

### Troisième questionnaire sur la COVID-19 de CARTaGENE

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

Ceci est le dernier temps de collecte de l'étude sur les anticorps à la COVID-19 de CARTaGENE. Nous vous remercions de votre participation continue à cette importante étude qui permettra d'examiner comment les niveaux d'anticorps à la COVID-19 peuvent évoluer avec le temps. Ce questionnaire doit être rempli dans la SEMAINE suivant sa réception. Vous n'avez pas besoin de compléter le questionnaire en une seule séance. Le questionnaire s'enregistre automatiquement lorsque vous passez à la section suivante. Vous pouvez faire une pause, enregistrer votre progression et y revenir plus tard. 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.

#### **DIAGNOSTIC DE LA COVID-19**

**DG07. Pensez-vous que vous avez actuellement, ou que vous avez eu la COVID-19 depuis le 1er septembre 2021?**

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

**DG02. Pourquoi pensez-vous avoir ou avoir eu la COVID-19?**

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :

- 1 J'ai fait une auto-évaluation en ligne
- 2 J'ai eu des symptômes qui pourraient être liés à la COVID (p. ex., fièvre, mal de gorge, écoulement nasal, difficulté à respirer, etc.) qui ne peuvent être attribués à une condition déjà existante
- 3 Résultat d'un test nasal / de la gorge / test rapide antigénique
- 4 Un fournisseur de soins de santé me l'a dit
- 5 J'ai eu des contacts avec une personne qui a eu un test positif pour la COVID-19
- 6 Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**DG02Bis. [Si oui à Contact avec une personne qui a reçu un test positif pour la COVID-19] Quelle était la date de votre premier contact avec cette personne qui a été déclarée positive à la COVID-19?**

***Si vous ne vous souvenez pas exactement de la date, veuillez fournir une date approximative. Vous pouvez indiquer le premier jour du mois où vous avez été testé(e) ou laisser la case vide***

JJ/MM/AAAA (calendrier des dates – le/la participant/e choisit la date)

Je ne sais pas

**DG02Ter. [Si oui à Contact avec une personne qui a eu un test positif pour la 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 - veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**DG03. Depuis le 1er septembre 2021, avez-vous été testé(e) pour la COVID-19 (y compris un test antigénique rapide, 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, une toux, une 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. Depuis le 1er septembre 2021, combien de fois avez-vous été testé(e) ? Pour les tests de sérologie/anticorps, veuillez ne pas inclure les tests qui font partie de cette étude.**

*Un maximum de 8 tests peut être déclaré. Veuillez déclarer tous les tests positifs.*

*Présentez les résultats de vos tests en commençant par les plus anciens.*

1

2

3

4

5

6

7

8

**DG03Ter1. Quelle était le type de test pour votre 1<sup>er</sup> test?**

Test viral (prélèvement nasal/pharyngé ou par gargarisme pour une infection en cours)

Un test sérologique ou d’anticorps (test sanguin pour une infection passée)

Test antigénique rapide (test antigénique avec des résultats en 15-20 minutes)

**DG05D1. Quelle était la date de votre premier test?**

**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

**DG06bis1. Combien de jours avez-vous attendu pour obtenir le résultat de votre 1<sup>er</sup> test**

**Votre réponse doit être comprise entre 0 et 200**

Nombre de jours :

**DG04R1. Quel a été le résultat de votre premier test?**

Négatif

Positif

Je préfère ne pas répondre

Je ne sais pas

*DG03Ter1 – DG04R1 seront répétées jusqu'à 8 fois selon le nombre de tests rapportés à DG03N.*

### **SYMPTÔMES DE LA COVID-19**

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

*Veuillez également ne pas inclure les symptômes que vous avez ressentis suite à la vaccination.*

**SY01 Avez-vous fait de la fièvre depuis le 1er septembre 2021 (>38 °C) ?**

1 Oui

2 Non

9 Je ne sais pas

**SY03 Quelle a été la température la plus élevée enregistrée?**

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

Celsius :

Fahrenheit :

**SY04. Depuis le 1er septembre 2021, 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.*

*Veillez ne pas inclure les symptômes reliés à des conditions que vous pourriez habituellement ressentir tels que des allergies saisonnières, de la migraine habituelle ou des conditions médicales existantes comme l'asthme.*

*Chaque ligne doit être remplie.*

	<b>0 Non</b>	<b>1 Léger</b>	<b>3 Grave</b>
Toux sèche			
Toux grasse (toux qui produit du mucus)			
Nez qui coule			
Douleur 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			
Frissonnements			
Perte de goût			
Perte d'odorat			
Diarrhée			
Perte d'appétit			
Nausées			
Vomissements			
Sifflement			
Douleur dans la poitrine			
Confusion			
Étourdissements			
Douleurs abdominales			
Autre :			

**SY04Bis. [SI OUI À TOUT SYMPTÔME] 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.*

Valeur (JJ-MM-AAAA)

**SY04Ter. [SI OUI À TOUT SYMPTÔME] 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.*

Valeur (JJ-MM-AAAA)

**SY05new. Continuez-vous à ressentir des symptômes de la COVID-19 ou des complications?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**SY08. [SI OUI À TOUT SYMPTÔME] Pendant que vous ressentiez des symptômes liés à la COVID-19, avez-vous eu des contacts étroits 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
Conjoint/e ou partenaire			
Membres de votre famille avec lesquels vous vivez			
Membres de la famille qui vivent ailleurs			
Colocataires			
Amis			
Collègues de travail			

**SY09. [SI OUI] L'une de ces personnes a-t-elle développé des symptômes liés à la COVID?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**SY09. [SI OUI] Pour la/les personne/s qui ont développé des symptômes liés à la COVID, à quelle/s catégorie/s appartenaient-elles et combien de personnes ont été touchées?**

Membres de la famille vivant au même endroit – nombre de personnes : \_\_\_\_\_

Membres de la famille vivant ailleurs – nombre de personnes : \_\_\_\_\_

Colocataires – nombre de personnes : \_\_\_\_\_

Amis – nombre de personnes : \_\_\_\_\_  
Collègues de travail – nombre de personnes : \_\_\_\_\_

### **COVID-19 - RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS ET L'HOSPITALISATION**

**CH01. Depuis le 1er septembre 2021, avez-vous été hospitalisé(e) en raison de la COVID-19?**

1 Oui

0 Non [Passez à SY01]

9 Ne sais pas

**CH02. [SI OUI] 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.*

JJ-MM-AAAA

**CH03. [SI OUI] Combien de jours avez-vous passés à l'hôpital?**

*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. [SI OUI] Avez-vous été admis dans une unité de soins intensifs?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**CH05. [SI CH04 = OUI] Combien de temps êtes-vous resté/e dans l'unité de 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 : \_\_\_\_\_

**CH06. Avez-vous continué à ressentir des symptômes de la COVID-19 ou des complications liées à l'hospitalisation après votre sortie?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

## **COVID DE LONGUE DURÉE**

*Les questions précédentes vous ont interrogé sur une infection à la COVID-19 et les symptômes éprouvés depuis le 1er septembre 2021. Cependant, il y a de plus en plus de preuves indiquant que certaines personnes infectées par la COVID-19 continuent de ressentir des effets durables, parfois appelés « COVID de longue durée » ou « Syndrome post-COVID-19 ». Les questions suivantes visent à saisir les symptômes et les effets plus durables.*

### **LC01. Avez-vous déjà eu une infection à la COVID-19?**

Oui [Passez à LC02]

Non

Je ne sais pas

### **LC02. [SI OUI à LC01] Quand avez-vous eu la COVID-19 (c'est-à-dire l'infection active)?**

*Si vous avez eu la COVID-19 plus d'une fois, veuillez faire porter vos réponses sur l'épisode le plus long de la maladie que vous ayez connue.*

Au cours des 3 derniers mois

Il y a entre 3 et 6 mois

Il y a entre 6 et 9 mois

Il y a entre 9 et 12 mois

Il y a plus de 12 mois (1 an)

Ne sait pas

### **LC03. Globalement, depuis combien de temps éprouvez-vous / pendant combien de temps avez-vous éprouvé des symptômes de la COVID-19?**

*Veuillez inclure le temps durant lequel vous avez éprouvé des symptômes légers et le temps écoulé entre les symptômes si ceux-ci ont été intermittents. Si vous avez eu la COVID-19 plus d'une fois, veuillez entrer la durée du même épisode de la maladie (le plus long) que vous avez décrit à la question précédente.*

Moins de 2 semaines

De 2 à 3 semaines

De 4 à 12 semaines

Plus de 12 semaines

Préfère ne pas répondre

### **LC04. [SI vous avez sélectionné De 4 à 12 semaines ou Plus de 12 semaines à LC03]**

**Lequel des symptômes suivants avez-vous éprouvé pendant plus d'un mois après l'infection? Veuillez ne considérer que les symptômes qui ne peuvent être expliqués par une autre raison et choisir tous ceux qui s'appliquent.**

	<b>Non</b>	<b>Oui – léger</b>	<b>Oui – grave</b>
Mal de tête			

Fatigue chronique			
Essoufflement ou difficulté à respirer			
Toux persistante			
Douleurs ou faiblesses musculaires et/ou articulaires			
Perte de l'odorat ou du goût			
Problèmes de mémoire (p. ex. brouillard cérébral, difficulté à se concentrer)			
Enjeux de santé mentale (p. ex. anxiété, dépression)			
Difficulté à dormir			
Troubles cardiaques (p. ex. douleur à la poitrine, pouls rapide)			
Troubles gastro-intestinaux (p. ex. nausée, diarrhée) Autre			

**LC05. Spécifiez les autres symptômes :**

\_\_\_\_\_

**LC07. [SI OUI à LC01] Veuillez choisir la meilleure option pour indiquer dans quelle mesure vous vous sentez complètement rétabli de la COVID-19 :**

Pas du tout d'accord (c.-à-d. que vous ressentez encore des symptômes/effets importants)

Pas d'accord

Ni en désaccord, ni d'accord (c.-à-d. que vous vous sentez en grande partie rétabli mais que vous ressentez encore certains symptômes/effets)

D'accord

Tout à fait d'accord (c'est-à-dire que vous vous sentez complètement rétabli et que vous ne ressentez aucun symptôme/effet).

**LC08. [Si OUI à LC01] Veuillez évaluer l'impact de votre infection à la COVID-19 sur :**

	Aucun impact	Impact léger	Impact modéré	Impact grave	Impact extrême	Ne s'applique pas
Activités personnelles (p. ex. faire l'épicerie, jardiner)						
Vie familiale						
Vie professionnelle						
Vie sociale						
Moral/humeur						
Relations avec les soignants						

### **VACCINS ET EFFETS SECONDAIRES**

#### **OT05. Avez-vous reçu un vaccin contre la COVID-19?**

Oui  
Non

#### **OT06. Quel(s) vaccins(s) avez-vous reçu(s)?**

- 1 Vaccin de Pfizer et BioNTech à ARNm (Comirnaty)
- 2 Vaccin de Moderna à ARNm (SpikeVax)
- 3 Vaccin d'AstraZeneca Oxford / Covshield (Vaxzevria)
- 4 Vaccin Janssen (Johnson & Johnson)
- 5 Autre
- 9 Je ne sais pas

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

(Cette question est répétée pour chacun des types de vaccins choisi à OT06)

1 à 4 doses possible

**OT08D** Quand avez-vous reçu la 1<sup>ère</sup> dose de XXXX?

JJ-MM-AAAA

(Cette question est répétée pour chacun des doses de vaccins choisi à OT07)

**OT08A. Dans quel contexte avez-vous reçu la 1<sup>ère</sup> dose du vaccin de XXXX?**

- Hôpital
- Clinique de santé publique (ex : centre de vaccination)
- Pharmacie
- Poste de soins infirmiers
- Cabinet médical
- Maison de soins de longue durée
- Lieu de travail
- Autre, veuillez préciser :

(Cette question est répétée pour chacun des doses de vaccins choisi à OT07)

**OT08I. Avez-vous ressenti des effets secondaires (dans les premiers jours) après avoir reçu cette dose du vaccin COVID-19 ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Je ne préfère pas répondre

(Cette question est répétée pour chacun des doses de vaccins choisi à OT07)

**Q0R815. Avez-vous ressenti les effets secondaires suivants ?**

	Non	Léger	Modéré	Sévère	Préfère ne pas répondre
Fatigue					
Mal de tête					
Fièvre >38°C					
Frissons					
Douleurs musculaires					
Gorge irritée					
Difficulté à avaler					
Essoufflement ou difficulté à respirer					
Respiration sifflante					
Douleur thoracique					
Rythme cardiaque rapide					

Vision floue					
Vertige ou étourdissement					
Douleur abdominale					
Nausée					
Vomissement					
Diarrhée					
Éruption cutanée, rougeur ou urticaire à d'autres endroits de votre corps (autre que le bras où vous avez reçu la piqûre)					
Gonflement à d'autres endroits sur votre corps (autre que le bras où vous avez reçu la piqûre)					
Engourdissement (à des endroits de votre corps autres que le bras où vous avez reçu la piqûre)					
Picotement (à des endroits de votre corps autres que le bras où vous avez reçu la piqûre)					

(Cette question est répétée pour chacun des doses de vaccins choisi à OT07)

**Q0R839. Avez-vous ressenti d'autres effets secondaires non mentionnés ci-dessus?**

Oui – veuillez préciser (texte ouvert)

Non

(Cette question est répétée pour chacun des doses de vaccins choisi à OT07)

**OT09. Seriez-vous prêt à vous faire vacciner contre la COVID-19? (Si non à OT05)**

Très probable

Assez probable

Assez peu probable

Très peu probable

Préfère ne pas répondre

**OT09A Quelles sont les principales préoccupations que vous avez concernant la vaccination (sélectionnez tout ce qui s'applique)?**

**Si vous avez déjà reçu le vaccin, quelles étaient vos principales inquiétudes?**

Pas de souci pour se faire vacciner

Je m'inquiète des effets futurs inconnus du vaccin

Je m'inquiète des effets secondaires

Les vaccins sont en quantité limitée et d'autres en ont plus besoin que moi

Je ne fais pas confiance aux vaccins

J'ai déjà reçu un test positif pour la COVID-19 et je devrais donc avoir une protection

Les chances que je tombe gravement malade à cause de la COVID-19 sont faibles

Les chances que je contracte la COVID-19 sont faibles

L'impact de la COVID-19 est largement exagéré

Je ne pense pas que ce serait efficace pour m'empêcher de contracter la COVID-19

J'ai un trouble de santé qui rendrait cela dangereux pour moi

L'immunité collective me protégera même si je n'ai pas le vaccin

Ce n'est pas offert à un endroit où il est facile pour moi de me rendre

Autre – veuillez préciser (texte ouvert)

**OT10. Avez-vous reçu une transfusion sanguine au cours des 2 derniers mois?**

0 Non

1 Oui

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

0 Non

1 Oui

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

0 Non

1 Oui

**FACTEURS DE RISQUE**

**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)

**RF04new2. À l'heure actuelle, 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 électronique par jour au cours des 30 derniers jours)
- 2 À l'occasion (au moins une cigarette électronique au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours)
- 3 Pas du tout (vous n'avez pas du tout utilisé de cigarettes électroniques au cours des 30 derniers jours)

**RF06new. 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 du tout consommé de cannabis au cours des 30 derniers jours)
- 4 Je n'ai jamais consommé de cannabis
- 8 Je préfère ne pas répondre

**RF08. Quelle méthode avez-vous utilisée le plus souvent pour votre consommation de cannabis ? (si RF06new = 1 ou 2 ou 3)**

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

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

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

**PROBLÈMES DE SANTÉ**

*La COVID-19 est une nouvelle maladie et les données sur les facteurs de risque ne cessent d'évoluer. Les gens qui ont des problèmes de santé préexistants ou dont le système immunitaire est affaibli peuvent courir un risque plus élevé de contracter une maladie grave, comme on l'observe pour d'autres affections respiratoires, telles que la grippe.*

**CANCEROCCURENCE. Depuis mars 2021, un médecin vous a-t-il dit que vous aviez un cancer ou une tumeur maligne de n'importe quel type ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**CANCER1TYPE. De quel type s'agissait-il ?**

Vessie

Cerveau

Sein

Col de l'utérus

Côlon

Œsophage

Rein

Larynx

Leucémie

Foie

Poumon et bronches

Lymphome (lymphome de Hodgkin)

Lymphome (lymphome non hodgkinien)

Bouche, langue et gorge

Myélome multiple

Ovaire

Pancréas

Prostate

Rectum

Peau (mélanome)

Peau (non-mélanome)

Intestin grêle

Estomac

Testicule

Thyroïde

Utérus

Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**CANCER1EVERTREATED. Suivez-vous actuellement un traitement?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**MC03DIA. Depuis mars 2021, un médecin vous a-t-il dit que vous faisiez du diabète ?**

1 Oui

2 Non

8 Ne sais pas

**MC03DIAT. De quel type de diabète s'agissait-il ?**

- 1 Diabète de type 1
- 2 Diabète de type 2

**MC03CIRCL. Depuis mars 2021, un médecin vous a-t-il dit que vous aviez l'une des maladies du cœur ou circulatoire ?**

- Hypertension artérielle (hypertension hors grossesse)
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- Insuffisance cardiaque
- Athérosclérose/maladie coronarienne (y compris l'angioplastie et les endoprothèses)
- Fibrillation auriculaire
- Angine
- Souffle au cœur
- Maladie cardiaque valvulaire (p. ex., sténose aortique, prolapsus valvulaire mitral)
- Aucune de ses maladies

**MC03RESPL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie du système respiratoire?**

- Asthme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Maladie pulmonaire interstitielle
- Bronchite chronique
- Fibrose kystique
- Emphysème
- Apnée du sommeil
- Aucune de ses maladies

**MC03GASTL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie gastrointestinale?**

- Maladie de Crohn
- Colite ulcéreuse
- Syndrome du côlon irritable
- Maladie cœliaque
- Ulcère d'estomac
- Reflux acide persistant / reflux gastro-œsophagien (RGO)
- Aucune de ces maladies

**MC03LIVEL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie du foie ou du pancréas?**

- Cirrhose du foie
- Hépatite chronique

- Foie gras (Stéatose hépatique non-alcoolique ou alcoolique)
- Calculs biliaires
- Aucune de ces maladies

**MC03KIDNL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie du rein ou une insuffisance rénale?**

- Insuffisance rénale aiguë
- Insuffisance rénale chronique
- Calculs rénaux (pierres)
- Aucune de ces maladies

**MC03MENTL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez un problème de santé mentale?**

- Dépression majeure
- Dépression mineure
- Trouble bipolaire
- Trouble de stress post-traumatique
- Schizophrénie ou trouble schizo-affectif
- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble anxieux
- Trouble alimentaire
- Trouble de toxicomanie (p. ex. dépendance à l'alcool, aux drogues ou au jeu)

**MC03NEUROL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie neurologique?**

- AVC thrombotique
- AVC hémorragique
- Sclérose en plaques
- Migraines
- Aucune de ces maladies

**MC03ARTHL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite?**

- Arthrite rhumatoïde
- Arthrose (ostéoarthrite)
- Autre type d'arthrite :
- Aucune de ces maladies

**MC03BONEL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie osseuse et articulaire?**

- Lupus
- Fibromyalgie
- Ostéoporose
- Aucune de ces maladies

**MC03SKINL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie de la peau?**

- Eczéma
- Rosacée
- Psoriasis
- Sclérodermie
- Aucune de ces maladies

**MC03IMMUL. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une maladie du système immunitaire?**

- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Système immunitaire affaibli ou compromis (tel qu'une immunodéficience combinée sévère)
- Thyroïdite de Hashimoto; syndrome de Sjögren, ou spondylarthrite ankylosante
- Aucune de ces maladies

**COND. Depuis mars 2021, est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez une autre condition médicale?**

Première condition :

Seconde condition :

Troisième condition :

**MC07N. Depuis mars 2021, l'accès aux services de santé peut avoir changé. Avez-vous constaté l'un des changements suivants en lien avec vos soins de santé?**

- Annulation ou report d'une chirurgie
- Annulation ou report d'un acte médical (p. ex., diagnostic ou dépistage)
- Annulation ou report d'un traitement
- Annulation ou report d'un autre rendez-vous médical (p. ex., soins dentaires, de la vue, etc.)
- Utilisation de moyens virtuels pour un rendez-vous avec un fournisseur de soins de santé
- Délai pour voir un professionnel de la santé au sujet d'une préoccupation ou d'un problème existant lié à la santé
- Délai pour voir un professionnel de la santé au sujet d'un nouveau problème ou préoccupation lié à la santé
- Report d'un service ou d'une visite de routine pour recevoir des soins de santé (p. ex., une procédure, un traitement ou une analyse de laboratoire)
- Annulation ou report d'un des tests de laboratoire réguliers
- Pénurie de médicaments
- Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Aucun ou non applicable

**MC08N [si MC07N = l'une des options Report est cochée] Si vous avez reporté la prestation d'un service de santé ou d'un traitement, quelles en ont été les raisons?**

**Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- Je n'étais pas à l'aise de recourir aux services de santé
- Le fournisseur de services de santé habituel n'acceptait pas de rendez-vous
- Je voulais m'assurer que le système de santé soit disponible pour d'autres personnes qui pourraient en avoir besoin
- J'ai perdu mes prestations de santé (p. ex., mes heures ont été réduites et/ou j'ai été mis/e à pied)
- Je n'avais pas les moyens d'accéder à ces services
- Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**MC09. Prenez-vous actuellement, ou avez-vous pris au cours des 12 derniers mois, un médicament immunosuppresseur ou immunomodulateur (par exemple, des corticostéroïdes, des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que l'adalimumab, l'azathioprine, la ciclosporine, l'étanercept, l'infliximab, le méthotrexate, le rituximab, la sulfasalazine, le tocilizumab; des anticorps anti-cytokines; des interférons).**

- Non
- Oui – Pris actuellement chaque jour
- Oui – Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours
- Pris avant mars 2021, mais pas actuellement
- Je ne sais pas

### **IMPACTS PSYCHOSOCIAUX**

*Les questions suivantes vous demandent comment vous vous sentez depuis septembre 2021.*

***Veillez noter qu'un professionnel de la santé mentale ne fera pas de suivi avec vous si vos réponses à ces questions suggèrent que vous êtes en détresse. Si vous ressentez du stress ou de l'anxiété et que vous souhaitez bénéficier d'un soutien, veuillez contacter les services de santé mentale disponibles dans votre région.***

**PI01. Depuis le 1er septembre 2021, à quelle fréquence avez-vous été incommodé/e par les problèmes suivants ?**

	<b>0 Pas du tout</b>	<b>1 Plusieurs jours</b>	<b>2 Plus de la moitié des jours</b>	<b>3 Presque tous les jours</b>
Se sentir nerveux, anxieux, ou sur les dents				
Ne pas être en mesure d'arrêter ou de contrôler son inquiétude				
Trop se soucier de différentes choses				
Avoir de la difficulté à se détendre				

Être si agité/e qu'il est difficile de rester assis/e				
Devenir facilement contrarié/e ou irritable				
Ressentir de la crainte, comme si quelque chose de terrible pouvait arriver				

**PI02. [SI OUI À L'UN DES CHOIX CI-DESSUS] 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 difficile du tout

1 Assez difficile

2 Très difficile

3 Extrêmement difficile

**PI03. Depuis le 1er septembre 2021, 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
Peu d'intérêt ou plaisir à faire des choses				
Se sentir triste, déprimé ou sans espoir				
Difficulté à s'endormir ou à rester endormi/e, ou trop de sommeil				
Se sentir fatigué/e ou avoir peu d'énergie				
Manquer d'appétit ou trop manger				
Se sentir mal à propos de soi-même – ou que vous êtes un échec ou vous êtes déçu/e de vous-même ou vous avez déçu votre famille				
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 nerveux/se 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. [SI OUI À L’UN DES CHOIX CI-DESSUS] Si vous avez coché l’un ou l’autre des problèmes, à quel point ces problèmes ont-ils rendu difficile de faire votre travail, de vous occuper des choses à la maison ou de vous entendre avec d’autres personnes?**

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

**PI07new. Depuis mars 2021, avez-vous eu recours à des services de santé mentale?**

- Non – Je n’en avais pas besoin
- Non – Je n’étais pas à l’aise de chercher un soutien en matière de santé mentale
- Non – Mon professionnel en santé mentale habituel n’acceptait pas de rendez-vous
- Non – Je n’arrivais pas à trouver un nouveau professionnel de santé mentale qui acceptait des patients
- Non – J’ai perdu mes prestations de santé (p. ex., mes heures ont été réduites et/ou j’ai été licencié)
- Non – je n’avais pas les moyens d’accéder aux services de santé mentale
- Oui – J’ai reçu des services que j’avais déjà avant
- Oui – J’ai commencé à utiliser de nouveaux services
- Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- Je ne sais pas

**PI08. [Si PI07new = Oui] Avez-vous eu accès à des services de santé mentale pour l’un des problèmes de santé suivants?**

***Cochez toutes les réponses qui s’appliquent :***

- Anxiété
- Dépression
- Stress
- Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Je préfère ne pas répondre
- Je ne sais pas

## **IMPACT SOCIOÉCONOMIQUE**

**SI01BisNew. Depuis mars 2021, avez-vous travaillé ou fait du bénévolat dans l'un des postes 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 en service social / communautaire (hors d'un hôpital ou d'un établissement de soins de santé, y compris les services dispensés à domicile)
- Premier intervenant
- Agent correctionnel
- Autres services nécessitant l'entrée dans des résidences privées
- Enseignant, personnel scolaire et de garderie
- Chauffeur, transport en commun / navette
- Chauffeur de véhicule de transport de passagers / livraison (p. ex., taxi, Uber, limousine; livraison de repas comme Uber Eats, Skip The Dishes, livraison pour des restaurants, etc.; livraison de colis)
- Travailleur de l'industrie des services alimentaires
- Travailleur dans une épicerie
- Travailleur dans un casino
- Travailleur dans un magasin de détail
- Coiffeur, coiffeuse / barbier
- Esthéticienne
- Employé d'une compagnie aérienne ou d'un aéroport
- Travailleur dans une usine
- Travailleur agricole
- Travailleur dans l'extraction pétrolière et gazière

Oui

Non

Je préfère ne sais pas

**SI01TERcat. Veuillez sélectionner tous les emplois dans lesquels vous avez travaillé ou fait du bénévolat depuis mars 2021.**

**Veuillez cocher la ou les catégorie(s) d'employé.**

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 (non dans un hôpital)

Travailleur social et intervenant communautaire (en dehors des hôpitaux ou des établissements de santé ; comprend les services fournis dans les logements privés)

Premier intervenant

Agent correctionnel

- | Autres services nécessitant l'entrée dans des résidences privées
- | Enseignant, personnel scolaire et de garderie
- | 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, coiffeuse / barbier
- | Spécialiste de soins personnels et de beauté
- | Employé d'une compagnie aérienne ou d'un aéroport
- | Ouvrier
- | Travailleur agricole
- | Travailleur dans l'extraction pétrolière et gazière

**SI05. Avant la pandémie, quel était le revenu total approximatif de votre ménage (de toutes sources) avant impôts l'an dernier? Veuillez inclure tous les revenus, y compris les salaires, les pensions et les allocations.**

- | Moins de 10 000 \$
- | 10 000 \$ à 24 999 \$
- | 25 000 \$ à 49 999 \$
- | 50 000 \$ à 74 999 \$
- | 75 000 \$ à 99 999 \$
- | 100 000 \$ à 149 999 \$
- | 150 000 \$ à 199 999 \$
- | 200 000 \$ ou plus
- | Je préfère ne pas répondre
- | Je ne sais pas

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

- | Beaucoup diminué
- | Un peu diminué
- | Aucun changement
- | Un peu augmenté
- | Beaucoup augmenté

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

- | Beaucoup diminué
- | Un peu diminué

- Aucun changement
- Un peu augmenté
- Beaucoup augmenté

**SI08new. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'impact de la COVID-19 sur votre capacité 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 ?**

- Impact majeur
- Impact modéré
- Impact mineur
- Aucun impact
- Trop tôt pour le dire

### **ANTHROPOMÉTRIE**

Pour terminer le questionnaire, nous aimerions collecter quelques mesures anthropométriques.

**AM01CMorFEET. Quelle est votre grandeur?**

euillez répondre à la question en pieds et en pouces ou en centimètres. Commencez par choisir l'unité de mesure

Pieds \_\_\_\_\_ et pouces \_\_\_\_\_

Centimètres \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

Je ne sais pas

**AM03LbsorKg. 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 \_\_\_\_\_

Kilogrammes \_\_\_\_\_

Je préfère ne pas répondre

Je ne sais pas

### **INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES**

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

1 Abitibi Témiscamingue

2 Bas-Saint-Laurent

3 Capitale-Nationale

- 4 Chaudière-Appalaches
- 5 Côte-Nord
- 6 Estrie
- 7 Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine
- 8 Laval
- 9 Lanaudière
- 10 Laurentides
- 11 Montérégie
- 12 Montréal
- 13 Nord-du-Québec
- 14 Nunavut
- 15 Outaouais
- 16 Saguenay-Lac-Saint-Jean
- 17 Terres-Cries-de-la-Baie-James
- 18 Je vis au Canada, mais à l'extérieur du Québec
- 19 Je ne vis pas au Canada

**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 caractères, vous pouvez fournir les 3 premiers caractères seulement.*

**r1003q0 Vous êtes arrivé(e) à la fin de ce questionnaire COVID-19. Cliquez sur "Envoyer" pour soumettre vos réponses. Il ne sera plus possible de revenir en arrière pour apporter des modifications**

CARTaGENE tient à vous remercier chaleureusement pour le temps que vous nous avez accordé pour votre participation à l'étude sur la COVID-19. Depuis près de deux ans, vous vous êtes engagé à lutter contre la COVID-19 en remplissant les questionnaires et en faisant des dons de microéchantillons de sang. Votre participation à ces projets est inestimable et contribuera à faire progresser les connaissances sur la COVID-19 pour les années à venir.

Si vous souhaitez en savoir plus sur la façon dont vos données ont contribué à la recherche, veuillez visiter le site web de CARTaGENE et de CanPath.

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**