

## **CaG COVID-19 QUESTIONNAIRE SUIVI**

### **Version 2021-02-01 Français**

*Alors que la pandémie actuelle de COVID-19 continue d'affecter nos vies, nous sollicitons votre aide pour mieux comprendre et suivre la maladie.*

*Ce questionnaire est conçu pour évaluer l'impact que la COVID-19 peut avoir eu sur votre santé physique et mentale. Si vous avez déjà répondu au questionnaire de CARTaGENE sur la COVID-19 en juin 2020, certaines de vos précédentes réponses seront déjà renseignées et vous n'aurez à les modifier qu'en cas de changement. Nous souhaitons collecter des informations sur les facteurs de risque connus de la COVID-19 et savoir comment la pandémie a affecté d'autres aspects de votre vie, tels que votre réseau de soutien social et votre emploi.*

***Même si vous n'avez pas ressenti de symptômes de COVID-19, veuillez prendre le temps de remplir le questionnaire - vos réponses sont toujours utiles à la recherche en santé.***

*Le questionnaire s'enregistre automatiquement lorsque vous passez à la section suivante. Vous pouvez donc remplir une partie du questionnaire et revenir plus tard pour le compléter. Veuillez suivre attentivement les instructions.*

*Merci de remplir et soumettre ce questionnaire le plus tôt possible ou dans un délai maximal de 7 jours.*

**Note aux chercheurs : les participants qui fournissent plusieurs échantillons de sang seront invités à répondre aux questions surlignées en jaune lors du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> échantillon de sang.**

#### **1. DIAGNOSTIC DE COVID-19**

**DG03. À ce jour, avez-vous été testé(e) pour la COVID-19 (y compris un prélèvement nasal et/ou un test sanguin)?**

- 1 Oui**
- 2 Non – parce que je n'ai ressenti aucun symptôme**
- 3 Non – j'ai ressenti un ou plusieurs symptômes (par exemple, de la toux, légère fièvre, des douleurs musculaires, de la fatigue), mais je n'ai pas été testé(e)**
- 4 Non – j'ai ressenti des symptômes, mais je ne remplissais pas les critères de test**
- 8 Je préfère ne pas répondre**

**DG03N [IF DG03=1] Combien de fois avez-vous été testé(e) ? Un maximum de 8 tests peuvent être déclarés. Si vous avez fait plus de 8 tests, veuillez fournir les informations relatives à vos tests les plus récents.**

2  
3

4 ajouter jusqu'à 8 (4 premiers prérempli)

**DG03\_Ter.** [Repeat DG03\_Ter-DG05-DG06bis-DG04 as needed] Quel était le type de test de votre 1<sup>er</sup>/2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup>/4<sup>e</sup>...8<sup>e</sup> test?

- Test viral (prélèvement nasal ou pharyngé)
- Test d'anticorps/sérologie (test sanguin)

**DG05.** [Repeat DG03\_Ter-DG05-DG06bis-DG04 as needed] Quelle était la date de votre 1<sup>er</sup>/2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup>/4<sup>e</sup>...8<sup>e</sup> test pour la COVID-19 ?

*Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible. Alternativement, vous pouvez indiquer le premier jour du mois où vous avez été testé(e) ou laisser la case vide.*

\_\_\_\_\_ (JJ-MM-AAAA)

**DG06bis.** Combien de jours avez-vous attendu pour obtenir le résultat de votre 1<sup>er</sup>/2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup>/4<sup>e</sup>...8<sup>e</sup> test ?

Nombre de jours :

**DG04.** Quel était le résultat de votre 1<sup>er</sup>/2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup>/4<sup>e</sup>...8<sup>e</sup> test pour la COVID-19 ?

- 0 Négatif
- 1 Positif
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas, ou je n'ai pas encore reçu le résultat.

**DG07.** [IF DG03=2,3,4] Pensez-vous être, ou avoir été, un cas non diagnostiqué de la COVID-19 ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**DG02.** [!FDG07=1] Pourquoi pensez-vous avoir, ou avoir eu, la COVID-19 ?

[SÉLECTIONNEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE]

- 1 J'ai fait une auto-évaluation en ligne
- 2 J'ai eu des symptômes qui pourraient être liés à la COVID (par exemple, fièvre, mal de gorge, écoulement nasal, difficulté à respirer, etc.) qui ne peut pas être attribué à une condition déjà existante
- 4 Un professionnel de la santé me l'a dit
- 5 J'ai eu un contact avec quelqu'un qui a été testé positif à la COVID-19
- 6 Autre: \_\_\_\_\_

**DG02\_Bis.** [if yes to Contact with someone who tested positive for COVID-19] Quelle était la date de votre premier contact avec cette personne qui a été testée positive à la COVID-19 ?

*Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible. Alternativement, vous pouvez indiquer le premier jour du mois où vous avez été testé(e) ou laisser la case vide.*

DD/MM/YYYY

**DG02\_Ter.** [if yes to Contact with someone who tested positive for COVID-19] Qui était cette personne avec la COVID-19 ?

Époux(se), conjoint(e), partenaire

Membre de votre famille avec lequel vous vivez

Membre de votre famille qui vit ailleurs

Colocataire

Ami

Collègue de travail

Autre : \_\_\_\_\_

## 2. SYMPTÔMES DE COVID-19

*Nous souhaitons savoir si vous avez ressenti des symptômes similaires à ceux de la grippe ou autres, qui peuvent être liés à COVID-19. Pour les prochaines questions, veuillez considérer tous les symptômes qui ne sont pas dus à d'autres problèmes de santé que vous avez généralement, tels que des allergies perannuelles ou saisonnières, des conditions médicales existantes, etc.*

**SY01. Avez-vous fait de la fièvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 (>38 °C) ?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**SY02. [IF SY01=1] Combien de temps a-t-elle duré ?**

*Indiquez la durée de la fièvre en jours. Si vous avez fait de la fièvre plus d'une fois, répondez à cette question pour l'épisode de fièvre qui a duré le plus longtemps.*

*Si vous ne vous souvenez pas de la durée exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Nombre de jours : \_\_\_\_\_

**SY04. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants ?**

*Il est important de signaler ci-dessous tout symptôme que vous auriez pu ressentir de manière inhabituelle ou anormale, c'est-à-dire des symptômes plus graves ou plus soudains que d'habitude. Veuillez ne pas inclure les symptômes reliés à des conditions que vous pourriez*

*habituellement ressentir tels que des allergies perannuelles ou saisonnières, de la migraine habituelle ou des conditions médicales existantes comme l'asthme. Une réponse par ligne est nécessaire.*

	0 Non	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
Toux sèche				
Toux grasse (toux qui produit du mucus)				
Nez qui coule				
Douleurs aux sinus				
Mal d'oreille				
Mal de gorge				
Voix enrouée				
Essoufflement ou difficulté à respirer				
Mal de tête				
Fatigue				
Douleurs musculaires et / ou articulaires générales				
Frisonnements				
Perte de goût				
Perte d'odorat				
Diarrhée				
Perte d'appétit				
Nausée				
Vomissement				
Siffllement				
Douleur dans la poitrine				
Confusion				
Étourdissements				
Douleurs abdominales				
Autre – Veuillez préciser _____				

**SY04\_Bis. [IF YES TO ANY SYMPTOMS] Quand avez-vous ressenti ces symptômes pour la première fois ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Date : (JJ-MM-AAAA)

**SY04\_Ter. [IF YES TO ANY SYMPTOMS]** Quand avez-vous ressenti les symptômes les plus récents ?

*Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Date : (JJ-MM-AAAA)

**SY05. IF YES TO ANY SYMPTOMS]** Est-ce que vous présentez encore des symptômes liées à la COVID-19 ?

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**SY06. [IF SY05=0]** Combien de temps avez-vous été malade ?

*Si vous ne vous souvenez pas de la durée exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Nombre de jours : \_\_\_\_\_

**SY07\_Bis. [IF YES to SY01 or SY04]** Quand les premiers symptômes sont apparus, qu'avez-vous fait ?

J'ai composé le 811

J'ai composé le numéro d'une ligne téléphonique dédiée au coronavirus (1-888-COVID19 ou 1-877-644-4545)

J'ai appelé ou consulté mon médecin de famille

Je suis allé(e) à une clinique de dépistage de la COVID-19

Je suis allé(e) aux urgences de l'hôpital

Je suis allé(e) à la pharmacie

Rien

Autre : Veuillez préciser

Je ne sais pas

**SY07\_Ter. [IF YES to SY01 or SY04]** Avez-vous été en mesure de joindre quelqu'un au téléphone ou de voir quelqu'un ?

Oui, j'ai vu un médecin

Oui, j'ai reçu un test de dépistage

Oui, j'ai pu joindre quelqu'un du premier coup

Oui, j'ai pu joindre quelqu'un après plusieurs appels

Oui, j'ai raccroché parce que le temps d'attente était trop long mais on m'a rappelé

Non, le temps d'attente était trop long et personne ne m'a rappelé  
 Non, le temps d'attente était trop long et je n'ai pas reçu de test de dépistage

**SY08. [IF YES to SY01 or SY04] Pendant que vous présentiez des symptômes liés à la COVID-19, avez-vous été en contact étroit avec l'une des personnes suivantes ?**

*Un contact étroit signifie un contact physique tel que des câlins, des baisers, des embrassades, des poignées de main, etc.*

	Oui	Non	Je ne sais pas
Époux(se), conjoint(e), partenaire			
Membres de votre famille avec lesquels vous vivez			
Membres de votre famille qui vivent ailleurs			
Colocataires			
Amis			
Collègues de travail			

**SY09. [IF SY08=YES] L'une de ces personnes a-t-elle développé des symptômes liés à la COVID-19 ?**

*Sélectionnez tout ce qui s'applique.*

	Oui	Non	Je ne sais pas
Époux(se), conjoint(e), partenaire			
Membres de votre famille avec lesquels vous vivez			
Membres de votre famille qui vivent ailleurs			
Colocataires			
Amis			
Collègues de travail			

**SY10. [IF SY09=YES] Pour les personnes qui ont développé des symptômes liés à la COVID-19, combien de personnes ont été affectées ?**

	Aucune	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 et plus	Je ne sais pas
Époux(se), conjoint(e), partenaire												
Membres de votre famille avec lesquels vous vivez												
Membres de votre												

famille qui vivent ailleurs										
Colocataires										
Amis										
Collègues de travail										

### 3. COVID-19 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX SOINS ET À L'HOSPITALISATION

**CH01. Avez-vous été hospitalisé(e) en raison de la COVID-19 ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**CH01\_Bis. Durant la pandémie de COVID-19, avez-vous été hospitalisé(e) pour une autre raison puis infecté(e) par la COVID-19 durant votre hospitalisation ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**CH02. [IF CH01 OR CH01\_Bis=YES] À quelle date avez-vous été admis(e) à l'hôpital ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible. Alternativement, vous pouvez indiquer le premier jour du mois durant lequel vous avez été hospitalisé ou laisser la case vide.*

Date : \_\_\_\_\_ (JJ-MM-AAAA)

**CH03. [IF CH01 OR CH01\_Bis=YES] Pendant combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la durée exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Nombre de jours :

**CH04. [IF CH01 OR CH01\_Bis=YES] Avez-vous été admis(e) dans une unité de soins intensifs ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**CH05. [IF CH04=YES] Combien de temps êtes-vous resté(e) aux soins intensifs ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la durée exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Nombre de jours :

**CH10. [IF YES to CH01 or CH01\_Bis] Avez-vous continué à présenter des symptômes ou des complications liées à l'hospitalisation après votre congé ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**DG08. Avez-vous reçu un traitement avec une thérapie expérimentale pour la COVID-19 ?**

- 0 Oui
- 1 Non
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**DG09. [IF DG08=YES] Quelle thérapie expérimentale vous avez reçue ?**

*Sélectionnez tout ce qui s'applique.*

- 1 Remdesivir
- 2 Chloroquine / hydroxychloroquine
- 3 Lopinavir-Ritonavir
- 4 Tocilizumab
- 5 Colchicine
- 6 Autre : Veuillez préciser: \_\_\_\_\_
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**DG10. La thérapie a-t-elle été prescrite par un clinicien pour la COVID-19 ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

#### **4. EXPOSITION À LA COVID-19**

**EX01. Avez-vous voyagé en dehors de votre province après le 1er janvier 2020 ?**

*Cela inclut les voyages d'affaire et le tourisme.*

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**EX02. [IF EX01=YES] Où avez-vous voyagé ?**

*Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.*

- 1 À l'extérieur de la province, mais au Canada

Dans quelle province avez-vous voyagé ? Sélectionnez tout ce qui s'applique

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

Quand et combien de fois avez-vous voyagé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020?

(For each place selected)

Lieu	Combien de fois y avez-vous voyagé depuis le 1er Janvier 2020 (e.g., 3)	Quel(s) mois avez-vous voyagé ?
Alberta		
BC		
...		

## 2 International

Dans quel pays avez-vous voyagé? Sélectionnez tout ce qui s'applique

- Allemagne
- Australie
- Caraïbes
- Chine
- États-Unis d'Amérique
- France
- Inde
- Iran
- Italie
- Mexique
- Nouvelle-Zélande
- Royaume-Uni
- Thaïlande

Autre (veuillez séparer par une virgule - par exemple: Brésil, Malaisie, etc.): \_\_\_\_\_

Quand et combien de fois avez-vous voyagé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020?

Lieu	Combiende fois y avez-vous voyagé depuis le 1er Janvier 2020 (e.g. 3)	Quel(s) mois avez-vous voyagé ?
Australia		
China		

...

**EX03. À votre connaissance, avez-vous été dans la même pièce qu'une personne diagnostiquée à la COVID-19 par un médecin ou ayant eu un test positif à la COVID-19 ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**EX04. Combien de fois avez-vous participé à un rassemblement de plus de 10 personnes depuis mars 2020 ? Veuillez indiquer le nombre de rassemblements qui se sont déroulés à l'intérieur et à l'extérieur.**

Nombre de rassemblements à l'intérieur :

Nombre de rassemblements à l'extérieur :

**EX04\_Bis [IF ANSWERED 1+ TO INDOOR]. Était-ce en respectant les recommandations de santé publique (port du masque, distanciation sociale, etc.) (rassemblement intérieur) ?**

- 1 Toujours
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois/rarement
- 4 Jamais

**EX04\_Ter [IF ANSWERED 1+ TO OUTDOOR]. Était-ce en respectant les recommandations de santé publique (port du masque, distanciation sociale, etc.) (rassemblement extérieur) ?**

- 1 Toujours
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois/rarement
- 4 Jamais

**EX06. À votre connaissance, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, avez-vous été dans la même pièce qu'une personne qui a développé des symptômes de COVID-19 ?**

*Les symptômes de COVID-19 comprennent, entre autres, de la fièvre, une fatigue intense, des essoufflements, une toux sèche, des douleurs musculaires ou une augmentation des expectorations.*

- 1 Oui
- 0 Non

9 Je ne sais pas

**EX07. [IF EX06=YES] À quelle date étiez-vous dans la même pièce que cette personne avant l'apparition des symptômes de COVID-19 ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

JJ MM AAAA

**EX07\_Ter [IF EX06=YES] Qui était cette personne avec des symptômes de la COVID-19 ?**

Mon époux(se), conjoint(e), partenaire

Un membre de votre famille avec qui vous vivez

Un membre de votre famille qui vit ailleurs

Un(e) colocataire

Un(e) ami(e)

Un(e) collègue

**EX08. À votre connaissance, avez-vous été dans la même pièce qu'une personne qui a voyagé à l'extérieur du Canada et est revenue après le 1<sup>er</sup> janvier, 2020 ?**

*Si vous avez voyagé à l'étranger depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2020, n'incluez pas les personnes qui ont voyagé avec vous.*

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**EX09. [IF EX08=YES] À quelle date étiez-vous dans la même pièce que cette personne après son retour de voyage ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la date exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

JJ MM AAAA

*Pour les questions suivantes, veuillez utiliser les définitions suivantes :*

**Isolement volontaire** : sans aucun symptôme ou test positif, vous êtes resté à la maison sauf pour faire des courses essentielles ou de l'exercice, et vous avez travaillé depuis la maison lorsque cela était possible.

**Quarantaine** : vous n'avez pas quitté votre maison ou votre cour en raison d'un voyage récent, de symptômes, d'un test COVID-19 positif, ou d'une exposition possible à quelqu'un diagnostiqué avec la COVID-19.

**EX10. Depuis mars 2020, combien de fois avez-vous fait ce qui suit ?**

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Toujours
Port du masque dans les lieux publics en intérieur ou lorsque la distanciation physique n'était pas possible					
Distanciation physique dans les lieux publics					
Évitement des lieux/rassemblements bondés					
Évitement des salutations communes (serrer la main, accolades, etc.)					
Limitation des contacts avec des personnes à haut risque (exemple d'un parent âgé)					
Interaction avec une "famille cohorte" (une autre famille ou un petit groupe d'amis proches qui ne se fréquentent ou n'interagissent qu'entre eux)					
Prendre les transports en commun					
Appliquer les					

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Toujours
directives de santé publique en matière de lavage des mains (se laver les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes, etc.)					
Avoir sur soi du désinfectant pour les mains ou des lingettes désinfectantes en dehors de la maison					
Éviter de quitter la maison pour des raisons non essentielles					
Mise en quarantaine parce que vous avez peut-être été exposé au COVID-19, mais n'avez pas présenté de symptômes					
Mise en quarantaine parce que vous pensiez être infecté par la COVID-19					
Télétravail					
Réserves d'épicerie ou de produits pharmaceutiques					
Port de gants lors					

	Jamais	Rarement	Occasionnel	Souvent	Toujours
de mes sorties					
Autre : veuillez préciser					

**EX12\_Bis. Si vous avez changé vos habitudes de transport, quelle(s) étais(en)t la (les) raison(s) ?**

*Sélectionnez tout ce qui s'applique.*

- Je n'ai pas changé mes habitudes de transport
- J'avais peur d'attraper la COVID-19 dans les transports en commun
- Je n'avais plus besoin de me déplacer à cause du confinement
- J'étais en quarantaine ou en isolement volontaire
- J'avais des symptômes de la COVID-19
- 8 Je préfère ne pas répondre

Autre : veuillez préciser

**EX13. À ce jour, avez-vous été en isolement volontaire depuis le début de la pandémie de COVID-19 ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 8 Je préfère ne pas répondre

**EX14. [IF EX13=YES] Combien de temps avez-vous passé en isolement volontaire ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la durée exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Nombre de jours :

OU

Nombre de semaines :

**EX17. À ce jour, avez-vous été en quarantaine depuis le début de la pandémie de COVID-19 ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 8 Je préfère ne pas répondre

**EX18. [IF EX17=YES] Combien de temps avez-vous passé en quarantaine ?**

*Si vous ne vous souvenez pas de la durée exacte, svp veuillez fournir la meilleure estimation possible ou laisser la case vide.*

Nombre de jours :

OU

Nombre de semaines :

**EX21. Travaillez-vous comme professionnel de la santé ?**

*Cela inclut les médecins, les infirmières et infirmiers, les préposé(e)s aux bénéficiaires, les employé(e)s d'hôpital ou de CHSLD, les premiers répondants, les pharmacien(ne)s en contact direct avec les patients.*

- 1 Oui
- 0 Non
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**EX22. Travaillez-vous comme fournisseur de services essentiels (épiceries, transports en commun, police, sécurité, etc.) en contact régulier avec le public ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**D14. Depuis le 13 mars (date du début du confinement), si vous travaillez toujours, est-ce que des dispositions spéciales ont été prises sur votre lieu de travail ?**

*Sélectionnez tout ce qui s'applique.*

Information sur la distanciation sociale et les précautions d'hygiène (par exemple, affiches sur la façon de se laver les mains efficacement)

Mise en place de mesures de distanciation physique

Installation de barrières physiques (par exemple, cubicules, plexiglas, écrans en plastique, etc.)

Masques fournis

Solution désinfectante ou gel hydroalcoolique fourni

Gants de protection fournis

Désinfection régulière du matériel et de l'espace de travail (par exemple, claviers et surfaces de travail)

**D15. Considérez-vous que ces dispositions et les conditions de santé et de sécurité vous protègent contre le virus d'une manière qui est :**

- Totallement suffisante
- Plutôt suffisante
- Pas vraiment suffisante
- Pas du tout suffisante
- Je ne sais pas

**5. INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES**

*Pour les questions suivantes, veuillez modifier les réponses en cas de changements si vous avez répondu au précédent questionnaire.*

**DE07. Combien d'adultes (âgés de 18 ans et plus) et combien d'enfants (âgés de moins de 18 ans) vivent actuellement dans votre ménage ?**

Nombre d'enfants de moins de 18 ans : \_\_\_\_\_

Nombre d'adultes de 18 à 59 ans : \_\_\_\_\_

Nombre d'adultes de 60 à 69 ans : \_\_\_\_\_

Nombre d'adultes de 70 à 79 ans: \_\_\_\_\_

Nombre d'adultes de 80 ans ou plus : \_\_\_\_\_

**DE08. Dans quel type de logement habitez-vous actuellement ?**

0 Maison (par exemple, maison individuelle, jumelée / semi-détachée, duplex ou maison de ville)

1 Appartement ou condominium

2 Résidence pour personnes âgées (par exemple, maison de retraite, complexe pour seniors, établissement avec services de soutien)

3 Institution (par exemple, CHSLD)

4 Autre (par exemple, maison mobile, hôtel, maison de chambres, ou foyer de groupe)

5 Je ne sais pas

6 Je préfère ne pas répondre

**A8. Combien de chambres individuelles a votre logement ?**

Nombre de pièces :

**A9. Combien de salle de bain a votre logement ?**

Nombre de salles de bain :

**A12. Avez-vous des animaux à la maison ?**

Oui

Non

**A13. [IF A12=YES] Quel genre d'animaux et combien ?**

Combien de chiens :

Combien de chats :

Combien d'oiseaux :

Autre : veuillez préciser :

Combien :

**A5. Dans quelle région vivez-vous présentement ?**

Abitibi-Témiscamingue  
Bas-Saint-Laurent  
Capitale-Nationale  
Chaudière-Appalaches  
Côte-Nord  
Estrie  
Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine  
Laval  
Lanaudière  
Laurentides  
Mauricie et le Centre-du-Québec  
Montérégie  
Montréal  
Nord-du-Québec  
Nunavik  
Outaouais  
Saguenay-Lac-Saint-Jean  
Terres-Cries-de-la-Baie-James  
Je ne vis pas au Québec

**A6. Quel est votre code postal actuel ?**

*Votre code postal sera utilisé pour définir les caractéristiques de l'environnement dans lequel vous vivez actuellement. En ce qui concerne la COVID-19, il aidera à comprendre la propagation géographique de la pandémie ainsi que la distribution des soins de santé et des services de diagnostic.*

*Si vous ne souhaitez pas fournir de code postal à 6 chiffres, vous pouvez fournir les 3 premiers chiffres seulement.*

Code postal :

J'habite à l'extérieur du Canada

**A7. Dans quel pays êtes-vous né(e)?**

Canada  
Autre pays : \_\_\_\_\_  
Je préfère ne pas répondre  
Je ne sais pas

**6. RISK FACTORS**

**MC06. Quel est votre groupe sanguin ?**

1 A  
2 B

3 AB

4 O

9 Je ne sais pas

**E5. Par rapport à la situation précédent la pandémie, avez-vous changé votre niveau d'activité physique au cours de la pandémie de COVID-19 ?**

1 Beaucoup augmenté

2 Un peu augmenté

3 Pas de changement

4 Un peu diminué

5 Beaucoup diminué

**E6. Par rapport à la situation précédent la pandémie, est-ce que la durée de votre sommeil a changé au cours de la pandémie de COVID-19 ?**

1 Beaucoup augmentée

2 Un peu augmentée

3 Pas de changement

4 Un peu diminuée

5 Beaucoup diminuée

**E6\_bis. Par rapport à la situation précédent la pandémie, est-ce que la qualité de votre sommeil a changé au cours de la pandémie de COVID-19 ?**

1 Beaucoup augmentée

2 Un peu augmentée

3 Pas de changement

4 Un peu diminuée

5 Beaucoup diminuée

**E7. Par rapport à la situation précédent la pandémie, est-ce que la qualité de vos repas a changé au cours de la pandémie de COVID-19 ?**

1 Beaucoup augmentée

2 Un peu augmentée

3 Pas de changement

4 Un peu diminuée

5 Beaucoup diminuée

**E7\_bis. Par rapport à la situation précédent la pandémie, est-ce que la quantité de nourriture dans vos repas a changé au cours de la pandémie de COVID-19 ?**

1 Beaucoup augmentée

2 Un peu augmentée

3 Pas de changement

4 Un peu diminuée

## 5 Beaucoup diminuée

*Étant donné que le virus COVID-19 affecte le système respiratoire, les prochaines questions portent sur la cigarette, la cigarette électronique et le cannabis.*

### **RF01. Actuellement, fumez-vous des cigarettes quotidiennement, à l'occasion ou pas du tout ?**

- 1 Quotidiennement (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours)
- 2 À l'occasion (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours)
- 3 Pas du tout (vous n'avez pas fumé du tout au cours des 30 derniers jours)

### **RF04. Actuellement, utilisez-vous la cigarette électronique, aussi appelée e-cigarette ?**

*Les produits de vapotage ont de nombreux noms, tels que : e-cigarettes, vape, stylos de vapotage, vapoteuse, mods, appareil à réservoir et inhalateur électronique de nicotine. Ils peuvent également être connus sous différentes marques.*

- 1 Quotidiennement (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours)
- 2 À l'occasion (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours)
- 3 Pas du tout (vous n'avez pas fumé du tout au cours des 30 derniers jours)
- 4 Je n'ai jamais utilisé la e-cigarette
- 8 Je préfère ne pas répondre

### **RF06. Actuellement, consommez-vous du cannabis ?**

- 1 Quotidiennement (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours)
- 2 À l'occasion (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours)
- 3 Pas du tout (vous n'avez pas fumé du tout au cours des 30 derniers jours)
- 4 Je n'ai jamais utilisé la e-cigarette
- 8 Je préfère ne pas répondre

### **RF08. Quelle méthode avez-vous utilisé le plus souvent pour votre consommation de cannabis ?**

- 1 Fumé
- 2 Vaporisé
- 3 Consommé dans de la nourriture ou des boissons
- 4 Autre : veuillez préciser
- 8 Je préfère ne pas répondre

9 Je ne sais pas

**RF10. Actuellement, à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?**

- 1 Moins d'une fois par mois
- 2 Environ une fois par mois
- 3 2 à 3 fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 2 à 3 fois par semaine
- 6 4 à 5 fois par semaine
- 7 6 à 7 fois par semaine
- 0 Jamais
- 9 Je ne sais pas

**7. CONDITIONS MÉDICALES**

*Si vous avez répondu au précédent questionnaire, cette partie reprendra vos réponses. En cas de nouvelles conditions médicales diagnostiquées depuis le précédent questionnaire, veuillez modifier les réponses correspondantes.*

*La COVID-19 est une nouvelle maladie et les connaissances sur les facteurs de risque sont en constante évolution. Les personnes qui ont des conditions médicales préexistantes ou dont le système immunitaire est affaibli peuvent être plus à risque de maladies graves. Pour cette raison, nous aimerais en savoir plus sur vos conditions médicales préexistantes.*

**MC01. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) d'un cancer ou d'une tumeur maligne ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**MC02. [IF MC01=YES] De quel type de cancer s'agissait-il ?**

Type de cancer	Suivez-vous actuellement un traitement ?	[IF SELECTED] Quel genre de traitement ?
Vessie	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez

Type de cancer	Suivez-vous actuellement un traitement ?	[IF SELECTED] Quel genre de traitement ?
		Je ne sais pas
Sein	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Cervix	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Côlon	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Œsophage	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Rein	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Larynx	1 Oui 0 Non	Chimiothérapie Radiothérapie

Type de cancer	Suivez-vous actuellement un traitement ?	[IF SELECTED] Quel genre de traitement ?
	9 Je ne sais pas	Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Leucémie	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Foie	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Poumon et bronches	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Lymphome (lymphome hodgkinien)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Lymphome (lymphome non hodgkinien)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez

Type de cancer	Suivez-vous actuellement un traitement ?	[IF SELECTED] Quel genre de traitement ?
		Je ne sais pas
Bouche, langue ou gorge	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Myélome multiple	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Ovaire	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Pancréas	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Prostate	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Rectum	1 Oui 0 Non	Chimiothérapie Radiothérapie

Type de cancer	Suivez-vous actuellement un traitement ?	[IF SELECTED] Quel genre de traitement ?
	9 Je ne sais pas	Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Peau (mélanome)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Peau (autre que mélanome)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Intestin grêle	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Estomac	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Testicule	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire

Type de cancer	Suivez-vous actuellement un traitement ?	[IF SELECTED] Quel genre de traitement ?
		Autre précisez Je ne sais pas
Thyroïde	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Utérus	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas
Autre : _____	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Thérapie au laser Thérapie cellulaire Autre précisez Je ne sais pas

**MC03. Un médecin vous a-t-il déjà diagnostiquée(e) avec :**

Maladie	Diagnostic	[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?
Diabète	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, de quel type de diabète s'agissait-il ? Type 1 Type 2	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

<b>Maladie</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?</b>
Maladie cardiaque et circulatoire	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p> <p>Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :</p>	
	Hypertension artérielle (hypertension hors grossesse)	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Insuffisance cardiaque	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Athérosclérose / maladie coronarienne (y compris l'angioplastie ou les endoprothèses)	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Fibrillation auriculaire	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Angine	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Souffle au cœur	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Maladie cardiaque valvulaire (par exemple, sténose aortique, prolapsus valvulaire mitral)	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
Maladie du système respiratoire	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p> <p>Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :</p>	

<b>Maladie</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?</b>
	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Maladie pulmonaire interstitielle	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Bronchite chronique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Fibrose kystique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Emphysème	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Apnée du sommeil	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladie gastro-intestinale	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	Maladie de Crohn	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Colite ulcéreuse	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Syndrome du côlon irritable	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Maladie cœliaque	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Ulcères de l'estomac	1 Oui 0 Non

<b>Maladie</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?</b>
		9 Je ne sais pas
	Reflux gastriques persistants/Reflux gastro-œsophagien (RGO)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladie du foie ou du pancréas	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	Cirrhose du foie	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Hépatite chronique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Foie gras (NAFLD – stéatose hépatique non alcoolique / SHNA – stéatohépatite non alcoolique)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	calculs biliaires	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladie rénale / insuffisance rénale	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	Insuffisance rénale aiguë	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Insuffisance rénale chronique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Calculs rénaux	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

<b>Maladie</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?</b>
Condition en santé mentale	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p> <p>Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :</p>	
	Dépression majeure	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Dépression mineure	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Trouble bipolaire	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Syndrome de stress post-traumatique	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Schizophrénie ou trouble schizoaffectif	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Trouble obsessionnel compulsif	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Trouble anxieux	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Trouble alimentaire	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
	Problème de dépendance (par exemple, alcool, drogues ou dépendance aux jeux)	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p>
Maladie neurologique	<p>1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas</p> <p>Si oui, sélectionnez toutes les</p>	

<b>Maladie</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?</b>
	réponses qui s'appliquent :	
	AVC thrombotique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	AVC hémorragique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Sclérose en plaque	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Migraines	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Arthrite	De quel(s) type(s) d'arthrite s'agit-il ?  Polyarthrite rhumatoïde Arthrose Je ne sais pas Autre, veuillez préciser :  _____	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladie osseuse et articulaire	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	Lupus	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Fibromyalgie	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Ostéoporose	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladie de la peau	1 Oui 0 Non	

<b>Maladie</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?</b>
	9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	Eczéma	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Rosacée	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Psoriasis	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Sclérodermie	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladie du système immunitaire	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	VIH	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Système immunitaire affaibli ou compromis tel qu'une immunodéficience combinée grave	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Thyroïdite d'Hashimoto, syndrome de Sjögren ou spondylarthrite ankylosante	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Autres (Jusqu'à 3 autres conditions peuvent être spécifiées)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

**MC04. Avez-vous déjà reçu une greffe d'organe, de moelle osseuse ou de cellules souches ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**MC05. [IF MC04=YES] Prenez-vous actuellement des médicaments immunosuppresseurs ?**

- 1 Oui, j'en prends tous les jours
- 2 J'en ai pris dans les derniers mois (depuis le début de la pandémie au COVID-19) mais pas tous les jours
- 3 J'en ai pris avant janvier 2020 mais je n'en prends pas actuellement
- 4 Non, je n'en prends pas
- 9 Je ne sais pas

**MC07. Depuis mars 2020, l'accès aux services de santé peut avoir changé. Avez-vous connu l'un des changements suivants liés à vos soins de santé ?**

*Sélectionnez toutes réponses qui s'appliquent.*

- Chirurgie annulée ou reportée
- Procédure médicale (par exemple, diagnostic ou dépistage) annulée ou reportée
- Traitements annulé ou reporté
- Autre rendez-vous lié à la santé annulé ou reporté (par exemple, soins dentaires, soins de vision, etc.)
- Utilisation de rendez-vous virtuels avec un professionnel de la santé
- Retard pour consulter un professionnel de la santé au sujet d'un problème ou d'une préoccupation existante remise à plus tard
- Retard pour consulter un professionnel de la santé au sujet d'un nouveau problème ou d'une nouvelle préoccupation remise à plus tard
- Retard d'une visite ou d'un service de santé de routine (par exemple, procédure, traitement ou test de laboratoire)
- Tests de laboratoire réguliers annulés ou reportés
- Pénurie de médicaments
- Autre : veuillez préciser
- Aucun ou sans objet

**MC08 [if any of the Delayed options are selected] Si vous avez tardé à bénéficier d'un service de santé ou d'un traitement, quelles en étaient les raisons (sélectionnez toutes les réponses applicables) :**

- Je n'étais pas à l'aise de recourir aux services de santé
- Le prestataire de services de santé habituel n'acceptait pas de rendez-vous
- Je voulais m'assurer que le système de santé était accessible à d'autres personnes qui pourraient en avoir besoin

J'ai perdu mes prestations de santé (heures réduites, licencié, etc.)  
Je n'avais pas les moyens d'accéder aux services de santé  
Autre : \_\_\_\_\_

**F1. Avez-vous un médecin de famille/fournisseur de soins primaires ?**

0 Non  
1 Oui  
9 Je ne sais pas

**F2. Participez-vous à d'autres études que celle-ci liées à la COVID-19 ? Sélectionnez tout ce qui s'applique.**

Oui – essai d'un vaccin  
Oui - traitement(s) expérimental(aux) (remdesivir, hydroxychloroquine, etc.)  
Oui - tests sérologiques/anticorps  
Oui – Autre : \_\_\_\_\_  
Non  
Je préfère ne pas répondre

**F3. Avez-vous reçu le vaccin antigrippal pour la saison 2019 / 2020 ?**

Non  
Oui  
Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

**F3\_Bis. Avez-vous reçu le vaccin antigrippal pour la saison 2020 / 2021 ?**

Non  
Oui  
Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

**F4. Avez-vous déjà reçu le vaccin BCG ?**

Non  
Oui  
Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

**OT04. Un vaccin contre la COVID-19 est-il disponible pour vous actuellement ?**

Oui  
Non (skip to OT09)

**OT05 [IF YES to OT04] Avez-vous été vacciné contre la COVID-19 ?**

Répondez « Oui » si vous avez reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19.  
Note : Pour certains types de vaccins, il faut plus d'une dose pour assurer une protection contre la COVID-19.  
Oui

Non (skip to OT09)

**OT05 Bis [IF YES to OT05] Avez-vous reçu ce vaccin dans le cadre d'une étude clinique?**

Oui

Non

**OT06. Quel vaccin avez-vous reçu?**

Vaccin de Pfizer et BioNTech à ARNm

Vaccin de Moderna à ARNm

Vaccin d'AstraZeneca Oxford

Autre :

Je ne sais pas

**OT07. Combien de doses de vaccin contre la COVID-19 avez-vous reçu jusqu'à présent?**

Note : Pour certains types de vaccins, il faut plus d'une dose pour assurer une protection contre la COVID-19. Si vous aviez besoin d'une deuxième dose, vous en auriez été informé au moment de la vaccination.

1 dose

2 doses

3 doses

**OT08. [Repeat as many times as is indicated in OT07.] Quand avez-vous reçu la 1ere, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> dose ? (JMMAAA)**

**OT09 [Ne pas afficher si OT05=Oui] Seriez-vous prêt à vous faire vacciner contre la COVID-19?**

Oui

Non

Je ne sais pas

:

**OT10. Avez-vous reçu une transfusion sanguine au cours des deux derniers mois ?**

0 No

1 Yes

**OT11. Avez-vous reçu une chimiothérapie au cours des 3 derniers mois ?**

0 No

1 Yes

**OT12. Avez-vous reçu un traitement de radiothérapie au cours des 3 derniers mois ?**

0 No

**1 Yes**

## **8. MÉDICAMENTS**

*Si vous avez répondu au précédent questionnaire, cette partie reprendra vos réponses. Le cas échéant, veuillez modifier les réponses si un changement a eu lieu dans votre prise de médicaments.*

**ME01. Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris au cours des 12 derniers mois l'un des médicaments énumérés ci-dessous :**

*Selectionnez tout ce qui s'applique. Si le médicament n'apparaît pas dans une classe, il peut être présent dans une autre classe. Veuillez prendre le temps de parcourir les différentes catégories.*

Type de médicament	Avez-vous pris ces médicaments au cours des 12 derniers mois ?
Médicaments pour baisser la tension artérielle de la classe des inhibiteurs de l'ECA. Cela inclut bénazépril, captopril, énalapril, lisinopril, ramipril, etc.	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Médicaments pour baisser la tension artérielle de la classe des inhibiteurs de récepteurs de l'angiotension II. Cela inclut candésartan, losartan, telmisartan, valsartan, etc.	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Antibiotiques	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Antiviraux (par exemple, lopinavir-ritonavir, remdesivir)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Médicaments contre les allergies	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

Type de médicament	Avez-vous pris ces médicaments au cours des 12 derniers mois ?
	[IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Traitement anti-androgénique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Médicaments contre l'asthme	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Médicaments immunosuppresseurs ou immunomodulateurs (par exemple, corticostéroïdes; antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que adalimumab, azathioprine, ciclosporine, étanercept, infliximab, méthotrexate, rituximab, sulfasalazine, tocilizumab; anticorps anti-cytokine; interférons)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Anticoagulants (par exemple, apixaban, rivaroxaban, dabigatran)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (par exemple, ibuprofène comme Advil ou Motrin; naproxène comme Aleve)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :
Autres analgésiques contre la douleur et la fièvre (par exemple, aspirine, paracétamol ou acétaminophène)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

Type de médicament	Avez-vous pris ces médicaments au cours des 12 derniers mois ?
	[IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :

## 9. IMPACTS PSYCHOSOCIAUX

Les questions suivantes concernent votre état émotionnel depuis mars 2020, lorsque la pandémie à la COVID-19 a été déclarée, ainsi que la manière dont la pandémie a eu un impact sur votre état mental et émotionnel. Veuillez noter qu'un professionnel de la santé mentale ne vous contactera pas si vos réponses à ces questions suggèrent que vous êtes en détresse. Si vous êtes stressé ou anxieux et que vous souhaitez obtenir de l'aide, veuillez vous adresser aux services de santé mentale disponibles dans votre région.

**PI01. Depuis mars 2020, à quelle fréquence avez-vous été incommodé(e) par les problèmes suivants ?**

	0 Pas du tout	1 Plusieurs jours	2 Plus de la moitié des jours	3 Presque tous les jours
Se sentir nerveux(se), anxieux(se), ou crispé(e)				
Ne pas être capable d'arrêter de s'inquiéter				
Se faire trop de soucis à propos de différentes choses				
Avoir de la difficulté à se détendre				
Être si agité(e) qu'il est difficile de rester assis(e)				
Devenir facilement incommodé(e) ou irritable				
Être angoissé(e) comme si quelque chose de terrible allait arriver				

**PI02. [IF YES TO ANY ABOVE] Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?**

- 0 Pas du tout difficile
- 1 Assez difficile
- 2 Très difficile

3 Extrêmement difficile

**PI03. Depuis mars 2020, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?**

	0 Pas du tout	1 Plusieurs jours	2 Plus de la moitié des jours	3 Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses				
Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
Avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir				
Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie				
Peu d'appétit ou excès d'appétit				
Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille				
Avoir de la difficulté à se concentrer sur des choses comme lire le journal ou regarder la télévision				
Bouger ou parler si lentement que d'autres personnes auraient pu le remarquer - ou, au contraire, être si fébrile ou agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude				
Penser que vous seriez mieux mort(e) ou penser à vous blesser d'une façon ou d'une autre				

**PI04. [IF YES TO ANY ABOVE] Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?**

0 Pas du tout difficile

1 Assez difficile

2 Très difficile

3 Extrêmement difficile

**PI05. Nous aimerions que vous compariez votre santé mentale et émotionnelle avant la pandémie par rapport à maintenant.**

	Excellent e	Très bonne	Bonne	Acceptabl e	Mauvaise
En général, diriez-vous que votre santé mentale et émotionnelle actuelle est :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre santé mentale et émotionnelle actuelle, par rapport à ce qu'elle était <u>avant</u> la pandémie, est :		<b>Meilleure</b>	<b>À peu près la même</b>	<b>Pire</b>	

**PI07. Depuis mars 2020, avez-vous eu accès à des services de santé mentale ?**

- 0 Non - Je n'en ai pas eu besoin
- 1 Non - Je n'étais pas à l'aise de chercher un soutien en matière de santé mentale
- 2 Non - Mon professionnel de santé mentale habituel n'acceptait pas de rendez-vous
- 3 Non - Je n'arrivais pas à trouver un nouveau professionnel de santé mentale qui acceptait des patients
- 4 Non - J'ai perdu mes prestations de santé (exemple : mes heures ont été réduites et/ou j'ai été licencié)
- 5 Non - Je n'avais pas les moyens d'accéder aux services de santé mentale
- 6 Oui – J'ai reçu des services que j'avais déjà avant
- 7 Oui – J'ai commencé à utiliser de nouveaux services
- 8 Autre : \_\_\_\_\_
- 9 Je préfère ne pas répondre
- 10 Je ne sais pas

**PI08. [IF PI07=6,7] Avez-vous eu accès à des services de santé mentale durant la pandémie de COVID-19 pour l'une des raisons suivants ?**

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- 1 Anxiété
- 2 Dépression
- 3 Stress
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Autres : Veuillez préciser

## **10. IMPACT SOCIOÉCONOMIQUE**

*La déclaration et la persistance de la pandémie mondiale de mars 2020 a dévasté les communautés et les économies locales et de nombreuses personnes ont perdu leurs moyens de subsistance. À travers ces prochaines questions, nous voulons comprendre comment la capacité*

*de votre famille à répondre à ses besoins essentiels et à ses obligations financières a été affectée, et si votre famille a donné ou reçu du soutien dans la communauté.*

**SI01. Quelle est votre situation d'emploi ?**

*Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent. Le temps plein signifie 30 heures ou plus par semaine. Le temps partiel signifie moins de 30 heures par semaine.*

- 1 Employé(e) / travailleur(se) autonome à temps plein
- 2 Employé(e) / travailleur(se) autonome à temps partiel
- 3 Retraité(e)
- 4 S'occupe de la maison et / ou de la famille
- 5 Incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une invalidité
- 6 Sans emploi
- 7 Effectue un travail non rémunéré ou bénévole
- 8 Étudiant(e)

**SI01W [IF SI01=1,2] Dans quel secteur travaillez-vous ?**

<b>Code</b>	<b>Secteur</b>
11	Agriculture, foresterie, pêche et chasse Extraction minière, exploitation en carrière, et extraction de pétrole et de gaz
21	Services publics
22	Construction
23	Fabrication
31-33	Commerce de gros
41	Commerce de détail
44-45	Transport et entreposage
48-49	Industrie de l'information et industrie culturelle
51	Finance et assurances
52	Services immobiliers et services de location et de location à bail
53	Services professionnels, scientifiques et techniques
54	Gestion de sociétés et d'entreprises
55	Services administratifs, services de soutien, services de gestion des déchets et services d'assainissement
61	Services d'enseignement
62	Soins de santé et assistance sociale

- |    |  |
|----|--|
| 71 | Arts, spectacles et loisirs                          |
| 72 | Services d'hébergement et de restauration            |
| 81 | Autres services (sauf les administrations publiques) |
| 91 | Administrations publiques                            |

**SI01\_Bis. Depuis mars 2020, avez-vous travaillé ou fait du bénévolat dans l'un des domaines suivants :**

- Travailleur dans un hôpital ou un établissement de soins de santé (y compris les établissements de soins de longue durée)
- Professionnel de la santé en milieu communautaire (hors hôpital)
- Travailleur social et intervenant communautaire (en dehors des hôpitaux ou des établissements de santé ; comprend les services fournis dans les logements privés)
- Premier répondant
- Agent correctionnel
- Autres services nécessitant l'entrée dans les domiciles privés
- Enseignant, personnel scolaire et garde d'enfants
- Chauffeur de bus/navette
- Chauffeurs de passagers et de livraison (taxi, Uber, chauffeur de limousine ; livraison de nourriture telle que Uber Eats, Skip The Dishes, livraisons aux restaurants, etc. ; livraisons de colis)
- Travailleur du secteur de la restauration
- Travailleur dans une épicerie
- Travailleur dans un casino
- Travailleur dans un magasin de détail
- Coiffeur/barbier
- Spécialiste de soins personnels et de beauté
- Employé d'une compagnie aérienne ou dans un aéroport
- Ouvrier
- Travailleur agricole
- Personnel du secteur de l'extraction de pétrole et de gaz

Oui

Non [SKIP SI01\_Ter]

Je préfère ne pas répondre [SKIP SI01\_Ter]

**SI01\_Ter Veuillez sélectionner tous les emplois dans lesquels vous avez travaillé ou fait du bénévolat depuis mars 2020.**

Select

Travailleur dans un hôpital ou un

- Médecin

- |  |   |
|--|---|
| <p>établissement de soins de santé (y compris les établissements de soins de longue durée)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentiste</li> <li>- Hygiéniste dentaire et thérapeute dentaire</li> <li>- Infirmier</li> <li>- Physiothérapeute/Ergothérapeute/Profe ssionnel paramédical en milieu hospitalier</li> <li>- Techniciens en imagerie médicale</li> <li>- Aide-soignant</li> <li>- Travailleur dans les services environnementaux</li> <li>- Aide aux soins de longue durée/à domicile</li> <li>- Préposé aux bénéficiaires</li> <li>- Travailleur social</li> <li>- Diététicien</li> <li>- Pharmacien</li> <li>- Autre travailleur en pharmacie</li> <li>- Services de restauration</li> <li>- Travailleur administratif dans le secteur des soins de santé</li> <li>- Autre: _____</li> </ul> |
| <p>Professionnel de la santé en milieu communautaire (hors hôpital)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Audiographe</li> <li>- Chiropracteur</li> <li>- Dentiste</li> <li>- Diététicien</li> <li>- Médecin de famille ou spécialiste</li> <li>- Technicien en imagerie médicale</li> <li>- Massothérapeute</li> <li>- Optométriste ou opticien</li> <li>- Infirmier</li> <li>- Pharmacien</li> <li>- Autre travailleur en pharmacie</li> <li>- Physiothérapeute</li> <li>- Psychologue ou conseiller</li> <li>- Orthophoniste</li> <li>- Autre: _____</li> </ul>   |
| <p>Travailleur social et communautaire (en dehors des hôpitaux ou des établissements de santé ; comprend les services fournis dans les logements privés)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailleur social</li> <li>- Préposé aux bénéficiaires</li> <li>- Infirmier</li> <li>- Aide pour les soins à domicile</li> <li>- Physiothérapeute/ergothérapeute/profe ssion paramédicale</li> <li>- Aide communautaire et au refuge</li> </ul>   |

Premier répondant

- Autre: \_\_\_\_\_
- Ambulancier
- Pompier
- Officier de police
- Agent chargé de faire appliquer le règlement
- Autre: \_\_\_\_\_
- 

Agent correctionnel

Autres services nécessitant l'entrée dans les domiciles privés

- Femme de ménage
- Déménageurs
- Autre métier (plombier, électricien, etc.)
- Autre: \_\_\_\_\_

Enseignant, personnel scolaire et garde d'enfants

- Enseignant/assistant en école primaire
- Enseignant/assistant en école secondaire
- Enseignant/assistant en établissement d'enseignement postsecondaire
- Personnel administratif
- Personnel des installations scolaires
- Travailleur des services sociaux et communautaires
- Employé de garderie
- Autre: \_\_\_\_\_
- 

Chauffeur de bus/navette

Chauffeurs de passagers et de livraison (taxi, Uber, chauffeur de limousine ; livraison de nourriture telle que Uber Eats, Skip The Dishes, livraisons aux restaurants, etc. ; livraisons de colis)

- Chauffeur (taxi, Uber, etc.)
- Livraison de nourriture (Skip the Dishes, livraisons aux restaurants, etc.)
- Livraison de colis (UPS, FedEx, etc.)
- Autre: \_\_\_\_\_

Travailleur du secteur de la restauration

- Serveur de nourriture et de boissons
- Caissier
- Personnel de nettoyage
- o Autre: \_\_\_\_\_
- 

Travailleur dans une épicerie

- 

Travailleur dans un casino

- 

Travailleur dans un magasin de détail

-

Coiffeur/Barbier	-
Spécialiste de soins personnels et de beauté	-
Employé d'une compagnie aérienne ou dans un aéroport	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôtesse de l'air</li> <li>- Pilote ou mécanicien de bord</li> <li>- Personnel du service clientèle et d'information</li> <li>- Equipe au sol</li> <li>- Sécurité</li> <li>- Agent des douanes</li> <li>- Personnel de nettoyage</li> <li><input type="radio"/> Autre: _____</li> </ul>
Ouvrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailleur en centre de distribution</li> <li>- Travailleur dans un abattoir</li> <li>- Autre ouvrier d'usine</li> <li><input type="radio"/> Autre: _____</li> </ul>
Travailleur agricole	<input type="radio"/>
Personnel du secteur de l'extraction de pétrole et de gaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailleur sur une plate-forme pétrolière</li> <li>- Employé au service alimentaire</li> <li>- Employé du service de nettoyage</li> <li><input type="radio"/> Autre: _____</li> </ul>

**SI02. Est-ce que quelque chose dans votre occupation a changé à cause de la pandémie (par exemple, travailler de la maison) ?**

0 Non

1 Oui

**SI03. [IF SI02=YES] Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent**

- 1 La nature du travail a changé
- 2 Le lieu de travail a changé
- 3 Le travail se fait à domicile
- 4 Réduction du salaire ou réduction du nombre d'heures
- 5 Perte d'emploi
- 6 Réaffecté(e) dans les services de santé
- 7 Réaffecté(e) dans les services essentiels
- 8 Autre : veuillez préciser
- 88 Je préfère ne pas répondre

**SI05. Avant la pandémie, quel était le revenu total approximatif de votre ménage (toutes sources confondues) avant impôts l'an dernier ?**

*Veuillez inclure tous les revenus, y compris les salaires, les pensions et les allocations.*

- 1 Moins de 10 000 \$
- 2 10 000 \$ à 24 999 \$
- 3 25 000 \$ à 49 999 \$
- 4 50 000 \$ à 74 999 \$
- 5 75 000 \$ à 99 999 \$
- 6 100 000 \$ à 149 999 \$
- 7 150 000 \$ à 199 999 \$
- 8 200 000 \$ ou plus
- 88 Je préfère ne pas répondre
- 99 Je ne sais pas

**SI06. Le revenu mensuel de votre ménage a-t-il changé en raison de la pandémie de COVID-19 ?**

- 1 Beaucoup diminué
- 2 Un peu diminué
- 3 Aucun changement
- 4 Un peu augmenté
- 5 Beaucoup augmenté

**SI07. Les économies de votre ménage ont-elles changé en raison de la pandémie de COVID-19 ?**

- 1 Beaucoup diminué
- 2 Un peu diminué
- 3 Aucun changement
- 4 Un peu augmenté
- 5 Beaucoup augmenté

**SI08. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'impact de la COVID-19 sur votre capacité actuelle à couvrir vos obligations financières ou à vos besoins essentiels, tels que les paiements de loyer ou d'hypothèque, les services publics et l'épicerie ?**

- 1 Impact majeur
- 2 Impact modéré
- 3 Impact mineur
- 4 Pas d'impact

*Nous aimerions vous poser quelques questions sur le fait de recevoir du soutien pendant la pandémie.*

**SI15. Depuis mars 2020, avez-vous demandé de l'aide ou du soutien (y compris de la part d'amis, de la famille, de la communauté ou du gouvernement) en raison de la pandémie ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**SI16. Depuis mars 2020, avez-vous reçu de l'aide, de l'information ou du soutien (y compris auprès d'amis, de la famille, de la collectivité ou du gouvernement) en raison de la pandémie ?**

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**SI17. [IF SI16=YES] Quel type d'aide ou de soutien avez-vous reçu et de qui ?**

*Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.*

	Émotionnel ou psychologique	Financier	Médical	Information	Soutien pratique (par exemple, logement, garde d'enfants, nettoyage, livraison de nourriture)	Biens matériels et dons (par exemple, meubles, vêtements)
Famille (conjoint(e), parent, autre membre de la famille)						
Ami(s) ou voisin(s)						
Organisme communautaire ou bénévole						
Collègues						
Professionnel (médecin, avocat, enseignant, conseiller, leader spirituel, conseiller financier)						
Médias généraux (TV, Internet, réseaux sociaux)						
Autorités provinciales ou fédérales de la santé (par exemple, ligne téléphoniques d'aide et d'information, sites Web, médias)						

	Émotionnel ou psychologique	Financier	Médical	Information	Soutien pratique (par exemple, logement, garde d'enfants, nettoyage, livraison de nourriture)	Biens matériels et dons (par exemple, meubles, vêtements)
sociaux)						

**SI18 Utilisez-vous une application mobile permettant de suivre la COVID-19 afin de limiter sa propagation et d'estimer les niveaux de risque d'infection ? (exemple : application mobile du gouvernement canadien « Alerte COVID »)**

Oui – J'utilise « Alerte COVID »

Oui – J'utilise une autre application mobile

Non – J'ai utilisé ce type d'application mobile mais plus maintenant

Non – je ne connais pas ce type d'application mobile

Non – je ne souhaite pas utiliser ce type d'application mobile

Non – j'aimerais mais je n'ai pas la possibilité d'utiliser ce type d'application mobile

Je ne sais pas

## **11. GENRE et MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES**

**DE01.** Quel âge avez-vous?

\_\_\_\_\_ ans

**DE03. Quel était votre sexe à la naissance ?**

0 Homme

1 Femme

**DE09. Comment décririez-vous votre appartenance ethnique ou raciale ? (cochez toutes les réponses applicables)**

Arabe (exemple : Égypte, Irak, Jordanie, Liban)

Asie du Sud (exemple : Inde, Sri Lanka, Pakistan, Bangladesh)

Asie du Sud-Est (exemple : Malaisie, Indonésie, Vietnam)

Asie occidentale (exemple : Turquie, Iran, Afghanistan)

Blanc (ascendance européenne)

Chinois

Coréen

Indigène originaire d'Amérique du Nord

Japonais

Latino-Américain/Hispanique

Noir (exemple : origine africaine ou caribéenne)

Philippin

Je préfère me décrire moi-même : \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

**DE09\_Bis. [If Indigenous selected in DE09] Auquel des groupes suivants appartenez-vous ?  
(sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)**

Inuit

Métis

Premières nations

Premières nations non inscrites

Autre indigène : \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

**DE09\_Ter. [If Indigenous selected in DE09] Vivez-vous dans une réserve ou hors réserve ?**

Dans une réserve

Hors réserve

Je préfère ne pas répondre

*Pour terminer le questionnaire, nous aimerais collecter quelques mesures anthropométriques.*

**AM01. Quelle taille faites-vous ?**

*Veuillez répondre à la question en pieds et en pouces ou en centimètres.*

valeur en cm :

ou

valeur en pieds et pouces :

**AM02. Pouvez-vous vous tenir debout et vous peser ?**

Oui

Non

**AM03 [IF AM02=YES] Combien pesez-vous ?**

- Ajustez votre balance à zéro.
- Montez sur la balance sans vos vêtements ou portez des vêtements légers. N'oubliez pas d'enlever vos chaussures. Assurez-vous que les deux pieds sont complètement sur la balance.
- Pesez-vous.
- Notez votre poids en livres ou en kilogrammes.

Livres

OU

Kilogrammes

Si vous vivez de la détresse psychologique en lien avec la situation actuelle de COVID-19, voici quelques ressources qui peuvent être utiles :

**Allez mieux en contexte de COVID-19 (Gouvernement du Québec):**

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/aller-mieux-en-contexte-de-pandemie-covid-19/>

**Service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel (Gouvernement du Québec)**

Composer le 811

Merci d'avoir participé à cette enquête COVID-19!