

Ne pas compléter

Sondage sur les résultats des participantes du PCNP (2025)

INTRODUCTION

Le programme auquel vous participez est soutenu par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par l'entremise du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Le Canada compte environ 240 organismes communautaires qui offrent des programmes du PCNP aux femmes enceintes, aux parents ainsi qu'aux familles. Les programmes du PCNP portent des noms différents dans chaque communauté locale du pays.

OBJECTIF DU SONDAGE

Ce sondage porte sur ce que les participants du PCNP retirent du programme. Les réponses seront regroupées et utilisées dans des rapports afin de mieux comprendre comment le programme peut être amélioré.

CONFIDENTIALITÉ

Ce sondage ne demande aucune information permettant de vous identifier directement (comme votre nom ou adresse). Les réponses au sondage seront conservées dans une base de données électronique qui sera remise à l'Agence de la santé publique du Canada, pour qu'elle puisse être entreposée en toute sécurité.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements que vous fournissez à l'ASPC seront utilisés au titre de :

- l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé*;
- l'article 3 de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*;
- et traités conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Vous avez le droit de faire part de vos préoccupations au Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, si vous estimez que vos renseignements personnels ont été traités de manière inappropriée. Pour plus d'informations sur ces droits, veuillez envoyer un courriel à l'adresse

DEA.renseignements.publiques@phac-aspc.gc.ca

PARTICIPATION

- Vous pouvez remplir ce sondage si vous êtes enceinte ou si vous êtes parent d'un enfant en bas âge et que vous participez actuellement au programme du PCNP.
- Il vous faudra environ 15 minutes pour le remplir.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- Vous êtes libre de participer ou non et vous pouvez passer les questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre.
- Votre décision de participer ou non n'aura aucune incidence sur les services que vous recevez dans le cadre du programme.
- Vous pouvez répondre au sondage par vous-même ou demander de l'aide au personnel du programme.

Ne pas compléter

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA PARTICIPANTE DU PCNP

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : Acceptez-vous de répondre au présent sondage ? Une réponse à cette question est requise.

- ☐ Oui, j'accepte
- ☐ Non, je refuse (Fin de sondage)

1. Êtes-vous enceinte ou mère d'un nourrisson et participez à un projet du PCNP ? Une réponse à cette question est requise.

- ☐ Oui
- ☐ Non (Fin de sondage)

SECTION A : PARTICIPATION AU PROGRAMME

A1. À quelle étape de votre grossesse avez-vous commencé à participer à ce programme du PCNP ?

- ☐ Premier trimestre (semaine 1 – semaine 12)
- ☐ Deuxième trimestre (semaine 13 – semaine 28)
- ☐ Troisième trimestre (semaine 29 – semaine 40)
- ☐ Postnatal (après la naissance de mon bébé)

A2. En règle générale, à quelle fréquence participez-vous à ce programme du PCNP ? (Cochez une seule option)

- ☐ Il s'agit de ma première visite
- ☐ Plus d'une fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ De deux à trois fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Moins d'une fois par mois

A3. À quels types d'activités (virtuelles et/ou en personne) avez-vous participé dans le cadre de ce programme du PCNP ?

- ☐ Programmes ou cours en groupe (cours prénataux ou postnataux, programmes libres, cuisines communautaires ou séances d'information)
- ☐ Programme de visites à domicile (services offerts à la maison)
- ☐ Consultation individuelle
- ☐ Soutien individuel
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Ne pas compléter

SECTION B : CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES

Les questions qui suivent portent sur les connaissances et les compétences que vous avez acquises à la suite de votre participation à ce programme du PCNP.

B1. Indiquez à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants.

Si vous n'avez pas participé à ces types d'activités, veuillez sélectionner « Ne s'applique pas ».

[illegible]

Ne pas compléter

r.	J'utilise d'autres programmes et services que je n'utilisais pas auparavant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
s.	J'en sais davantage sur la violence familiale	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION C : RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE GROSSESSE

- C1. Depuis que vous avez appris que vous êtes enceinte, avez-vous fumé des cigarettes ?**
- ☐ Oui
☐ Non (Passer à la question C3)
- C2. Est-ce que les renseignements ou le soutien que vous avez reçus dans le cadre du PCNP (incluant les orientations vers d'autres services) vous ont aidé à diminuer votre consommation de tabac ou à cesser de fumer ?**
- ☐ Oui, j'ai arrêté de fumer
☐ Oui, j'ai réduit ma consommation de tabac
☐ Non, l'information ou le soutien que j'ai reçu du PCNP ne m'a pas aidé à cesser de fumer ou à réduire ma consommation de tabac
- C3. Depuis que vous avez appris que vous êtes enceinte, avez-vous consommé de l'alcool ?**
- ☐ Oui
☐ Non (Passer à la section D)
- C4. Est-ce que les renseignements ou le soutien que vous avez reçus dans le cadre du PCNP (incluant les orientations vers d'autres services) vous ont aidé à diminuer votre consommation d'alcool ou à cesser de consommer de l'alcool ?**
- ☐ Oui, j'ai arrêté de boire de l'alcool
☐ Oui, j'ai réduit ma consommation d'alcool
☐ Non, l'information ou le soutien que j'ai reçu du PCNP ne m'a pas aidé à cesser de boire de l'alcool ou à en réduire la consommation

SECTION D : RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE BÉBÉ

- D1. Avez-vous donné naissance à votre bébé pendant que vous participiez à ce programme du PCNP ?**
- ☐ Oui
☐ Non (Passer à la section E)

D2. Date de naissance du bébé ?

		2	0		
Mois		Année			

Ne pas compléter

D3. Votre bébé est-il né en avance ou prématurément (moins de 37 semaines de grossesse) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

D4. Quel était le poids de votre (vos) bébé(s) ?

(Si vous avez eu des jumeaux ou des triplés, veuillez répondre pour chaque bébé).

	Livres	Onces	OU	Grammes
Exemple : Bébé X	7	6		3345
Bébé 1				
Bébé 2				
Bébé 3				

D5. Avez-vous allaité votre bébé, même pendant une courte période ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (Passer à la question D8)

D6. Allaitiez-vous encore ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (Passer à la question D8)

D7. Pendant combien de temps avez-vous allaité votre bébé ?

- ☐ Moins d'un mois
- ☐ Plus d'un mois, mais moins de trois mois
- ☐ Plus de 3 mois, mais moins de 6 mois
- ☐ 6 mois ou plus

D8. Avez-vous reçu de l'aide ou des conseils du personnel du PCNP au sujet de l'allaitement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Ne pas compléter

SECTION E : VOTRE EXPÉRIENCE DANS LE CADRE DU PROGRAMME

E1. Selon votre expérience dans le cadre du programme, dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ? Ces énoncés s'appliquent à votre expérience générale.

[illegible]

Ne pas compléter

SECTION F : INFORMATION SUR LA PARTICIPANTE

F1. Dans quelle province ou quel territoire habitez-vous ?

- ☐ Alberta
- ☐ Colombie-Britannique
- ☐ Manitoba
- ☐ Nouveau-Brunswick
- ☐ Terre-Neuve-et-Labrador
- ☐ Territoires du Nord-Ouest
- ☐ Nouvelle-Écosse
- ☐ Nunavut
- ☐ Ontario
- ☐ Île-du-Prince-Édouard
- ☐ Québec
- ☐ Saskatchewan
- ☐ Yukon

F3. Quel est votre genre ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Autre genre
- ☐ Préfère ne pas répondre

F4. Quel âge avez-vous ?

- ☐ 19 ans ou moins
- ☐ 20-29 ans
- ☐ 30-39 ans
- ☐ 40-49 ans
- ☐ 50 ans ou plus

F5. Quel est votre PLUS HAUT niveau de scolarité ?

- ☐ Sans diplôme d'études secondaires
- ☐ Diplômé de l'école secondaire
- ☐ Certificat ou diplôme d'études post-secondaires
- ☐ Diplôme universitaire ou diplôme d'études collégiales
- ☐ Préfère ne pas répondre

F6. Êtes-vous en situation monoparentale (par exemple, seul/e à vous occuper de l'enfant) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Ne pas compléter

**F7. Vous identifiez-vous comme un membre des Premières Nations, Inuk, Inuit et/ou Métis ?
(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)**

- ☐ Oui, Premières Nations
- ☐ Oui, Inuk/Inuit
- ☐ Oui, Métis
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

F8. Êtes-vous né(e) au Canada ?

- ☐ Oui (Passer à la question F10)
- ☐ Non

F9. Depuis combien de temps habitez-vous au Canada ?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ De 1 à 5 ans
- ☐ De 6 à 10 ans
- ☐ 11 ans ou plus

F10. Quelle(s) langue(s) parlez-vous et comprenez-vous ? (Cochez tout ce qui s'applique)

- ☐ Anglais
- ☐ Français
- ☐ Langue(s) autochtone(s) (veuillez préciser) : _____
- ☐ Autre(s) langue(s) (veuillez préciser) : _____

**F11. Quelle race/origine raciale/ethnique vous décrit le mieux ?
(Cochez tout ce qui s'applique. Ne répondez pas si vous avez répondu « oui » à la question E7).**

- ☐ Noire (par exemple, origine africaine, afro-canadienne, afro-caribéenne, caribéenne)
- ☐ Asie de l'Est (par exemple, origine chinoise, japonaise, coréenne, taïwanaise)
- ☐ Latino-américain (par exemple, d'origine hispanique ou latino-américaine)
- ☐ Moyen-Orient/Asie de l'Ouest (par exemple, d'origine arabe, persane, afghane, égyptienne, iranienne, kurde, libanaise, turque)
- ☐ Asie du Sud (par exemple, originaire du Bangladesh, d'origine indienne, indo-caribéenne, pakistanaise, sri-lankaise)
- ☐ Asie du Sud-Est (par exemple, d'origine cambodgienne, philippine, indonésienne, thaïlandaise, vietnamienne ou une autre origine asiatique du sud-est)
- ☐ Blanc (par exemple, d'origine européenne)
- ☐ Autre catégorie de race – veuillez préciser :
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

Ne pas compléter

F12. En vous comptant, combien de personnes habitent chez vous ?

--	--

Nombre de personnes 18 ans ou plus

--	--

Nombre de personnes 17 ans ou moins

F13. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré des difficultés dans l'un des domaines suivants ? (Cochez toutes les options qui s'appliquent)

Veillez communiquer avec le personnel de votre programme local du PCNP si vous avez besoin d'information ou de soutien dans l'un ou l'autre de ces domaines.

- ☐ Stress
- ☐ Sentiment d'isolement
- ☐ Avoir assez de nourriture pour toute la famille
- ☐ Logement
- ☐ Violence familiale
- ☐ Consommation de drogue et d'alcool dans la famille
- ☐ Santé mentale
- ☐ Santé physique
- ☐ Accès aux services de professionnels de la santé ou aux soins prénataux
- ☐ Rôle parental à l'égard d'un enfant présentant des difficultés de développement ou physiques ou des besoins spéciaux (par exemple, troubles de l'audition, de la vue, de la parole, de l'apprentissage, du déplacement ou du comportement)
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Ne pas compléter

F14. Quelle est votre meilleure estimation du revenu total de votre ménage en 2023 ?

(Le revenu total du ménage s'entend du revenu de tous les membres du ménage, provenant de toutes les sources, y compris l'aide sociale, avant impôts et déductions.)

- ☐ Moins de 10 000 \$
- ☐ De 10 000 \$ à moins de 20 000 \$
- ☐ De 20 000 \$ à 30 400 \$
- ☐ De 30 401 \$ à 43 000 \$
- ☐ De 43 001 \$ à 52 700 \$
- ☐ De 52 701 \$ à 60 800 \$
- ☐ De 60 801 \$ à 68 000 \$
- ☐ De 68 001 \$ à 74 500 \$
- ☐ De 74 501 \$ à 80 400 \$
- ☐ De 80 401 \$ à 86 000 \$
- ☐ De 86 001 \$ à 91 200 \$
- ☐ De 91 201 \$ à 96 100 \$
- ☐ 96 101 \$ ou plus
- ☐ Ne sais pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

Dans l'ensemble, y a-t-il autre chose dont vous aimeriez faire part concernant la façon dont ce programme a fait une différence pour vous, votre (vos) bébé(s) ou votre famille ?

Ce sondage est conçu pour être anonyme, alors veuillez ne pas fournir d'informations qui pourraient vous identifier ou identifier d'autres personnes.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre au sondage!