecin
- 10 Problèmes de transport
- 11 Autre

UCN_Q015
Q63

Si l'on pense toujours à la situation la plus récente, quel était le genre de soins nécessaires?

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 01 Traitement d'un problème physique diagnostiqué par un professionnel de la santé
- 02 Traitement d'un problème émotif ou mental diagnostiqué par un professionnel de la santé
- 03 Traitement d'une maladie infectieuse aiguë (par exemple, rhume, grippe ou influenza et gastro-entérite)
- 04 Traitement d'un état physique aigu (non infectieux)
- 05 Traitement d'un état mental aigu (par exemple, réaction aiguë au stress)
- 06 Un examen périodique (incluant consultation prénatale)
- 07 Traitement d'une blessure
- 08 Soins dentaires
- 09 Renouvellement d'un médicament ou d'une ordonnance
- 10 Autre

UCN_Q020
Q64

Avez-vous essayé activement d'obtenir les services dont vous aviez besoin?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à UCN_END)

Nul passez à UCN_END

UCN_Q025
Q65

Où avez-vous essayé d'obtenir les services dont vous aviez besoin?

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 1 Bureau du médecin
- 2 Clinique externe d'un hôpital
- 3 Centre de santé communautaire [ou CLSC]
- 4 Clinique sans rendez-vous
- 5 Un service d'urgence ou une salle d'urgence
- 6 Autre

UCN_END

Difficultés financières en raison d'une incapacité (FDD)

FDD_Q05

En 2025, est-ce que vous et votre ménage avez éprouvé des difficultés financières significatives à cause d'une incapacité ou d'un problème de santé à long terme d'un membre de votre ménage?

Diriez-vous :

- 1 Oui, parfois
- 2 Oui, souvent
- 3 Non

FDD_END

Propriétaires et locataires (DWL)

DWL_BEG

DV_DWELTYPE : Type de logement (de l'EPA)

Type de logement:

- 01 = maison individuelle
- 02 = maison jumelée (maison double)
- 03 = maison en rangée
- 04 = duplex
- 05 = immeuble d'appartements de moins de 5 étages
- 06 = immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
- 07 = établissement
- 08 = hôtel; maison de chambres / pension; camp
- 09 = maison mobile
- 10 = autre

DWL_R05

La prochaine série de questions portera sur votre logement.

DWL_C01

Si DV_DWELTYPE = (07 ou 08 ou 09), passez à DWL_Q10.
Sinon, passez à DWL_Q05

DWL_Q05
Q67

Ce logement fait-il partie d'un ensemble de logements en condominium?

- 1 Oui
- 2 Non

DWL_Q10
Q68

Ce logement nécessite-t-il des réparations?

Ne considérez pas les rénovations ou rajouts souhaités.

Diriez-vous :

- 1 Non, seulement un **entretien régulier** (par exemple, peinture, nettoyage du système de chauffage)
- 2 Oui, des **réparations mineures** (par exemple, carreaux de plancher détachés ou manquants, briques descellées, bardeaux arrachés, marches, rampes ou revêtement extérieur défectueux)
- 3 Oui, des **réparations majeures** (par exemple, plomberie ou installation électrique défectueuse, réparations à la charpente des murs, planchers ou plafonds)

DWL_END

Propriétaires (OWN)

OWN_BEG

TN_Q01 : Propriétaire ou locataire (de l'EPA)

OWN_C05A

Si TN_Q01 = 1 (propriétaire), passez à OWN_C05B.
Sinon, passez à OWN_END.

OWN_C05B

Si DV_DWELTYPE = (01 ou 02 ou 03 ou 04 ou 09 ou 10 ou NONRÉPONSE), passez à OWN_Q05.
Sinon, passez à OWN_Q10.

OWN_Q05
Q69

Est-ce que vous, ou un autre membre de votre ménage, exploitez une ferme sur cette propriété?

- 1 Oui
- 2 Non

OWN_Q10
Q70

Est-ce que vous, ou un autre membre de votre ménage, exploitez une entreprise à partir de ce logement ou de cette propriété?

Par propriété, on entend le terrain et les bâtiments associés avec le logement.

- 1 Oui
- 2 Non

OWN_Q15
Q71

Combien y a-t-il de chambres à coucher dans ce logement?

Comptez toutes les pièces conçues pour servir de chambres à coucher, même si elles sont utilisées à d'autres fins. Comptez aussi les chambres à coucher au sous-sol et les pièces qui servent maintenant de chambre à coucher, même si elles n'ont pas été construites à l'origine comme des chambres à coucher.

Ne comptez pas les pièces utilisées uniquement comme locaux d'affaires.

|_|_|

OWN_Q20
Q72

Y a-t-il une hypothèque sur ce logement?

- 1 Oui
- 2 Non

(Passez à OWN_Q65)

Nul passez à OWN_Q65

Passez à OWN_Q25

OWN_Q25
Q73

Les impôts fonciers (taxes municipales) sont-ils inclus dans vos paiements hypothécaires?

- 1 Oui
- 2 Non

Nul passez à OWN_Q65

Passez à OWN_Q30

OWN_Q30
Q74

Avez-vous plus d'un prêt hypothécaire pour votre logement?

- 1 Oui
- 2 Non

(Passez à OWN_C55)

Nul passez à OWN_Q65

Passez à OWN_Q35

OWN_Q35
Q75

À quelle fréquence effectuez-vous vos versements hypothécaires réguliers?

- 01 Hebdomadaire
- 02 Toutes les deux semaines
- 03 Deux fois par mois
- 04 Mensuelle
- 05 Trimestrielle
- 06 Deux fois par année
- 07 Annuelle
- 08 Autre - Précisez

Nul passez à OWN_Q65

Passez à OWN_D45A

OWN_C45

Si OWN_Q25 = 2, passez à OWN_Q50.
Sinon, passez à OWN_Q45.

OWN_Q45
Q76

En incluant vos impôts fonciers, combien déboursez-vous pour chacun de ces versements réguliers de votre prêt hypothécaire?

Exclure les paiements forfaitaires et les versements irréguliers.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Passez à OWN_Q65

OWN_Q50
Q77

Combien déboursez-vous pour chacun de ces versements réguliers de votre prêt hypothécaire?

Exclure les paiements forfaitaires et les versements irréguliers.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Passez à OWN_Q65

OWN_C55

Si OWN_Q25 = 2, passez à OWN_Q60.
Sinon, passez à OWN_Q55.

OWN_Q55
Q78

En incluant vos impôts fonciers, combien payez-vous par mois pour tous ces prêts hypothécaires?

Exclure les paiements forfaitaires et les versements irréguliers.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Passez à OWN_Q65

OWN_Q60
Q79

Combien payez-vous par mois pour tous ces prêts hypothécaires?

Exclure les paiements forfaitaires et les versements irréguliers.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OWN_Q65
Q80

À quel montant s'élève l'impôt foncier annuel (taxes municipales) pour ce logement?

Inclure les taxes scolaires, les frais de service spéciaux et la taxe d'améliorations locales.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OWN_C70A

Si DWL_Q05 = 1, passez à OWN_Q75.
Sinon, passez à OWN_C70B.

OWN_C70B

Si OWN_Q65 = 0 ou OWN_Q65 = NONRÉPONSE, passez à OWN_END.
Sinon, passez à OWN_Q70.

OWN_Q70
Q81

L'eau est-elle comprise dans les paiements déjà mentionnés?

Les paiements déjà mentionnés peuvent comprendre les versements de prêts hypothécaires et les impôts fonciers.

- 1 Oui
- 2 Non

Passez à OWN_END

OWN_Q75
Q82

Quels sont les frais de condominium mensuels pour ce logement?

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

OWN_C80

Si (OWN_Q65 = 0 ou OWN_Q65 = NONRÉPONSE) et (OWN_Q75 = 0 ou OWN_Q75 = NONRÉPONSE), passez à OWN_END.
Sinon, passez à OWN_Q80.

OWN_Q80
Q83

Lesquels des items suivants sont compris dans les paiements déjà mentionnés?

Les paiements déjà mentionnés peuvent comprendre les versements de prêts hypothécaires, les impôts fonciers et les frais de condominium.

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- 1 Électricité
- 2 Combustible de chauffage
- 3 Eau
- 4 Aucun de ces choix

OWN_END

Sécurité alimentaire (FSC)

FSC_R010

Les questions qui suivent pourraient décrire la situation alimentaire de votre ménage au cours des 12 derniers mois. Veuillez indiquer si les énoncés ont souvent, parfois ou jamais été vrais pour vous et les autres membres du ménage au cours des 12 derniers mois.

FSC_Q010A
Q84a

Vous et les autres membres du ménage avez eu peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent

- 1 Souvent vrai
- 2 Parfois vrai
- 3 Jamais vrai

FSC_Q010B
Q84b

Toute la nourriture que vous et les autres membres du ménage aviez achetée a été mangée et il n'y avait pas d'argent pour en racheter

- 1 Souvent vrai
- 2 Parfois vrai
- 3 Jamais vrai

FSC_Q010C
Q84c

Vous et les autres membres du ménage n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés

- 1 Souvent vrai
- 2 Parfois vrai
- 3 Jamais vrai

FSC_C010D

Si nombre d'enfants > 0, passez à FSC_Q010D.
Sinon, passez à FSC_C015A.

FSC_Q010D
Q84d

Vous ou d'autres adultes dans votre ménage comptiez seulement sur quelques types d'aliments peu coûteux pour nourrir les enfants parce que vous manquez d'argent pour acheter de la nourriture

- 1 Souvent vrai
- 2 Parfois vrai
- 3 Jamais vrai

FSC_Q010E
Q84e

Vous ou d'autres adultes dans votre ménage ne pouviez pas servir des repas équilibrés aux enfants, parce que vous n'en aviez pas les moyens

- 1 Souvent vrai
- 2 Parfois vrai
- 3 Jamais vrai

FSC_C015A

Si ((FSC_Q010A ou FSC_Q010B ou FSC_Q010C ou FSC_Q010D ou FSC_Q010E <= 2) et nombre d'enfants > 0), passez à FSC_Q015.
Sinon, passez à FSC_C015B.

FSC_C015B

Si (FSC_Q010A ou FSC_Q010B ou FSC_Q010C ou FSC_Q010D ou FSC_Q010E <= 2, passez à FSC_C020.
Sinon, passez à FSC_END.

FSC_Q015
Q85

Les enfants ne mangeaient pas assez parce que vous ou d'autres adultes dans votre ménage n'aviez pas les moyens d'avoir assez de nourriture.

Diriez-vous :

- 1 Souvent vrai
- 2 Parfois vrai
- 3 Jamais vrai

FSC_C020

Si taille du ménage = 1 ou nombre d'adultes = 1, passez à FSC_Q020A.
Sinon, passez à FSC_R020.

FSC_R020

Les questions qui suivent concernent la situation alimentaire au cours des 12 derniers mois pour vous ou d'autres adultes dans votre ménage.

FSC_Q020A
Q86

Au cours des 12 derniers mois, soit depuis [mois courant] dernier, avez-vous ou d'autres adultes dans votre ménage déjà réduit votre portion ou sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à FSC_Q025A)

FSC_Q020B
Q86

À quelle fréquence est-ce arrivé?

Est-ce que c'était :

- 1 Presque tous les mois
- 2 Certains mois mais pas tous les mois
- 3 1 ou 2 mois seulement

FSC_Q025A
Q87

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (vous-même) déjà mangé moins que vous auriez dû, selon vous, parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour acheter de la nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non

FSC_Q025B
Q88

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (vous-même) déjà eu faim sans pouvoir manger parce que vous n'aviez pas les moyens d'avoir assez de nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non

FSC_Q025C
Q89

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (vous-même) déjà perdu du poids parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour la nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non

FSC_C030

Si (FSC_Q015 = 1 ou FSC_Q015 = 2) ou (FSC_Q020A ou (FSC_Q025A ou FSC_Q025B ou FSC_Q025C = 1)), passez à FSC_Q030.
Sinon, passez à FSC_END.

FSC_Q030
Q90

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé, à vous ou d'autres adultes dans votre ménage, de passer une journée entière sans manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à FSC_C040)

FSC_Q035
Q90

À quelle fréquence est-ce arrivé?

Est-ce que c'était :

- 1 Presque tous les mois
- 2 Certains mois mais pas tous les mois
- 3 1 ou 2 mois seulement

FSC_C040

Si nombre d'enfants n'est pas égal à 0, passez à FSC_R040A.
Sinon, passez à FSC_END.

FSC_R040A

Maintenant, quelques questions concernant la situation alimentaire pour les enfants de votre ménage.

FSC_Q040A
Q91

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ou d'autres adultes dans votre ménage déjà réduit la portion de l'un ou plusieurs des enfants parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non

FSC_Q040B
Q92

Au cours des 12 derniers mois, l'un ou plusieurs des enfants ont-ils déjà sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à FSC_Q040D)

FSC_Q040C
Q92

À quelle fréquence est-ce arrivé?

Est-ce que c'était :

- 1 Presque tous les mois
- 2 Certains mois mais pas tous les mois
- 3 1 ou 2 mois seulement

FSC_Q040D
Q93

Au cours des 12 derniers mois, l'un ou plusieurs des enfants ont-ils déjà eu faim mais vous n'aviez pas les moyens d'avoir plus de nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non

FSC_Q040E
Q94

Au cours des 12 derniers mois, l'un ou plusieurs des enfants ont-ils déjà passé une journée entière sans manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

- 1 Oui
- 2 Non

Programmes d'alimentation scolaire (SFP)

SFP_R05

Les questions suivantes portent sur les programmes d'alimentation scolaire. Ces programmes offrent des collations ou des repas réguliers aux enfants en milieu scolaire, généralement gratuitement, à un coût réduit ou selon la capacité de payer. « Programme d'alimentation scolaire » sera utilisé pour décrire ces types de repas et de collations dans cette section de l'enquête. Sont exclus les aliments achetés à plein prix dans une cantine, une cafétéria ou auprès d'un traiteur, ou commandés dans un restaurant, ainsi que les dîners occasionnels comme les « journées pizza ».

SFP_Q05
Q95

Cet enfant a-t-il accès à un programme d'alimentation scolaire, c'est-à-dire un programme offrant des collations ou des repas réguliers en milieu scolaire, généralement gratuitement, à un coût réduit ou selon la capacité de payer?

Nom de l'enfant

- 1 Oui
- 2 Non (Passez à SFP_END)
- 3 Ne s'applique pas parce que cet enfant ne va pas à l'école ou reçoit un enseignement à domicile (Passez à SFP_END)

SFP_Q10
Q96

À quelle fréquence cet enfant mange-t-il habituellement des repas ou des collations provenant d'un programme d'alimentation scolaire?

Si cet enfant mange plus d'un type de repas ou de collation provenant d'un programme d'alimentation scolaire, veuillez répondre en fonction de ce qu'il mange le plus souvent.

Diriez-vous :

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par semaine
- 3 Une fois par semaine
- 4 Quelques jours par semaine
- 5 Tous les jours de classe

SFP_C15

Si SFP_Q10 = 1, passez à SFP_Q35.
Sinon, passez à SFP_Q15.

SFP_Q15
Q97

Quel type de repas ou de collation cet enfant mange-t-il habituellement dans le cadre du programme d'alimentation scolaire?

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

Diriez-vous :

- 1 Déjeuner
- 2 Dîner
- 3 Collation
- 4 Autre - Précisez

SFP_Q20
Q98

Comment le coût de ce programme d'alimentation scolaire est-il déterminé?

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

Diriez-vous :

- 1 Il est gratuit pour tous les enfants
- 2 Les repas ou les collations ont un coût prédéterminé qui est le même pour tous les enfants
- 3 Le coût est déterminé en fonction du revenu familial
- 4 Le coût est fondé sur un modèle « payez ce que vous pouvez »
- 5 Autre - Précisez

SFP_Q25
Q99

Quels sont les avantages de la participation de cet enfant au programme d'alimentation scolaire?

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

Diriez-vous :

- 1 Le programme permet de faire des économies sur la nourriture et l'épicerie
 - 2 Le programme permet de consacrer moins de temps et d'énergie à la préparation des aliments
 - 3 L'enfant a moins faim à l'école
 - 4 L'enfant mange des aliments sains
 - 5 L'enfant est plus motivé à aller à l'école
 - 6 L'enfant peut mieux se concentrer en classe
 - 7 L'enfant se sent inclus avec les autres enfants
 - 8 L'enfant apprend sur l'alimentation saine, la provenance des aliments ou la réduction des déchets
 - 9 Autre – Précisez
- OU
- 10 Il n'y a aucun avantage

SFP_C30

Si SFP_Q15_1 = 1 et SFP_Q15_2 = 2 et SFP_Q15_3 = 3, passez à SFP_Q35.
Sinon, passez à SFP_Q30.

SFP_Q30
Q100

D'autres types de collations ou de repas réguliers sont-ils offerts gratuitement ou à prix réduit à cet enfant dans le cadre d'un programme d'alimentation scolaire auquel il ne participe pas?

Exclure les repas occasionnels comme les dîners pizza.

- 1 Oui
- 2 Non

SFP_Q35
Q101

Pourquoi cet enfant ne participe-t-il pas [pleinement/tous les jours] au programme d'alimentation scolaire offert?

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

Diriez-vous :

- 1 Le coût du programme est trop élevé
- 2 L'enfant n'aime pas trop la nourriture
- 3 Le programme ne répond pas aux besoins alimentaires de l'enfant (par exemple, nutritionnels, médicaux ou culturels)
- 4 Pour éviter que l'enfant soit traité différemment
- 5 Les repas ou les collations du programme d'alimentation scolaire devraient être réservés aux familles qui en ont le plus besoin
- 6 L'enfant n'en a pas besoin, ou n'en a pas besoin tous les jours
- 7 Le programme n'est pas offert tous les jours
- 8 Autre - Précisez

SFP_END

POUR INFORMATION SEULEMENT