



Sondage sur le mieux-être et le milieu d'apprentissage des élèves du Nouveau-Brunswick Questionnaire parent/tutrice/tuteur: M-5

PAGE D'ACCEUIL

Sondage sur le mieux-être et le milieu d'apprentissage des élèves du Nouveau-Brunswick 2024-2025

Chère/cher parent/tutrice/tuteur,

Le Conseil de la Santé du Nouveau-Brunswick (CSNB), en partenariat avec le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance ainsi que le ministère de la Santé, vous invite à répondre à un court sondage de 5 minutes. En tant que parents, tuteurs ou tutrices, vous êtes bien placés pour nous décrire les habitudes de votre enfant et de votre famille. Votre participation permettra au CSNB de mieux informer ses partenaires, dont l'école de votre enfant, à propos de la santé des élèves du Nouveau-Brunswick.

Vous avez le choix de participer ou non et vous pouvez arrêter de participer à tout moment.

Vos réponses sont anonymes et confidentielles, ce qui veut dire que personne ne pourra savoir ce que vous répondez.

Si vous ne voulez pas répondre à une question, vous pouvez passer à la prochaine.

Il n'est pas possible de répondre à une partie du sondage et d'y revenir plus tard.

Merci!

Débuter le sondage

Pavillon J.-Raymond-Frenette
50 rue de la Francophonie Street, bureau/suite 2200
Moncton NB E1A 7R1

Telephone / Téléphone 506.869.6870
Fax / Télécopieur 506.869.6282
Toll-free / Sans frais 1.877.225.2521

www.nbhc.ca / www.csnb.ca



À PROPOS DE VOTRE ENFANT

1 Quelle est l'année scolaire de votre enfant?

- M
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

2 Vous avez choisi [ANNÉE SÉLECTIONNÉE]e année, est-ce correct?

- Non
- Oui

[ALLER À 1]
[CONTINUER]

3 Quel âge a votre enfant?

- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12 ou plus

4 Laquelle des options suivantes décrit le mieux votre enfant?

- Un garçon
- Une fille
- D'une autre façon _____
- Je préfère ne pas répondre

5 Les personnes avec différentes identités peuvent vivre des expériences différentes dans leur quotidien. Ceci peut inclure la façon dont elles sont traitées. La question qui suit peut nous aider à comprendre comment ceci peut affecter la santé et l'apprentissage de votre enfant.

Est-ce que votre enfant appartient/s'identifie à l'un des groupes suivants ? Vous pouvez dire oui à plus d'un groupe.

- | | Non | Oui | Je ne sais pas |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Autochtone (Premières Nations, Mi'kmaq, Wolastoqewiyik, Malécite, Passamaquoddy, Inuit, ou de descendance Métis) [SI OUI ALLER À 6] | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Personnes ayant une incapacité ou des besoins spéciaux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| c) Immigrant·e-s, nouveaux·elles arrivant·e-s et réfugié·e-s (personnes non nées au Canada) [SI OUI ALLER À 7] | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Noir·e (par exemple, ascendance africaine, afro-canadienne, afro-caribéenne) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Sud-Asiatique (par exemple, d'ascendance indienne de l'Est, pakistanaise, sri-lankaise) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Philippin·e | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Arabe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) Chinois·e | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) Latino-américain·e (par exemple, ascendance hispanique ou latino-américaine) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) Asiatique du Sud-Est (par exemple, ascendance vietnamienne, cambodgienne, laotienne, ou thaïlandaise) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) Coréen·ne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) Asiatique de l'Est (par exemple, ascendance iranienne, afghane ou turque) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m) Japonais·e | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n) Blanc·he/Caucasien·ne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6 Est-ce que votre enfant vit dans une communauté Autochtone (une réserve)?

- Non
Oui
Je ne suis pas sûr·e
Je préfère ne pas répondre

7 Depuis combien d'années est-ce que votre enfant habite au Canada?

- 1 à 2 ans
3 à 5 ans
Plus de 5 ans

8 Quel est le poids de votre enfant sans ses souliers?

- Répondre en livres
Répondre en kilogrammes
Je ne connais pas son poids

9 Quelle est la taille de votre enfant sans ses souliers?

- Répondre en pieds et en pouces
Répondre en centimètres
Je ne connais pas sa taille



LES MODES DE VIE SAINS

20 Hier, combien de fois pensez-vous que votre enfant a mangé :

	Nombre de fois								Je ne le sais pas
	Aucune	1	2	3	4	5	6	7+	
a) des légumes (<i>par exemple, frais, cuits, surgelés ou en conserve</i>)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) des fruits (<i>par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits ou les autres friandises aux fruits</i>)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21 La semaine dernière, combien de fois est-ce que votre enfant a mangé un repas devant la télé?

Aucune

1

2

3

4

5

6

7+

Je ne le sais pas

22 Habituellement, combien de temps par jour est-ce que votre enfant fait de l'activité physique?

Aucun

Moins de 30 min

30 min

1 heure

1 heure et 30 min

2 heures

3 heures et plus

Je ne le sais pas

23 Quand s'endort normalement votre enfant quand elle ou il a de l'école le demain?

Heure

Minute

Choisi une réponse...

Choisi une réponse...

Est-ce que c'est du matin ou du soir?

du matin

du soir



24 Quand votre enfant se réveille normalement les matins elle ou il a de l'école?

Est-ce que c'est du matin ou du soir?

du matin du soir

25 Hier, combien de fois avez-vous mangé ou bu :

	Nombre de fois							
	Aucune	1	2	3	4	5	6	7+
a) des légumes, y compris des légumes <i>frais, cuits, surgelés, ou en conserve</i> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) des fruits (<i>par exemple, frais, surgelés, en conserve ou séchés; ne comptez pas les jus de fruits</i>) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) des aliments hautement transformés (<i>par exemple, croustilles [« chips »]; chocolat; bonbons; crème glacée et desserts surgelés; aliments-minute [« fast food »], comme les frites et les hamburgers; repas surgelés, comme les plats de pâtes et les pizzas; produits de boulangerie, comme les muffins, les petits pains et les gâteaux; viandes transformées, comme les saucisses et les charcuteries</i>) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) des boissons sucrées (<i>par exemple, boisson gazeuse, jus, eau aromatisée, boisson sportive ou énergisante, thé ou café sucré, chaud ou froid, lait aromatisé [comme le lait au chocolat]</i>) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26 La semaine dernière, combien de fois avez-vous :

	Nombre de fois							
	Aucune	1	2	3	4	5	6	7+
a) mangé à un restaurant à service rapide ou un lieu de restauration rapide avec votre enfant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) mangé un déjeuner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) mangé avec votre enfant au souper?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27 La semaine dernière, combien de jours avez-vous participé à une activité physique intense (activité qui accélère la respiration et la transpiration) comme la course, la bicyclette, un sport, pour au moins 30 minutes?

- Aucun
- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 4 jours
- 5 jours
- 6 jours
- 7 jours



28 Combien de fois êtes-vous active ou actif physiquement avec votre enfant, en jouant à des jeux actifs, en pratiquant des sports, ou en faisant de l'activité physique?

- Jamais
- Rarement (moins d'une fois par semaine)
- Parfois (1-2 fois par semaine)
- Souvent (3-5 fois par semaine)
- Très souvent (chaque jour)
- Je ne sais pas

29 Habituellement (à l'exception des heures de travail), combien de temps dans une journée consacrez-vous aux activités suivantes :

	Aucun	Moins de 30 min	30 min	1 heure	1 heure et 30 min	2 heures	3 heures et plus	Je ne sais pas
a) Être devant un écran (<i>par exemple, la télé/les films, jeux vidéo, l'ordinateur, messages textes, courriels, naviguer sur Internet, FaceTime, Facebook, YouTube, autres médias sociaux</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Lire (en dehors du travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Faire des activités de loisirs (<i>par exemple, bricoler, chanter, écouter de la musique, jouer du piano, etc.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Participer à des activités physiques (<i>par exemple, courir, la marche, la natation, les sports, les travaux autour de la maison, etc.</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30 Est-ce que vous, ou quelqu'un qui habite avec vous, fumez?

- Non
- Oui

31 Permettez-vous aux gens de fumer la cigarette chez vous, à l'intérieur?

- Non
- Oui

32 Permettez-vous aux gens de fumer la cigarette à l'intérieur de votre voiture familiale?

- Non
- Oui



PAGE DE CLÔTURE

Merci beaucoup de votre temps!

En remplissant ce sondage, vous nous avez aidés à mieux comprendre l'expérience et les besoins des élèves et des familles du Nouveau-Brunswick.

Demandez à la direction de votre école pour connaître les résultats au printemps prochain!

Appuyez « Soumettre » pour mettre fin au sondage.

Soumettre