



## **CARTaGENE QUESTIONNAIRE COVID-19** **Version 2020-05-25 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. 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 avant le 30 juin 2020.*

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

**DG03. À ce jour, avez-vous été testé(e) pour la COVID-19 ?**

- 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

**[IF DG03=1] Combien de fois avez-vous été testé(e) ?**

- 1
- 2
- 3
- 4

**DG05. [Repeat 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> 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> 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> 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=3,4] Pensez-vous être un cas non diagnostiqué de la COVID-19 ?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

## **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 ?**

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 : \_\_\_\_\_

**SY03. [IF SY01=1] 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.*

Température maximale en °C :

OU

Température maximale en °F :

**SY03\_BIS. [IF SY01=1] Avez-vous toujours de la fièvre ?**

0 Non

1 Fièvre légère

2 Fièvre modérée

3 Forte fièvre

**SY04. Depuis le 1er 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				
Frissonnements				
Perte de goût				
Perte d'odorat				
Diarrhée				
Perte d'appétit				

	0 Non	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
Nausée				
Vomissement				
Confusion				
Étourdissements				
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)

**SY05. [IF YES TO ANY SYMPTOMS] Est-ce que votre état est redevenu normal ?**

- 1 Complètement
- 2 En majorité
- 3 Un peu
- 4 Pas vraiment
- 5 Pas du tout

**SY06. [IF SY05=1,2] 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. [FOR ANY SYMPTOMS IN SY04] Avez-vous toujours de la difficulté avec l'un des symptômes suivants ?**

	0 Non	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
Toux sèche				
Toux grasse (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				

	0 Non	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
musculaires et / ou articulaires générales				
Frissonnements				
Perte de goût				
Perte d'odorat				
Diarrhée				
Perte d'appétit				
Nausée				
Vomissement				
Confusion				
Étourdissements				
Autre – Veuillez préciser _____				

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

J'ai composé le 811 ou 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 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 /
--	-----	-----	------------------

			<b>Non applicable</b>
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 / Non applicable
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 / Non applicable
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												

**SY11. [IF SY09=YES] Combien de temps s'est-il écoulé entre ce contact et le premier symptôme de la première personne présentant des symptômes ?**

	Aucun	1 jour	2 jours	3 jours	4 jours	5 jours	6 jours	7 jours	8 jours	9 jours	10 jours et plus	Je ne sais pas / Non applicable
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 :

**CH06. [IF YES to CH01 OR CH01\_Bis] Avez-vous passé une radiographie thoracique ou une tomodensitométrie (CT scan) ?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**CH07. [IF CH01 OR CH01\_Bis=YES] Avez-vous eu besoin de ventilation mécanique (assistance respiratoire) pour la COVID-19 ?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**CH08. [IF YES] Combien de temps avez-vous eu besoin de ventilation mécanique ?**

*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 eu des complications liées à l'hospitalisation après votre congé ?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**CH11. [IF CH10=YES] Avez-vous eu besoin d'un traitement supplémentaire ou d'une nouvelle hospitalisation ?**



- 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 après le 1er janvier 2020 ?**

*Cela inclut les voyages d'affaire et le tourisme, que ce soit dans la province du Québec ou à l'extérieur de la province (Canada ou international).*

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

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

*Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent. Si vous avez effectué plusieurs voyages nationaux et internationaux, veuillez fournir des détails pour votre voyage le plus récent. 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 voyagé ou laisser la case vide.*

- 1 Dans la province de Québec

2 À l'extérieur de la province, mais au Canada

Dans quelle ville avez-vous voyagé le plus récemment ? \_\_\_\_\_

Quelles étaient vos dates de voyage ? Du JJ MM AAAA Au JJ MM AAAA

3 International

Dans quel pays avez-vous voyagé le plus récemment ? \_\_\_\_\_

Quelles étaient vos dates de voyage ? Du JJ MM AAAA Au JJ MM AAAA

4 Voyage sur un bateau de croisière

Si oui, quelles étaient vos dates de voyage ? Du JJ MM AAAA Au JJ MM AAAA

Ville de départ : Veuillez préciser

Ville d'arrivée : Veuillez préciser

**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. [IF EX03=YES] À quelle date étiez-vous pour la première fois dans la même pièce après que cette personne ait été diagnostiquée ou testée positif à la 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

**EX04\_Bis [IF EX03=YES] Dans quelle pièce étiez-vous ?**

À la maison, dans la cuisine ou le salon

À la maison, dans la chambre ou la salle de bain

Dans une autre maison

Au travail

Dans un établissement de soins de santé (par exemple, salle d'attente)

Je ne sais pas

**EX05 [IF EX03=YES] Qui était cette personne atteinte 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

**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\_Bis [IF EX06=YES] Dans quelle pièce étiez-vous ?**

- À la maison, dans la cuisine ou le salon
- À la maison, dans la chambre ou la salle de bain
- Dans une autre maison
- Au travail
- Dans un établissement de soins de santé (par exemple, salle d'attente)
- Je ne sais pas

**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 1er Janvier 2020, n'incluez pas les personnes qui ont voyagé avec vous.*

- 1 Oui
- 0 Non

**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

**Le 13 mars, le gouvernement du Québec a déclaré l'état d'urgence sanitaire qui a conduit au confinement général de la province. Plusieurs mesures de prévention ont également été mises en place, notamment des restrictions sur les activités à l'extérieur du domicile et les rassemblements publics, et l'instauration de la distanciation physique obligatoire en public, dans le but de réduire le risque d'exposition à la COVID-19.**

**EX10. Depuis mars 2020, quelles mesures de prévention avez-vous adopté ?**

*Sélectionnez tout ce qui s'applique, même si vous n'avez pas continué ces mesures du fait de l'évolution des recommandations de santé publique.*

- J'ai fait du télétravail
- J'ai fait des réserves d'épicerie ou de produits pharmaceutiques
- J'ai évité de sortir de la maison pour des raisons non essentielles
- J'ai pratiqué la distanciation sociale lors de mes sorties
- J'ai évité les foules et les grands rassemblements
- Je n'ai pas rendu visite à des personnes extérieures à la famille
- J'ai porté un masque lors de mes sorties
- J'ai porté des gants lors de mes sorties
- J'ai lavé mes mains plus régulièrement
- J'ai évité de me toucher la figure
- J'ai annulé un voyage
- Autre : veuillez préciser
- Aucune

**EX11. Utilisiez-vous régulièrement les transports en commun avant mars 2020 ?**

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

**EX12. [IF EX11=YES] Avez-vous continué d'utiliser les transports en commun après mars 2020 ?**

- 1 Oui, j'utilise les transports en commun comme avant
- 2 Oui, j'utilise toujours les transports en commun mais moins souvent
- 0 Non, je n'utilise plus les transports en commun
- 8 Je préfère ne pas répondre

**EX12\_Bis. [IF EX12=0,2] Pour quelle(s) raison(s) avez-vous changé vos habitudes de transport ?**

*Sélectionnez tout ce qui s'applique.*

- 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

*Pour les deux 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.

**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 :

**EX15. [IF EX13=YES] Combien de personnes, adultes et enfants, vivant dans votre maison étaient en isolement volontaire avec vous ?**

Nombre de personnes : 0 est possible (ou ne s'applique pas)

**EX16. [IF EX13=YES] Êtes-vous toujours en isolement volontaire ?**

1 Oui  
0 Non  
8 Je préfère ne pas répondre

**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 :

**EX18\_Bis. [IF EX17=YES] Combien de personnes, adultes et enfants, vivant dans votre maison étaient en quarantaine avec vous ?**

Nombre de personnes : 0 est possible (ou ne s'applique pas)

**EX19. [IF EX17=YES] Êtes-vous toujours en quarantaine ?**

1 Oui

0 Non

8 Je préfère ne pas répondre

**EX20. [IF EX13 OR EX17=YES] Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour vous procurer les produits de première nécessité (par exemple, achat de nourriture, médicaments, etc.) ?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**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 :**

Totalement suffisante  
Plutôt suffisante  
Pas vraiment suffisante  
Pas du tout suffisante  
Je ne sais pas

**5. INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES**

**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 ?**

Je vis seul(e)

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 séniors, 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 pièces a votre logement (excluant la salle de bain) ?**

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 chien :

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 vis au Canada mais à l'extérieur du Québec

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

Code postal :

J'habite à l'extérieur du Canada

**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 précédant 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 précédant 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 précédant 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 précédant 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 précédant 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.*

**RF1. 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)

**RF02. [IF YES to Daily or Occasionally] Votre tabagisme a-t-il changé depuis mars 2020 ?**

- 0 Non
- 1 Oui – je fume plus qu'avant
- 2 Oui – je fume moins qu'avant
- 9 Je ne sais pas

**RF03. Avez-vous déjà fait l'essai d'une 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 Oui
- 0 Non
- 8 Je ne sais pas

**RF04. [IF RF03=YES] Au cours des 30 derniers jours, avez-vous utilisé une cigarette électronique ?**

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

**RF05. Vos habitudes de consommation de cigarettes électroniques ont-elles changé depuis mars 2020 ?**

- 0 Non
- 1 Oui – j'en consomme plus qu'avant
- 2 Oui – j'en consomme moins qu'avant
- 9 Je ne sais pas

**RF06. Avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ?**

- 1 Oui

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

**RF07. [IF RF06=YES] Au cours des derniers 12 mois, avez-vous utilisé du cannabis pour l'une des raisons suivantes ?**

- 1 À des fins non-médicales seulement
- 2 À des fins médicales seulement, avec ou sans prescription
- 3 À des fins médicales et non-médicales
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**RF08. Au cours des 12 derniers mois, 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

**RF09. Votre consommation de cannabis a-t-elle changé depuis mars 2020 ?**

- 0 Non
- 1 Oui – j'en consomme plus qu'avant
- 2 Oui – j'en consomme moins qu'avant
- 9 Je ne sais pas

**RF10. En moyenne, au cours de la dernière année, à quelle fréquence avez-vous consommé 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

**RF11. [IF RF10=1 to7] Votre consommation d'alcool a-t-elle changé depuis mars 2020 ?**

- 0 Non
- 1 Oui – je consomme plus souvent de l'alcool qu'avant
- 2 Oui – je consomme moins souvent de l'alcool qu'avant

9 Je ne sais pas

## 7. CONDITIONS MÉDICALES

*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 aimerions 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 ?
Sein	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
Leucémie	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

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

Type de cancer	Suivez-vous actuellement un traitement ?	[IF SELECTED] Quel genre de traitement ?
	0 Non 9 Je ne sais pas	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
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 diagnostiqué(e) avec :**

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

Maladie	Diagnostic	[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?
	Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	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
Maladie du foie ou du	1 Oui	



Maladie	Diagnostic	[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?
pancréas	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
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
Condition en santé mentale	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	Dépression majeure	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Dépression mineure	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble bipolaire	1 Oui

Maladie	Diagnostic	[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?
		0 Non 9 Je ne sais pas
	Syndrome de stress post-traumatique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Schizophrénie ou trouble schizoaffectif	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble obsessionnel compulsif	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble anxieux	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble alimentaire	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Problème de dépendance (par exemple, alcool, drogues ou dépendance aux jeux)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladie neurologique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les 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
Arthrite	De quel(s) type(s) d'arthrite s'agit-il ?  Polyarthrite rhumatoïde Arthrose	

<b>Maladie</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?</b>
	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
Maladie de la peau	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :	
	Eczéma	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	1 Oui

Maladie	Diagnostic	[IF SELECTED] Suivez-vous actuellement un traitement ?
	ou compromis tel qu'une immunodéficience combinée grave	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 annulée ou reportée
- Traitement 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
- Consultation d'un professionnel de la santé au sujet d'un problème ou d'une préoccupation existant remise à plus tard
- Consultation d'un professionnel de la santé au sujet d'un nouveau problème ou d'une nouvelle préoccupation remise à plus tard
- Tests de laboratoire réguliers annulés ou reportés
- Pénurie de médicaments

Autre : veuillez préciser  
Aucun ou sans objet

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

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

**8. MÉDICAMENTS**

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

*Sélectionnez 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 ?	[IF YES] À quelle fréquence ?
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 :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
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 :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement

Type de médicament	Avez-vous pris ces médicaments au cours des 12 derniers mois ?	[IF YES] À quelle fréquence ?
		9 Je ne sais pas
Antibiotiques	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
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 :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
Médicaments contre les allergies	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
Traitement anti-androgénique	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste)	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours

Type de médicament	Avez-vous pris ces médicaments au cours des 12 derniers mois ?	[IF YES] À quelle fréquence ?
	Numéro d'identification DIN :	3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
Médicaments contre l'asthme	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
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 :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
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 :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (par exemple, ibuprofène comme Advil	1 Oui 0 Non	1 Je le prends tous les jours

Type de médicament	Avez-vous pris ces médicaments au cours des 12 derniers mois ?	[IF YES] À quelle fréquence ?
ou Motrin; naproxène comme Aleve)	9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :	2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas
Autres analgésiques contre la douleur et la fièvre (par exemple, aspirine, paracétamol ou acétaminophène)	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas  [IF YES] Lequel ? Nom du médicament (liste) Numéro d'identification DIN :	1 Je le prends tous les jours 2 Je l'ai pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Je l'ai pris avant janvier 2020, mais je ne le prends pas actuellement 9 Je ne sais pas

**ME02. Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris au cours des 12 derniers mois des suppléments de vitamine D ?**

- 1 Oui, j'en prends tous les jours
- 2 Oui, j'en prends régulièrement mais pas tous les jours
- 3 Oui, j'en prends occasionnellement, surtout l'hiver
- 4 Non, je n'en prends pas
- 9 Je ne sais pas

**ME03. [IF ME02=1,2,3] Quel est le dosage des suppléments de vitamine D que vous prenez ?**

Dosage en nombre UI :

**9. ASPECTS 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.*

**PI01. Depuis mars 2020, 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(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] Si vous avez coché au moins un des problèmes, 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 ?**

	<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>
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] Si vous avez coché l'un de ces problèmes, 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, pendant la pandémie.**

	Excellente	Très bonne	Bonne	Acceptable	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"/>
		<b>Meilleure</b>	<b>À peu près la même</b>		<b>Pire</b>
Votre santé mentale et émotionnelle actuelle, par rapport à ce qu'elle était <u>avant</u> la pandémie, est :		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

*Les situations stressantes peuvent affecter les relations qui vous entourent. Nous comprenons que beaucoup de choses peuvent avoir changé dans votre vie en raison de l'impact de la pandémie. Dans la prochaine série de questions, nous voudrions savoir comment vos relations ont changé depuis le début de la pandémie.*

**PI06. Comment vos relations avec les personnes suivantes ont-elles changé ?**

	Ne s'applique pas (je n'ai pas de partenaire)	Est devenue plus proche qu'avant la pandémie	Est à peu près la même qu'avant la pandémie	Est plus distante ou tendue qu'avant la pandémie
<b>Partenaire de vie</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

--	--	--	--	--

**PI06\_bis. Comment vos relations avec les personnes suivantes ont-elles changé ?**

	Est devenue plus proche qu'avant la pandémie	Est à peu près la même qu'avant la pandémie	Est plus distante ou tendue qu'avant la pandémie
<b>Autres membres de la famille (à l'exclusion du (de la) partenaire de vie)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Amis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Voisins</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Des gens que vous ne connaissez pas, mais qui font partie de votre collectivité</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Collègues de travail</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

- 0 Non
- 1 Oui – J'ai reçu des services que j'avais déjà avant
- 2 Oui – J'ai commencé à utiliser de nouveaux services
- 3 Oui – J'ai utilisé des services préexistants et des nouveaux services
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**PI08. [IF PI07=1,2] Avez-vous eu accès à des services de santé mentale durant la pandémie de COVID-19 pour l'une des raisons suivantes ?**

*Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.*

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

**PI09. Depuis mars 2020, un membre de votre ménage a-t-il eu accès à des services de santé mentale ?**

- 0 Non
- 1 Oui – en recevant des services qu'il (elle) avait déjà
- 2 Oui – il (elle) a commencé à utiliser de nouveaux services
- 3 Oui – en utilisant des services préexistants et des nouveaux services
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

## **10. IMPACT SOCIOÉCONOMIQUE**

*La déclaration de 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. Avant mars 2020, quelle était 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)

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

<b>Code</b>	<b>Secteur</b>
11	Agriculture, foresterie, pêche et chasse
21	Extraction minière, exploitation en carrière, et extraction de pétrole et de gaz
22	Services publics
23	Construction
31-33	Fabrication
41	Commerce de gros
44-45	Commerce de détail
48-49	Transport et entreposage
51	Industrie de l'information et industrie culturelle
52	Finance et assurances
53	Services immobiliers et services de location et de location à bail
54	Services professionnels, scientifiques et techniques
55	Gestion de sociétés et d'entreprises
56	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. Quelle est votre profession ou titre d'emploi ?**

Profession ou titre d'emploi :

**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 ?**

*Veillez 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 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
- 5 Il est trop tôt pour se prononcer

**SI09. Depuis la déclaration d'une urgence de santé publique pour la COVID-19, un membre de votre ménage a-t-il reçu de la nourriture d'une banque alimentaire, d'une soupe populaire ou d'un autre organisme de bienfaisance ?**

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

**SI10\_bis. [IF SI09=YES] A quelle fréquence ?**

- Une seule fois
- Une fois par mois
- Une fois toutes les deux semaines
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Autre : veuillez préciser

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

**SI13. Depuis mars 2020, avez-vous donné de l'aide ou du soutien à d'autres personnes (amis, membres de la famille, voisins, organisation communautaire ou bénévole, collègues) en raison de la pandémie ?**

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

**SI14. [IF SI13=YES] Quel type d'aide ou de soutien avez-vous donné et à 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, autres membres de la famille)						
Ami(s) ou voisin(s)						
Organisme communautaire ou bénévole						
Collègues						

**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 sociaux)						

**SI18. Certaines applications mobiles permettent de tracer la COVID-19 afin d'en limiter la propagation et d'estimer les niveaux de risque d'infection (par exemple, COVI par le MILA). Si ces applications étaient disponibles au Québec, seriez-vous prêt(e) à les utiliser ?**

1. Tout à fait favorable
2. Plutôt favorable
3. Je ne sais pas / Je n'ai pas d'avis
4. Plutôt défavorable
5. Tout à fait défavorable

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

*Les prochaines questions portent sur le genre. Les différences biologiques et sociales entre les hommes et les femmes contribuent aux différences de l'état de santé. Le sexe (attribut biologique) et le genre (attribut social) peuvent influencer les risques de développer certaines maladies, la réponse aux médicaments et la fréquence d'utilisation des services de santé.*



**DE03. Qu'est ce qui définit le mieux votre identité de genre ?**

- 0 Homme
- 1 Femme
- 3 Autre (par exemple, fluidité de genre, non binaire, etc.)
- 8 Je préfère ne pas répondre

**DE04. Quel est le genre avec lequel vous vivez dans votre vie quotidienne ?**

- 0 Homme
- 1 Femme
- 2 Parfois homme, parfois femme
- 3 Ni homme, ni femme
- 8 Je préfère ne pas répondre

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

**AM01. Quelle est votre taille ?**

*Veillez 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

**AM04. [IF AM02=NO] Combien pesez-vous généralement ?**

*Veillez répondre à la question en livres ou en kilogrammes.*

valeur en livres :

or

valeur en kilogrammes :

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