

CaG COVID-19 QUESTIONNAIRE SUIVI 6 mois **Version 2021-06-04 Français**

Nous vous remercions d'avoir participé au volet sérologique de l'étude COVID-19 de CARTaGENE et d'avoir fourni un microéchantillon sanguin pour l'analyse des anticorps anti-COVID-19.

Ce questionnaire raccourci est conçu pour connaître les changements survenus au niveau de votre santé, tant physique que mentale, suite à l'impact de la COVID-19 depuis que vous avez rempli le dernier questionnaire.

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

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

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

1. DIAGNOSTIC DE COVID-19

DG03. Depuis le 1^{er} janvier 2021, avez-vous été testé(e) pour la COVID-19 (y compris un prélèvement nasal et/ou un test sanguin)?

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

DG03N [IF DG03=1] Combien de fois avez-vous été testé(e) ? Pour les tests de sérologie/anticorps, veuillez ne pas inclure les tests qui font partie de cette étude.

Un maximum de 8 tests peuvent être déclarés. Si vous avez fait plus de 8 tests, veuillez fournir les informations relatives à vos tests les plus récents.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

7

8

DG03_Ter. [Repeat DG03_Ter-DG05-DG06bis-DG04 as needed] Quel était le type de test de votre 1^{er}/2^e/3^e/4^e...8^e test?

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

Test d'anticorps/sérologie (test sanguin pour une infection passée)

DG05. [Repeat DG03_Ter-DG05-DG06bis-DG04 as needed] Quelle était la date de votre 1^{er}/2^e/3^e/4^e...8^e 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^{er}/2^e/3^e/4^e...8^e test ?

Nombre de jours :

DG04. Quel était le résultat de votre 1^{er}/2^e/3^e/4^e...8^e test pour la COVID-19 ?

0 Négatif

1 Positif

8 Je préfère ne pas répondre

9 Je ne sais pas, ou je n'ai pas encore reçu le résultat.

DG07. [IF DG03=2,3,4] Pensez-vous être, ou avoir été depuis le 1^{er} janvier 2021, un cas non diagnostiqué de la COVID-19 ?

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

DG02. [IFDG07=1] Pourquoi pensez-vous avoir, ou avoir eu, la COVID-19 ?

[SÉLECTIONNEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE]

1 J'ai fait une auto-évaluation en ligne

2 J'ai eu des symptômes qui pourraient être liés à la COVID (par exemple, fièvre, mal de gorge, écoulement nasal, difficulté à respirer, etc.) qui ne peut pas être attribué à une condition déjà existante

4 Un professionnel de la santé me l'a dit

5 J'ai eu un contact avec quelqu'un qui a été testé positif à la COVID-19

6 Autre: _____

DG02_Bis. [if yes to Contact with someone who tested positive for COVID-19] Quelle était la date de votre premier contact avec cette personne qui a été testée positive à la COVID-19 ?

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

DD/MM/YYYY

DG02_Ter. [if yes to Contact with someone who tested positive for COVID-19] Qui était cette personne avec la COVID-19 ?

Époux(se), conjoint(e), partenaire

Membre de votre famille avec lequel vous vivez

Membre de votre famille qui vit ailleurs

Colocataire

Ami

Collègue de travail

Autre : _____

2. VACCINATION

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

Oui

Non

Je ne sais pas

OT05 Avez-vous été vacciné contre la COVID-19 ?

Répondez « Oui » si vous avez reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19.

Note : Pour certains types de vaccins, il faut plus d'une dose pour assurer une protection contre la COVID-19.

Oui [Go to OT05B]

Non [SKIP to OT09]

OT05B Avez-vous été vacciné au Québec?

Oui [SKIP to DG15]

Non [Go to OT05C]

[IF NO to OT05B] OT05C Où avez-vous été vacciné (province/état, ou pays)?

Texte libre

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

Oui

Non

OT06. Quel vaccin avez-vous reçu? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Vaccin de Pfizer et BioNTech à ARNm
- Vaccin de Moderna à ARNm
- Vaccin d'AstraZeneca Oxford / Covshield
- Vaccin Janssen (Johnson & Johnson)
- Autre : _____
- Je ne sais pas

OT07. Combien de doses du vaccin [OT06 Vaccine Name] contre la COVID-19 avez-vous reçu jusqu'à présent?

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

- 1 dose
- 2 doses
- 3 doses
- 4 dose
- 5 doses
- 6 doses

OT08. [Repeat as many times as is indicated in OT07.] Quand avez-vous reçu la 1ere, 2^e, 3^e ... 6^e dose du vaccin [OT06 Vaccine Name] ?

(JMMAAA)

OT08A [Repeat as many times as is indicated in OT07.] Dans quel contexte avez-vous reçu la dose du vaccin [OT06 Vaccine Name]?

- Hôpital
- Clinique de santé publique
- Pharmacie
- Poste de soins infirmiers
- Cabinet médical
- Maison de soins de longue durée
- Lieu de travail
- Autre : veuillez préciser

OT08B Avez-vous ressenti des effets secondaires (dans les premiers jours) après avoir reçu une dose du vaccin COVID-19 ?

- Oui [go to OT08C]
- Non [SKIP to OT09A]
- Je préfère ne pas répondre

[IF YES to OT08B] OT08C. Avez-vous ressenti les effets secondaires suivants dans le bras où vous avez été piqué ?

	Non	Oui - Léger	Oui - Modéré	Oui - Sévère	Je préfère ne pas répondre
Rougeur					
Démangeaisons/urticatoire					
Picotements/fourmillements					
Courbatures					
Douleur					
Gonflement					
Ecchymose/bleu					

[IF YES to OT08B] Avez-vous ressenti les effets secondaires suivants ?

	Non	Oui - Léger	Oui - modéré	Oui - Sévère	Je préfère ne pas répondre
Fatigue					
Mal de tête					
Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$					
Frissons ou tremblements					
Douleurs musculaires					
Mal de gorge					
Difficultés à avaler					
Essoufflement ou difficultés à respirer					
Sifflements					
Douleur thoracique					
Rythme cardiaque accéléré					
Vision trouble					
Vertiges ou étourdissements					
Douleur abdominale					

Nausée
Vomissements
Diarrhée
Éruption, rougeur
ou urticaire (sur
d'autres endroits
de votre corps que
le bras où vous
avez été piqué).
Gonflement (sur
d'autres endroits
de votre corps que
le bras où vous
avez été piqué)
Engourdissement
(sur d'autres
endroits de votre
corps que le bras
où vous avez été
piqué)
Picotements ou
fourmillements
(sur d'autres
endroits de votre
corps que le bras
où vous avez été
piqué)

Avez-vous ressenti d'autres effets secondaires ou effets indésirables non mentionnés ci-dessus ?

Non

Oui - veuillez préciser

[If Mild/Moderate/Severe to any symptoms in OT08C or OT08D] OT08E. Avez-vous contacté un professionnel de la santé au sujet de ces symptômes ?

Oui

Non

Je préfère ne pas répondre

[If Mild/Moderate/Severe to any symptoms in OT08C or OT08D] OT08F. Avez-vous dû être hospitalisé pour ces symptômes ?

Oui

Non

Je préférez ne pas répondre

[If Mild/Moderate/Severe to any symptoms in OT08C or OT08D] OT08G. Combien de temps ces symptômes ont-ils duré ?

___ jours

[If YES to OT05] OT08H. Avez-vous eu des réactions allergiques à ces produits dans le passé ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

Autres vaccins (ex:
grippe)
Médicaments
Nourriture

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

Très probable

Assez probable

Assez peu probable

Très peu probable

Préfère ne pas répondre

Nous nous intéressons aux raisons pour lesquelles les gens choisissent de se faire vacciner ou non.

OT09A Quelles sont les principales préoccupations que vous avez concernant la vaccination (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) ? Si vous avez déjà reçu le vaccin, quelles étaient vos principales inquiétudes ?

Je ne m'inquiète pas de recevoir le vaccin

Je suis inquiet(e) des effets futurs inconnus du vaccin

Je suis inquiet(e) des effets secondaires

La quantité de vaccins disponible est limitée et d'autres personnes en ont plus besoin que moi

Je n'ai pas confiance dans les vaccins

J'ai déjà été testé(e) positif(ve) à la COVID-19 et je devrais donc être protégé(e).

Le risque que je tombe gravement malade à cause de la COVID-19 est faible.

Les chances que j'attrape la COVID-19 sont faibles.

L'impact de la COVID-19 est largement exagéré.

Je ne pense pas que cela soit efficace pour m'empêcher d'attraper la COVID-19.

J'ai un problème de santé qui rendrait la vaccination dangereuse pour moi.

L'immunité collective me protégera même si je ne suis pas vacciné(e)

Le vaccin n'est pas proposé dans un endroit facile d'accès pour moi.

Autre - veuillez préciser

OT09B. Quelles sont les principales raisons qui vous poussent à vous faire vacciner (sélectionnez toutes les raisons qui s'appliquent) ? Si vous avez déjà reçu le vaccin, quelles étaient vos principales raisons ?

Pour m'empêcher d'attraper la COVID-19 ou d'être très malade

Pour permettre à ma vie sociale et familiale de reprendre son cours normal

Pour protéger d'autres personnes de la contamination par la COVID-19

Parce que le vaccin ne fonctionnera pas si la plupart des gens ne le prennent pas

Parce que je travaille dans un service essentiel

Parce que je suis en contact avec des personnes à haut risque

Parce qu'il est/était recommandé par mon prestataire de soins de santé

Parce qu'il est/était recommandé par des experts en santé publique

Parce que c'est/était recommandé par le gouvernement

Pour me permettre de sortir à nouveau de chez moi en toute sécurité

Pour réduire les perturbations dans l'éducation de mes enfants

Pour me permettre de retourner sur mon lieu de travail

Pour me permettre d'obtenir l'aide ou les soins dont j'ai besoin à la maison

Non applicable - je ne prévois pas de me faire vacciner

Autre - veuillez préciser

OT10. Avez-vous reçu une transfusion sanguine au cours des deux 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

3. 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.*

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

SY01. Avez-vous fait de la fièvre depuis le 1^{er} janvier 2021 (>38 °C) ?

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

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

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

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

Nombre de jours : _____

SY04. Depuis le 1er janvier 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. 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				

	0 Non	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
Frissonnements				
Perte de goût				
Perte d'odorat				
Diarrhée				
Perte d'appétit				
Nausée				
Vomissement				
Sifflement				
Douleur dans la poitrine				
Confusion				
Étourdissements				
Douleurs abdominales				
Autre – Veuillez préciser _____				

SY04_Bis. [IF YES TO ANY SYMPTOMS] Quand avez-vous ressenti ces symptômes pour la première fois ?

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

Date : (JJ-MM-AAAA)

SY04_Ter. [IF YES TO ANY SYMPTOMS] Quand avez-vous ressenti les symptômes les plus récents ?

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

Date : (JJ-MM-AAAA)

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

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

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

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

Nombre de jours : _____

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

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

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

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

Sélectionnez tout ce qui s'applique.

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

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

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

Amis												
Collègues de travail												

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

CH01. Depuis le 1^{er} janvier 2021, avez-vous été hospitalisé(e) en raison de la COVID-19 ?

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

CH01_Bis. Durant la pandémie de COVID-19, avez-vous été hospitalisé(e) pour une autre raison puis infecté(e) par la COVID-19 durant votre hospitalisation ?

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

CH02. [IF CH01 OR CH01_Bis=YES] À quelle date avez-vous été admis(e) à l'hôpital ?

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

Date : _____ (JJ-MM-AAAA)

CH03. [IF CH01 OR CH01_Bis=YES] Pendant combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) ?

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

Nombre de jours :

CH04. [IF CH01 OR CH01_Bis=YES] Avez-vous été admis(e) dans une unité de soins intensifs ?

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

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

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

Nombre de jours :

CH10. [IF YES to CH01 or CH01_Bis] Avez-vous continué à présenter des symptômes ou des complications liées à l'hospitalisation après votre congé ?

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

5. EXPOSITION À LA COVID-19

EX04. Combien de fois avez-vous participé à un rassemblement social (en dehors du travail) de plus de 10 personnes depuis le 1^{er} janvier 2021 ? Veuillez indiquer le nombre de rassemblements qui se sont déroulés à l'intérieur et à l'extérieur.

Nombre de rassemblements à l'intérieur :

Nombre de rassemblements à l'extérieur :

EX04_Bis [IF ANSWERED 1+ TO INDOOR]. Était-ce en respectant les recommandations de santé publique (port du masque, distanciation sociale, etc.) (rassemblement intérieur) ?

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

EX04_Ter [IF ANSWERED 1+ TO OUTDOOR]. Était-ce en respectant les recommandations de santé publique (port du masque, distanciation sociale, etc.) (rassemblement extérieur) ?

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

Pour la question suivante, veuillez utiliser la définition suivante :

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

EX10. Depuis le 1^{er} janvier 2021, combien de fois avez-vous fait ce qui suit ?

	Jamais	Rarement	Occasionnel lement	Souvent	Toujours
Port du masque dans les lieux publics en intérieur ou					

	Jamais	Rarement	Occasionnel lement	Souvent	Toujours
lorsque la distanciation physique n'était pas possible					
Distanciation physique dans les lieux publics					
Évitement des lieux/rassembléments bondés					
Évitement des salutations communes (serrer la main, accolades, etc.)					
Limitation des contacts avec des personnes à haut risque (exemple d'un parent âgé)					
Interaction avec une "famille cohorte" (une autre famille ou un petit groupe d'amis proches qui ne se fréquentent ou n'interagissent qu'entre eux)					
Prendre les transports en commun					
Appliquer les directives de santé publique en matière de lavage des mains (se laver les mains avec de l'eau et du savon)					

	Jamais	Rarement	Occasionnel lement	Souvent	Toujours
pendant au moins 20 secondes, etc.)					
Avoir sur soi du désinfectant pour les mains ou des lingettes désinfectantes en dehors de la maison					
Éviter de quitter la maison pour des raisons non essentielles					
Mise en quarantaine parce que vous avez peut-être été exposé au COVID-19, mais n'avez pas présenté de symptômes					
Mise en quarantaine parce que vous pensiez être infecté par la COVID-19					
Télétravail					
Réserves d'épicerie ou de produits pharmaceutiques					
Port de gants lors de mes sorties					
Autre : veuillez préciser					

6. RISK FACTORS

E5. Par rapport à la situation au début de l'année 2021, avez-vous changé votre niveau d'activité physique?

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

E6. Par rapport à la situation au début de l'année 2021, est-ce que la durée de votre sommeil a changé ?

- 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 au début de l'année 2021, est-ce que la qualité de votre sommeil a changé ?

- 1 Beaucoup augmentée
- 2 Un peu augmentée
- 3 Pas de changement
- 4 Un peu diminuée
- 5 Beaucoup diminuée

E7. Par rapport à la situation au début de l'année 2021, est-ce que la qualité de vos repas a changé ?

- 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 au début de l'année 2021, est-ce que la quantité de nourriture dans vos repas a changé ?

- 1 Beaucoup augmentée
- 2 Un peu augmentée
- 3 Pas de changement
- 4 Un peu diminuée
- 5 Beaucoup diminuée

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

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

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

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

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

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

RF06. Actuellement, consommez-vous du cannabis ?

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

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

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

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

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

7. **IMPACTS PSYCHOSOCIAUX**

*Les questions suivantes concernent votre état émotionnel depuis janvier 2021. **Veillez noter qu'un professionnel de la santé mentale ne vous contactera pas si vos réponses à ces questions suggèrent que vous êtes en détresse.** Si vous êtes stressé ou anxieux et que vous souhaitez obtenir de l'aide, veuillez vous adresser aux services de santé mentale disponibles dans votre région.*

PI01. Depuis le 1^{er} janvier 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
Se sentir nerveux(se), anxieux(se), ou crispé(e)				
Ne pas être capable d'arrêter de s'inquiéter				
Se faire trop de soucis à propos de différentes choses				
Avoir de la difficulté à se détendre				
Être si agité(e) qu'il est difficile de rester assis(e)				
Devenir facilement incommodé(e) ou irritable				
Être angoissé(e) comme si quelque chose de terrible allait arriver				

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

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

PI03. Depuis le 1^{er} janvier 2021, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?

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

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

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

PI05. Nous aimerions que vous compariez votre santé mentale et émotionnelle avant le 1^{er} janvier 2021 par rapport à maintenant.

	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"/>
		Meilleure	À peu près la même		Pire
Votre santé mentale et émotionnelle actuelle, par rapport à ce qu'elle était <u>avant</u> le 1er janvier 2021, est :		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

PI07. Depuis le 1^{er} janvier 2021, avez-vous eu accès à des services de santé mentale ?

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

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

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- 1 Anxiété
- 2 Dépression
- 3 Stress
- 8 Je préfère ne pas répondre

9 Autres : Veuillez préciser

8. INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

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

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