

# QUESTIONNAIRE CANPATH SUR LA COVID-19 (V10.5)

## PAGE D'ACCUEIL

Nous vous remercions de prendre part à ce questionnaire! Alors que la récente pandémie de COVID-19 continue de tous nous affecter dans notre vie quotidienne, nous sollicitons votre aide pour en arriver à mieux comprendre et suivre l'évolution de cette maladie.

Vous aurez **DEUX SEMAINES** pour remplir le questionnaire. Vous n'êtes pas obligé/e de le compléter en une seule séance. Vous pouvez faire une pause, sauvegarder ce que vous avez déjà fait et y revenir un peu plus tard.

Ce questionnaire a été conçu pour évaluer l'impact que la COVID-19 peut avoir eu sur votre santé physique et mentale, pour explorer les facteurs de risque connus de la COVID-19 et pour savoir comment la pandémie a touché d'autres volets de votre vie, comme votre réseau de soutien social et votre situation d'emploi.

**Même si vous N'AVEZ PAS éprouvé des symptômes de la COVID-19, nous vous demandons de répondre au questionnaire – vos réponses sont toujours utiles aux chercheurs en santé.**

Veillez entrer une réponse à chaque question apparaissant à l'écran. S'il y a des questions auxquelles vous ne vous sentez pas à l'aise de répondre, veuillez choisir l'option « Je préfère ne pas répondre », le cas échéant.

## RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

**DE01. Quel âge avez-vous?**

\_\_\_\_\_ ans

**DE02. Quel était votre sexe à la naissance?**

0 Homme

1 Femme

*Les prochaines questions portent sur le sexe et le genre. Des différences biologiques et sociales entre les femmes et les hommes sont à l'origine de différences dans leur santé. Le sexe (attributs biologiques) et le genre (facteurs socio-culturels) peuvent influencer sur des choses telles que notre risque de contracter certaines maladies, la réponse aux traitements et, souvent, la façon dont nous cherchons à obtenir des soins de santé.*

**DE03. Laquelle décrit le mieux votre identité de genre actuelle?**

0 Homme

1 Femme

2 Autochtone ou autre minorité culturelle de genre (p. ex., bi-spirituel)

- 3 Autre (p. ex., fluide entre les genres, non binaire)
- 8 Je préfère ne pas répondre

**DE04. Quel genre adoptez-vous actuellement dans votre vie de tous les jours?**

- 0 Homme
- 1 Femme
- 2 Parfois homme, parfois femme
- 3 Parfois autre qu'homme ou femme
- 8 Je préfère ne pas répondre

**DE05. Êtes-vous actuellement enceinte?**

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

**DE06. [IF YES] Depuis combien de semaines?**

\_\_\_\_\_ (semaines)

**DE07. Combien d'adultes (âgés de 18 ans ou plus) et d'enfants (âgés de moins de 18 ans), y compris vous-même, vivent actuellement dans votre ménage?**

Je vis seul/e.

Nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans? \_\_\_\_

Nombre d'adultes âgés de 18 à 59 ans? \_\_\_\_

Nombre d'adultes âgés de 60 à 69 ans? \_\_\_\_

Nombre d'adultes âgés de 70 à 79 ans? \_\_\_\_

Nombre d'adultes âgés de 80 ans ou plus? \_\_\_\_

Je ne sais pas

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

- 0 Maison (p. ex., maison individuelle, maison jumelée, duplex ou maison en rangée)
- 1 Appartement ou copropriété
- 2 Habitation pour personnes âgées (p. ex., maison de retraite, foyer pour aînés, résidences pour aînés, logement avec aide à la vie autonome)
- 3 Établissement (p. ex., établissement de soins de longue durée, maison de soins infirmiers)
- 4 Autre (p. ex., maison mobile, hôtel, maison de chambres ou foyer de groupe)
- 5 Je ne sais pas
- 6 Je préfère ne pas répondre

**DE09. Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal résidentiel actuel?  
[OHS/MTB/PATH only]**

**Note : Le format de la réponse devrait être similaire à « M1M ».**

Trois premiers caractères de votre code postal : \_\_\_\_\_

- 7 Je vis à l'extérieur du Canada

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

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

**DG01. Avez-vous utilisé un outil de dépistage ou d'auto-évaluation en ligne pour déterminer si vous pourriez avoir la COVID-19 et / ou si vous devriez subir un test?**

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

**DG02. [IF YES] Quelle était la source de l'outil d'auto-évaluation?**

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

- 1 Autorité sanitaire provinciale ou gouvernement
- 2 Employeur
- 3 Autre
- 9 Je ne sais pas

**DG03. À ce jour, avez-vous passé un test 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, une toux, une fièvre légère, des douleurs musculaires, de la fatigue), mais je n'ai pas passé de test
- 4 Non – j'ai ressenti des symptômes, mais je ne rencontre / rencontrais pas les critères de test de ma province
- 8 Je préfère ne pas répondre

**DG04. [IF YES] Quel était le résultat de votre 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 les résultats

**DG05. [IF DG03=1] Quelle était la date de votre test pour la COVID-19?**

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

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

**DG06. [IF DG04=0,1,8] À quelle date avez-vous reçu les résultats?**

**Remarque : La date entrée doit être celle du jour de votre test pour la COVID-19 ou une date plus récente. Votre réponse va s'enregistrer en cliquant sur le bouton 'Page suivante'. Répondez à toutes les questions sur cette page avant de cliquer sur 'Page suivante'.**

\_\_\_\_\_ (JJ-MM-AAAA)  
8 Je préfère ne pas répondre  
9 Je ne sais pas

**DG07. [IF DG03=3,4] Soupçonnez-vous que vous étiez / êtes un cas non diagnostiqué de la COVID-19?**

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

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

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

**DG09. [IF YES] Quelles thérapies expérimentales avez-vous reçues?**

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

**DG10. [IF IF DG08 = YES] Les thérapies décrites ci-dessus vous ont-elles été prescrites par un clinicien pour la COVID-19 (prévention ou traitement)?**

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

**SYMPTÔMES DE LA COVID-19**

*Nous aimerions savoir si vous avez éprouvé des symptômes semblables à ceux de la grippe ou d'autres symptômes pouvant être liés à la COVID-19. Pour les prochaines questions, veuillez tenir compte de tout symptôme qui **n'est pas** attribuable à d'autres problèmes de santé que vous pouvez habituellement avoir / anticiper, comme des allergies saisonnières, des troubles de santé existants, etc.*

**SY01. Avez-vous fait de la fièvre depuis le 1er janvier 2020?**

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

**SY02. [IF YES] Combien de temps a-t-elle duré (si vous avez fait de la fièvre plus d'une fois, répondez à cette question pour la fièvre qui a duré le plus longtemps)?**

- Heures : \_\_\_\_\_
- Ou jours : \_\_\_\_\_
- 9 Je ne sais pas

**SY03. [IF SY01=YES] Quelle a été la température la plus élevée enregistrée?**

- \_\_\_\_\_ °C
- \_\_\_\_\_ °F
- 7 Je n'ai pas pris ma température
- 9 Je ne sais pas

**SY04. Depuis le 1er janvier 2020, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants? Veuillez ne pas inclure de symptômes liés à des facteurs que vous pourriez connaître/prévoir habituellement, comme des allergies saisonnières, l'asthme, la MPOC ou d'autres affections médicales courantes.**

	0 Non	1 Modéré	2 Sévère	9 Je ne sais pas
Toux sèche				
Toux grasse (qui produit du mucus)				
Nez qui coule				
Douleur aux sinus				
Mal d'oreille				
Gorge irritée				
Enrouement				
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				
Nausée				
Vomissement				

**SY05. Avez-vous éprouvé un autre symptôme?**

1 Oui – veuillez préciser : \_\_\_\_\_

0 Aucun autre symptôme

**SY06. [IF YES] Quelle était la gravité de ces autres symptômes?**

Modéré

Sévère

Je ne sais pas

**SY07. [IF YES TO ANY SYMPTOMS] Quand avez-vous ressenti ces symptômes pour la première fois?**

*Si vous ne vous rappelez pas de la date exacte, veuillez fournir la meilleure estimation.*

Value (DD-MM-YYYY)

Je ne sais pas

**SY08. [IF YES TO ANY SYMPTOMS] Vous sentez-vous revenu/e à la normale?**

1 Complètement

2 Largement

3 Un peu

4 Pas vraiment

5 Pas du tout

**SY09. [IF YES to 1,2] Si vous vous sentez revenu/e à la normale, pendant combien de temps avez-vous été malade?**

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

9 Je ne sais pas

**SY10.**

	0 Non	1 Modéré	2 Sévère	9 Je ne sais pas
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la fièvre?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la toux sèche?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la toux grasse (toux qui produit du mucus)?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec l'écoulement nasal?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b>				

	0 Non	1 Modéré	2 Sévère	9 Je ne sais pas
Avez-vous encore de la difficulté avec la douleur aux sinus?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec le mal d'oreille?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec le mal de gorge?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la voix enrouée?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec l'essoufflement, ou de la difficulté à respirer?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec les maux de tête?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la fatigue?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec les courbatures ou les douleurs musculaires et / ou articulaires générales?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec les frissonnements ou les grelottements?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la perte de goût?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la perte d'odorat?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la diarrhée?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la perte d'appétit?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec la nausée?				
<b>[IF SELECTED IN SY04]</b> Avez-vous encore de la difficulté avec les vomissements?				

**SY11. [IF YES TO ANY SYMPTOMS] Pendant que vous éprouviez des symptômes liés à la COVID-19, avez-vous été en contact étroit avec l'un des groupes suivants? Un contact étroit signifie avoir un contact physique tel que serrer quelqu'un dans ses bras, l'embrasser, lui serrer la main, etc.**

	Oui	Non	Je ne sais pas
Conjoint/e ou partenaire			
Membres de la famille vivant au même endroit			

Membres de la famille vivant dans un autre endroit			
Colocataires			
Amis			
Collègues de travail			

**SY12. [IF YES] L'une de ces personnes a-t-elle éprouvé des symptômes liés à la COVID?**

Oui

Non

Je ne sais pas

**SY13. [IF YES] Pour les personnes ayant éprouvé des symptômes liés à la COVID, à quelle/s catégorie/s appartenait-elles et combien de personnes ont été touchées?**

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

Conjoint/e ou partenaire

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

Membres de la famille vivant dans un autre endroit – nombre de personnes : \_\_\_\_\_

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

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

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

### **COVID-19 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX SOINS / À L'HOSPITALISATION**

*Les questions suivantes sont destinées uniquement aux participants ayant reçu un résultat positif au test pour la COVID-19.*

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

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**CH02. [IF YES] À quelle date avez-vous été admis/e à l'hôpital?**

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

9 Je ne sais pas

**CH03. [IF YES] Pendant combien de jours êtes-vous demeuré/e à l'hôpital?**

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

9 Je ne sais pas

**CH04. [IF CH01=YES] Avez-vous été admis/e dans une unité de soins intensifs?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas



**CH05. [IF YES] Combien de temps êtes-vous demeurée à l'unité de soins intensifs?**

Note : Cette réponse doit être inférieure ou égale au nombre de jours passés à l'hôpital. Votre réponse va s'enregistrer en cliquant sur le bouton 'Page suivante'. Répondez à toutes les questions sur cette page avant de cliquer sur 'Page suivante'.

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

9 Je ne sais pas

**CH06. [IF CH01=YES] Avez-vous passé une radiographie thoracique ou une tomodensitométrie?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**CH07. [IF CH01=YES] Avez-vous eu besoin d'une ventilation mécanique pour la COVID-19?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**CH08. [IF YES] Pendant combien de jours avez-vous été sous ventilation mécanique?**

Note : Cette réponse doit être inférieure ou égale au nombre de jours passés à l'hôpital. Votre réponse va s'enregistrer en cliquant sur le bouton 'Page suivante'. Répondez à toutes les questions sur cette page avant de cliquer sur 'Page suivante'.

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

9 Je ne sais pas

**CH09. [IF CH01=YES] Quelle a été la raison de l'arrêt de l'hospitalisation?**

0 Décharge (rétablissement)

1 Autre / inconnue

**CH10. [IF CH01=YES] Avez-vous éprouvé des complications liées à l'hospitalisation après votre congé?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

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

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

## **EXPOSITION À LA COVID-19**

### **EX01. Avez-vous voyagé après le 1er janvier 2020 (y compris à l'intérieur et à l'extérieur de votre province)?**

Si vous avez voyagé après le 1er janvier 2020, jusqu'où êtes-vous allé/e? (Cochez tous les choix qui s'appliquent dans les questions qui suivent – si vous avez fait plusieurs voyages, veuillez fournir des détails pour votre plus récent voyage au pays même et / ou à l'étranger, selon le cas).

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

### **EX02. [IF YES]**

1. National (dans la province)
2. National (à l'extérieur de la province, mais au Canada)

Quelle ville avez-vous visitée durant votre plus récent voyage au pays? \_\_\_\_\_

À quelle date a débuté votre plus récent voyage au pays?  
(De JJ MM AAAA à JJ MM AAAA)

9 Je ne sais pas

À quelle date s'est terminé votre plus récent voyage au pays?  
*Remarque : La date entrée doit être celle du début de votre voyage ou une date plus récente. Votre réponse va s'enregistrer en cliquant sur le bouton 'Page suivante'. Répondez à toutes les questions sur cette page avant de cliquer sur 'Page suivante'.*  
(De JJ MM AAAA à JJ MM AAAA)

9 Je ne sais pas

3. International

Dans quel pays êtes-vous allé lors de votre plus récent voyage?  
\_\_\_\_\_

À quelle date a débuté votre plus récent voyage international?  
(De JJ MM AAAA à JJ MM AAAA)

9 Je ne sais pas

À quelle date s'est terminé votre plus récent voyage international?

*Remarque : La date entrée doit être celle du début de votre voyage ou une date plus récente. Votre réponse va s'enregistrer en cliquant sur le bouton 'Page suivante'. Répondez à toutes les questions sur cette page avant de cliquer sur 'Page suivante'.*

(De JJ MM AAAA à JJ MM AAAA)

9 Je ne sais pas

4. Voyage sur un bateau de croisière

À quelle date a débuté cette croisière?

(De JJ MM AAAA à JJ MM AAAA)

9 Je ne sais pas

À quelle date s'est terminée cette croisière?

*Remarque : La date entrée doit être celle du début de votre voyage ou une date plus récente. Votre réponse va s'enregistrer en cliquant sur le bouton 'Page suivante'. Répondez à toutes les questions sur cette page avant de cliquer sur 'Page suivante'.*

(De JJ MM AAAA à JJ MM AAAA)

9 Je ne sais pas

**EX03. Nous aimerions savoir si d'autres personnes pourraient vous avoir exposé/e à la COVID-19. À votre connaissance, vous êtes-vous trouvé/e dans la même pièce qu'une personne à qui un médecin a appris qu'elle était atteinte de la COVID-19?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**EX04. [IF YES] À quelle date avez-vous eu un premier contact avec cette personne?**

JJ MM AAAA

9 Je ne sais pas

**EX05. [If EX03=1] Qui était cette personne atteinte de la COVID-19?**

Conjoint/e ou partenaire

Un membre de la famille vivant au même endroit

Un membre de la famille vivant dans un autre endroit

Colocataire

Ami/e

Collègue de travail

Autre - veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**EX06. À votre connaissance, depuis le 1er janvier 2020, vous êtes-vous trouvé/e dans la même pièce qu'une personne qui a par la suite éprouvé des symptômes de la COVID-19? Cela**

**comprend de la fièvre, une fatigue extrême, le souffle court, une toux sèche, des douleurs musculaires ou une production accrue d'expectorations.**

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

**EX07. [IF YES] À quelle date avez-vous été en contact pour la première fois avec cette personne avant qu'elle ne commence à éprouver des symptômes de la COVID-19?**

- JJ MM AAAA
- 9 Je ne sais pas

**EX08. [IF YES] Qui était cette personne atteinte de la COVID-19?**

- Conjoint/e ou partenaire
- Un membre de la famille vivant au même endroit
- Un membre de la famille vivant dans un autre endroit
- Colocataire
- Ami/e
- Collègue de travail
- Autre – veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**EX09. À votre connaissance, vous êtes-vous trouvé/e dans la même pièce qu'une personne qui est revenue d'un voyage international après le 1er janvier 2020? Si vous avez fait un voyage international depuis le 1er janvier 2020, n'incluez pas les personnes qui ont voyagé avec vous.**

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

**EX10. [IF YES] À quelle date avez-vous été en contact pour la première fois avec cette personne après qu'elle soit revenue de voyage?**

- JJ MM AAAA
- 9 Je ne sais pas

**EX11. Avez-vous participé à de grands rassemblements publics de plus de 250 personnes (comme un concert) depuis le 1er janvier 2020?**

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

*Les provinces ont déclaré que la COVID-19 constituait une urgence de santé publique en mars 2020 et ont mises en place les mesures de prévention recommandées, y compris des restrictions visant les activités à l'extérieur de la maison, la distanciation physique et les rassemblements publics, afin de réduire le risque d'exposition à la COVID-19.*

**EX12. Depuis mars 2020, quelles mesures parmi les suivantes avez-vous prises?  
Choisissez toutes celles qui s'appliquent, même s'il y en a certaines que vous ne pratiquez plus en raison de l'évolution des lignes directrices de la santé publique.**

- Travail de la maison, lorsque cela constituait une option dans votre emploi
- Faire des provisions de biens essentiels à l'épicerie ou à la pharmacie
- Éviter de quitter la maison pour des raisons non essentielles
- Utiliser la distanciation sociale en public (c.-à-d. apporter des changements à votre routine quotidienne pour réduire au minimum les contacts rapprochés avec d'autres)
- Éviter les foules et les grands rassemblements
- Ne pas rendre visite à des gens hors de mon foyer
- Porter un masque pour les sorties en public
- Porter des gants pour les sorties en public
- Se laver les mains plus régulièrement
- Éviter de se toucher le visage
- Annuler les voyages
- Autre - veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Aucune

**EX13. Preniez-vous les transports en commun régulièrement avant mars 2020?**

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

**EX 14. [IF YES] Avez-vous changé votre fréquence d'utilisation des transports publics depuis que la province a déclaré une urgence publique sanitaire?**

- 1 Oui – J'ai cessé de prendre les transports publics
- Oui – Je prends les transports publics moins fréquemment
- 0 Non
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

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

**Auto-isolement** : Pas de symptôme ou de test positif, mais vous êtes demeuré/e à la maison sauf pour faire de l'exercice ou des achats essentiels, incluant du télétravail lorsque cela était possible.

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

**EX15. À ce jour, vous êtes-vous *auto-isolé* pendant la pandémie de COVID-19?**

- 1 Oui
- 0 Non

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

**EX16. [IF YES] Pendant combien de temps avez-vous été en auto-isolement?**

Nombre de semaines : \_\_\_\_\_

- 9 Je ne sais pas

**EX17. [IF YES to the parent question] Combien de personnes (adultes et enfants) vivant dans votre maison sont en auto-isolement avec vous?**

Nombre de personnes : \_\_\_\_\_

- 9 Je ne sais pas

**EX18. [IF YES to the parent question] Êtes-vous toujours en auto-isolement?**

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

**EX19. À ce jour, est-ce que vous ou quelqu'un dans votre ménage avez/a été mis en quarantaine durant la pandémie de COVID-19?**

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

**EX20. [IF YES] Si vous ou quelqu'un dans votre ménage êtes/est toujours en quarantaine, depuis combien de temps?**

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

- 8 Membres de mon ménage qui ne sont plus en quarantaine
- 9 Je ne sais pas

**EX21. [IF EX17=1] Si vous ou quelqu'un dans votre ménage a complété une quarantaine, combien de temps s'est écoulé depuis que cette quarantaine s'est terminée?**

Nombre de semaines : \_\_\_\_\_

La quarantaine est en cours

- 9 Je ne sais pas

**EX22. [IF EX17=1] Avez-vous / aviez-vous quelqu'un pour répondre à vos besoins immédiats (par exemple, aller chercher de la nourriture, des médicaments, etc.)?**

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

**EX23. Travaillez-vous comme professionnel de la santé (médecin, infirmière, employé/e d'hôpital, premier répondant, pharmacien/ne), en étant exposé/e à des patients?**

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

**EX24. Travaillez-vous comme fournisseur/e de services essentiels (commis d'épicerie, préposé/e aux transports publics, policiers/policières, agent/e de sécurité, etc.), en étant exposé/e régulièrement au public?**

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

**EX25. Voici, ci-dessous, une série d'exposés au sujet de la COVID-19; veuillez indiquer la mesure dans laquelle vous êtes d'accord ou en désaccord avec ces énoncés.**

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord ni en désaccord	D'accord	Fortement d'accord
La COVID-19 pose une menace sérieuse pour le public					
Je pense que la situation entourant la COVID-19 est exagérée					
En raison de ma localisation, de ma profession, et / ou de mon mode de vie, je cours personnellement un risque élevé de contracter la COVID-19					
En raison de mon âge et / ou d'un état de santé préexistant, j'éprouverais probablement de graves symptômes si je contractais la COVID-19					
En raison de mon âge et / ou d'un état de santé préexistant, j'aurais probablement besoin d'être					

hospitalisé/e si je contractais la COVID-19					
La grippe saisonnière est tout aussi dangereuse que la COVID-19					
La COVID-19 a été créée à dessein dans un laboratoire					

## **FACTEURS DE RISQUE**

Étant donné que le virus de la COVID-19 affecte le système respiratoire, les questions qui suivent vous interrogent sur votre consommation de cigarettes, de cigarettes électroniques et de cannabis.

**RF01. À l'heure actuelle, 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 utilisation de la cigarette électronique a-t-elle 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, stylos vape, vapes, mods, réservoirs et hookahs électroniques. Ils peuvent également être connus sous différentes marques.

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

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

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



**RF05. [IF RF03=1] Votre utilisation de la cigarette électronique a-t-elle changé depuis le début de la pandémie?**

- 0 Non
- 1 Oui – je l'utilise plus qu'avant
- 2 Oui – je l'utilise 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 YES] Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis dans l'un des cas suivants?**

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

**RF08. [IF RF06=1] Au cours des 12 derniers mois, laquelle de ces méthodes de consommation du cannabis avez-vous utilisée le plus souvent?**

- 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

**RF09. [IF RF06=1] 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 bu 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

**RF11. [If RF10=any option other than 0 and 9] 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

**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 médicaux préexistants, ou dont le système immunitaire est compromis, pourraient courir un risque plus élevé de contracter une maladie grave, comme on l'observe pour d'autres affections respiratoires telles que la grippe.

**MC01. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur maligne quelconque?**

- 1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

**MC02.**

Sein	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer du sein? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Côlon	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer du côlon? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Leucémie	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour la leucémie? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Poumon et bronches	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer du poumon ou des bronches?

	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Lymphome (lymphome hodgkinien)	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour un lymphome (lymphome hodgkinien)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Lymphome (lymphome non hodgkinien)	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour un lymphome (lymphome non hodgkinien)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Pancréas	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer du pancréas? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Prostate	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer de la prostate? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Rectum	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour un cancer du rectum? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Peau (mélanome)	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer de la peau (mélanome)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Peau (autre que mélanome)	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer de la peau (autre que mélanome)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

Thyroïde	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer de la thyroïde? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Utérus	[IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour le cancer de l'utérus? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

**MC03. Avez-vous reçu un diagnostic pour un autre type de cancer ou de tumeur maligne?**

1 Oui - veuillez préciser : \_\_\_\_\_

0 Non

9 Je ne sais pas

**MC04. [IF SELECTED] Recevez-vous actuellement un traitement pour un autre cancer ou une tumeur maligne spécifique?**

1 Oui

0 Non

9 Je ne sais pas

**MC05. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des maladies suivantes?**

Maladie	Diagnostiquée	Êtes-vous actuellement traité/e?
Diabète Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint du diabète?	1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas [IF YES] Quel type de diabète s'agissait-il?	
	Diabète de type 1	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour le diabète de type 1? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Diabète de type 2	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour le diabète de type 2? 1 Oui 0 Non

		9 Je ne sais pas
	Diabète gestationnel seulement	[IF SELECTED] Êtes-vous traité actuellement pour le diabète gestationnel? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies cardiaques et circulatoires	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Hypertension artérielle (hypertension hors grossesse)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une tension artérielle élevée (hypertension hors grossesse)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une crise cardiaque (infarctus du myocarde)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Insuffisance cardiaque	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une insuffisance cardiaque? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Athérosclérose / maladie coronarienne (y compris l'angioplastie ou les endoprothèses)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour l'athérosclérose / une maladie coronarienne (y compris l'angioplastie ou les endoprothèses)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Fibrillation auriculaire	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une fibrillation auriculaire?

		1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Angine	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour l'angine? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Maladie cardiaque valvulaire (p. ex., sténose aortique, prolapsus valvulaire mitral)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une maladie cardiaque valvulaire (p. ex., sténose aortique, prolapsus valvulaire mitral)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies du système respiratoire	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Asthme	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour l'asthme? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Maladie pulmonaire interstitielle (cicatrisation du tissu pulmonaire découlant d'autres affections médicales ou expositions)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la maladie pulmonaire interstitielle? (cicatrisation du tissu pulmonaire découlant d'autres affections médicales ou expositions) 1 Oui 0 Non

		9 Je ne sais pas
	Bronchite chronique	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une bronchite chronique? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Fibrose kystique	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la fibrose kystique? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Emphysème	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour l'emphysème? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Apnée du sommeil	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour l'apnée du sommeil? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies gastro-intestinales	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Maladie de Crohn	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la maladie de Crohn? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Colite ulcéreuse	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une colite ulcéreuse? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

	Syndrome du côlon irritable	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour le syndrome du côlon irritable? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Maladie cœliaque	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la maladie cœliaque? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies du foie ou du pancréas	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Cirrhose du foie	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une cirrhose du foie? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Hépatite chronique	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une hépatite chronique? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Foie gras (NAFLD – stéatose hépatique non alcoolique / SHNA – stéatohépatite non alcoolique)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une stéatose hépatique non alcoolique (SHNA) / stéatohépatite non alcoolique)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies rénales / insuffisance rénale	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Insuffisance rénale aiguë	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une insuffisance rénale aiguë?



		1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Insuffisance rénale chronique	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une insuffisance rénale chronique? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Problèmes de santé mentale	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Dépression majeure	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une dépression majeure? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Dépression mineure	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une dépression mineure? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble bipolaire	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un trouble bipolaire? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble de stress post-traumatique	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un trouble de stress post-traumatique? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Schizophrénie ou trouble schizo-affectif	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la schizophrénie ou un trouble schizo-affectif? 1 Oui

		0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble obsessionnel-compulsif	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un trouble obsessionnel-compulsif? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble anxieux	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un trouble anxieux? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble alimentaire	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un trouble alimentaire? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Trouble de toxicomanie (p. ex., dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux d'argent)	[IF SELECTED] Trouble de toxicomanie (p. ex., dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux d'argent)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies neurologiques	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	AVC thrombotique	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un AVC thrombotique? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	AVC hémorragique	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un AVC hémorragique? 1 Oui 0 Non

		9 Je ne sais pas
	Sclérose en plaque	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la sclérose en plaques? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies osseuses et articulaires	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Arthrite [IF SELECTED] De quel(s) type(s) d'arthrite s'agit-il? Arthrite rhumatoïde Ostéoarthrite Autre - veuillez préciser : _____	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour l'arthrite? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Lupus	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour le lupus? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Fibromyalgie	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la fibromyalgie? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies de la peau	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	Eczéma	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour l'eczéma? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

	Psoriasis	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour le psoriasis? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Sclérodermie	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour une sclérodermie? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
Maladies du système immunitaire	1 Oui, sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent 0 Non 9 Je ne sais pas	
	VIH	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour le VIH? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Système immunitaire affaibli ou compromis tel qu'une immunodéficience combinée grave)	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour un système immunitaire affaibli ou compromis (tel qu'une immunodéficience combinée grave)? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas
	Thyroïdite d'Hashimoto, syndrome de Sjögren ou spondylarthrite ankylosante	[IF SELECTED] Êtes-vous actuellement traité/e pour la thyroïdite d'Hashimoto, le syndrome de Sjögren ou la spondylarthrite ankylosante? 1 Oui 0 Non 9 Je ne sais pas

#### Autres renseignements

**MC06. Avez-vous ou avez-vous eu tout autre problème de santé?**

Oui  
Non  
Je ne sais pas

**MC07. [IF YES] Veuillez énumérer ces problèmes de santé :**

1 : \_\_\_\_\_

**MC08. [IF YES] Êtes-vous actuellement traité/e pour le problème de santé indiqué ci-dessus?**

Oui  
Non  
Je ne sais pas

**MC09. [IF YES TO PARENT QUESTION] 2 : \_\_\_\_\_**

**MC10. [IF YES] Êtes-vous actuellement traité/e pour le problème de santé indiqué ci-dessus?**

Oui  
Non  
Je ne sais pas

**MC11. [IF YES TO PARENT QUESTION] 3 : \_\_\_\_\_**

**MC12. Êtes-vous actuellement traité/e pour le problème de santé indiqué ci-dessus?**

Oui  
Non  
Je ne sais pas

**MC13. [IF YES TO PARENT QUESTION] 4 : \_\_\_\_\_**

**MC14. [IF YES] Êtes-vous actuellement traité/e pour le problème de santé indiqué ci-dessus?**

Oui  
Non  
Je ne sais pas

**MC15. [IF YES TO PARENT QUESTION] 5 : \_\_\_\_\_**

**MC16. [IF YES] Êtes-vous actuellement traité/e pour le problème de santé indiqué ci-dessus?**

Oui  
Non  
Je ne sais pas

**MC17. Avez-vous déjà reçu un organe, une greffe osseuse, ou une greffe de cellules souches?**

1 Oui  
0 Non

9 Je ne sais pas

**MC18. [IF YES] Prenez-vous actuellement des médicaments immunosuppresseurs?**

- 1 Pris actuellement chaque jour
- 2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19) mais pas à chaque jour
- 3 Pris avant janvier 2020 mais pas actuellement
- 9 Je ne sais pas

**MC19. Quel est votre groupe sanguin?**

- 1 A
- 2 B
- 3 AB
- 4 O
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**MC20. Depuis mars 2020, l'accès aux services de santé peut avoir changé. Avez-vous constaté l'un des changements suivants en lien avec vos soins de santé?**

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

- Annulation ou report d'une chirurgie
- Annulation ou report d'un acte médical
- 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'un problème existant ou d'une inquiétude liée à la santé
- Délai pour voir un professionnel de la santé au sujet d'un nouveau problème ou d'une nouvelle inquiétude liée à la santé
- Annulation ou report d'un de tests de laboratoires réguliers
- Pénurie de médicaments
- Autre - veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Aucun ou non applicable

**MÉDICAMENTS**

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

- Oui, sélectionnez tous ceux qui s'appliquent.
- Non
- Je ne sais pas

<b>Type de médicament</b>	<b>[IF YES] À quelle fréquence?</b>
Inhibiteurs de l'ECA, pour abaisser la tension artérielle (p. ex., bédazépril, captopril, énalapril, lisinopril, ramipril)	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des inhibiteurs de l'ECA, pour abaisser la tension artérielle (p. ex., bédazépril, captopril, énalapril, lisinopril, ramipril)?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour  2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours  3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement  9 Je ne sais pas</p>
Inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine II, pour abaisser la tension artérielle (p. ex., candésartan, losartan, telmisartan, valsartan)	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine II, pour abaisser la tension artérielle (p. ex., candésartan, losartan, telmisartan, valsartan)?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour  2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours  3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement  9 Je ne sais pas</p>
Antibiotiques	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des antibiotiques?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour  2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours  3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement  9 Je ne sais pas</p>
Antiviraux (p. ex., lopinavir-ritonavir, remdesivir)	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des antiviraux (p. ex., lopinavir-ritonavir, remdesivir)?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour  2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours  3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement  9 Je ne sais pas</p>
Médicaments contre les allergies	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments contre les allergies?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour</p>

	<p>2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours</p> <p>3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement</p> <p>9 Je ne sais pas</p>
Traitement anti-androgénique	<p>À quelle fréquence recevez-vous ou avez-vous reçu un traitement anti-androgénique?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour</p> <p>2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours</p> <p>3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement</p> <p>9 Je ne sais pas</p>
Médicaments contre l'asthme	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments contre l'asthme?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour</p> <p>2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours</p> <p>3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement</p> <p>9 Je ne sais pas</p>
Médicaments immunosuppresseurs ou immunomodulateurs (p. ex., corticostéroïdes; des antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que adalimumab, azathioprine, ciclosporine, étanercept, infliximab, méthotrexate, rituximab, sulfasalazine, tocilizumab; anticorps anti-cytokine; interférons)	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments immunosuppresseurs ou immunomodulateurs (p. ex., corticostéroïdes; des antirhumatismaux modificateurs de la maladie tels que adalimumab, azathioprine, ciclosporine, étanercept, infliximab, méthotrexate, rituximab, sulfasalazine, tocilizumab; anticorps anti-cytokine; interférons)?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour</p> <p>2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours</p> <p>3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement</p> <p>9 Je ne sais pas</p>
Anticoagulants (p. ex., apixaban, rivaroxaban, dabigatran)	<p>À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des anticoagulants (p. ex., apixaban, rivaroxaban, dabigatran)?</p> <p>1 Pris actuellement chaque jour</p> <p>2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours</p> <p>3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement</p> <p>9 Je ne sais pas</p>



Anti-inflammatoires non stéroïdiens (p. ex., ibuprofène, comme Advil ou Motrin; naproxène, comme Aleve)	À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens (p. ex., ibuprofène, comme Advil ou Motrin; naproxène, comme Aleve)?  1 Pris actuellement chaque jour 2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement 9 Je ne sais pas
Autres analgésiques contre la douleur et la fièvre (p. ex., aspirine, paracétamol ou acétaminophène)	À quelle fréquence prenez-vous ou avez-vous pris d'autres analgésiques contre la douleur et la fièvre (p. ex., aspirine, paracétamol ou acétaminophène)?  1 Pris actuellement chaque jour 2 Pris au cours des derniers mois (durant la pandémie de COVID-19), mais pas tous les jours 3 Pris avant janvier 2020, mais pas actuellement 9 Je ne sais pas

### **IMPACTS SUR LA SANTÉ MENTALE ET ÉMOTIONNELLE**

Les questions suivantes vous demandent comment vous sentez depuis mars 2020, lorsque la COVID-19 a été déclarée pandémie. **Veillez noter qu'il n'y aura aucun suivi d'un professionnel en santé mentale si vos réponses à ces questions indiquent que vous êtes en détresse.** Si vous éprouvez du stress ou de l'anxiété et avez accès à du soutien, veuillez faire appel aux services de santé mentale disponibles dans votre région.

**PI01. Depuis mars 2020, à quelle fréquence avez-vous été inquiet/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/nerveuse, anxieux/anxieuse, ou tendu/e				
Ne pas pouvoir arrêter ou 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. [IF YES TO ANY ABOVE] Si vous avez coché l'un de ces problèmes, dans quelle mesure ont-ils rendu plus difficile de faire votre travail, de prendre soin de la maison ou de vous entendre avec d'autres personnes?**

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

**PI03. Depuis mars 2020, à quelle fréquence avez-vous été inquiété/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				
Manquer d'appétit ou trop manger				
Se sentir mal à votre sujet – ou penser que vous êtes un échec, ou déçu/e de vous-même, ou que vous avez déçu 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				
--	--	--	--	--

**PI04. [IF YES TO ANY ABOVE] Si vous avez coché l'un de ces problèmes, dans quelle mesure ont-ils rendu plus difficile de faire votre travail, de prendre soin de la maison ou de vous entendre avec d'autres personnes?**

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

**PI05. Nous voudrions que vous compariez votre santé mentale et émotionnelle avant mars 2020 et jusqu'à maintenant.**

	Excellente	Très bonne	Bonne	Acceptable	Mauvaise
En général, diriez-vous que votre santé mentale / 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 / émotionnelle actuelle en comparaison de la période antérieure à mars 2020 :		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PI06. Les situations stressantes peuvent affecter les relations autour de vous. Nous sommes conscients que beaucoup de choses peuvent avoir changé dans votre vie en raison de l'impact de la COVID-19. Dans la prochaine série de questions, nous voulons savoir comment vos relations ont changé depuis mars 2020.**

	s/o	Est devenu plus étroite qu'avant la pandémie	Est à peu près la même qu'avant la pandémie	Est plus distante ou tendue qu'avant la pandémie
Mon/ma partenaire intime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les autres membres de ma famille (à l'exclusion du/de la partenaire intime)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes voisins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des gens que vous ne connaissez pas, mais qui font partie de votre collectivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collègues de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PI07. Depuis mars 2020, avez-vous eu accès à des services de santé mentale? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :**

- 0 Non
- 1 Oui – En utilisant des ressources que j’avais déjà en place
- 2 Oui – J’ai commencé à utiliser de nouveaux services
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**PI08. [IF YES – 1,2] Avez-vous eu accès à des services de santé mentale pour l’un des problèmes de santé suivants?**

**Cochez tous ceux qui s’appliquent :**

- 1 Anxiété
- 2 Dépression
- 3 Stress
- 4 Autre - veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**PI09. Depuis mars 2020, quelqu’un dans votre ménage a-t-il eu accès à des services de santé mentale?**

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

- 0 Non
- 1 Oui – En utilisant des ressources qu’il/elle avait déjà en place
- 2 Oui – Il/elle a commencé à utiliser de nouveaux services
- 3 Ne s’applique pas – je vis seul/e
- 8 Je préfère ne pas répondre
- 9 Je ne sais pas

**IMPACT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE**

La déclaration d’une pandémie mondiale en mars 2020 a eu un effet dévastateur sur les collectivités locales et les économies, affectant les moyens de subsistance de beaucoup de gens. Dans la prochaine série de questions, nous cherchons à comprendre comment la capacité de votre famille à répondre à ses besoins essentiels et à respecter ses obligations financières a été touchée, et si votre famille a offert ou reçu du soutien dans votre collectivité.

**SI01. Avant mars 2020, quelle était votre situation professionnelle?**

Temps plein signifie 30 heures ou plus par semaine. Temps partiel signifie moins de 30 heures par semaine.

- 1 Employé/e à temps plein / travail autonome
- 2 Employé/e à temps partiel / travail autonome
- 3 Retraité/e
- 4 Prend soin de la maison et / ou de la famille
- 5 Incapable de travailler en raison d’une maladie ou d’un handicap
- 6 En chômage

- 7 Fait un travail non rémunéré ou volontaire
- 8 Étudiant/e
- 88 Je préfère ne pas répondre

**SI02. [IF YES to 1,2,3,4,5,6,7,8] Y a-t-il eu des changements dans votre emploi en raison de la pandémie (p. ex. travail de la maison)?**

- 0 Non
- 1 Oui

**SI03. [IF YES] Qu'est-ce qui a changé au sujet de votre emploi?**

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

- 1 La nature du travail a changé
- 2 Le lieu de travail externe a changé
- 3 Travail à domicile
- 4 Salaire / heures réduits
- 5 Perte d'emploi
- 6 Redéployé/e vers les soins de santé pour répondre à la pandémie
- 7 Redéployé/e vers d'autres services essentiels pour répondre à la pandémie
- 8 Autre - veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- 88 Je préfère ne pas répondre

**SI04. 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.**

- 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

**SI05. Le revenu mensuel de votre ménage a-t-il changé en raison de la pandémie de COVID-19?**

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

**SI06. Les économies de votre ménage ont-elles changé en raison de la pandémie de COVID-19?**

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

**SI07. Quelle réponse parmi les suivantes décrit le mieux l'impact de la COVID-19 sur votre capacité à répondre à vos obligations financières ou à vos besoins essentiels, tels que le loyer ou les versements hypothécaires, les services publics et l'épicerie?**

- 1 Impact majeur
- 2 Impact modéré
- 3 Impact mineur
- 4 Aucun impact
- 5 Trop tôt pour le dire

**SI08. Depuis mars 2020, quelqu'un dans votre ménage a-t-il reçu de la nourriture dans une banque alimentaire, une soupe populaire ou un autre organisme œuvre charitable?**

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

**SI09. [IF YES] Combien de fois? \_\_\_\_\_**

**SI10. Sur une échelle de 1 à 7, veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous inquiétez d'avoir assez d'argent pour faire ce qui est important pour vous / votre famille :**

Rarement / jamais (1) --- Toujours (7)

**SI11. Sur une échelle de 1 à 7, veuillez indiquer si vous avez les ressources financières requises pour répondre à vos besoins / à ceux de votre famille :**

Rarement / jamais (1) --- Toujours (7)

**SI12. Nous aimerions savoir si vous avez *offert* ou reçu du soutien durant la pandémie. Depuis mars 2020, avez-vous offert de l'aide ou du soutien à d'autres (amis, membres de la famille, voisins, organisation communautaire / bénévole) en raison de la pandémie?**

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

**SI13. [IF YES] Quel genre d'aide ou de soutien avez-vous fourni et à qui? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)**

	Émotionnel / psychologique	Financier	Médical	Information	Soutien pratique (p. ex., logement, garde d'enfants, nettoyage, livraison de nourriture)	Biens matériels / dons (par exemple meubles, vêtements)
Famille (conjoint, parent, autre membre de la famille)						
Ami(s) / voisin(s)						
Organisme communautaire / bénévole						
Collègues						

**SI14. Depuis mars 2020, avez-vous *cherché* à obtenir de l'aide 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

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

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

**SI16. [IF YES] Quel type d'aide ou de soutien avez-vous reçu et de qui? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :**

	Émotionnel / psychologique	Financier	Médical	Information	Soutien pratique (p. ex., logement, garde d'enfants, nettoyage, livraison de nourriture)	Biens matériels/ dons (p. ex., meubles, vêtements)
Famille (conjoint, parent, autre membre de la famille)						
Ami(s) / voisin(s)						
Organisme communautaire / bénévole						
Collègues						

	Émotionnel / psychologique	Financier	Médical	Information	Soutien pratique (p. ex., logement, garde d'enfants, nettoyage, livraison de nourriture)	Biens matériels/ dons (p. ex., meubles, vêtements)
Professionnel (médecin, avocat, enseignant, conseiller, leader spirituel, conseiller financier)						
Médias généraux (TV, Internet, réseaux sociaux)						
Autorités provinciales ou fédérales de la santé (p. ex., ligne téléphoniques d'aide et d'information, sites Web, médias sociaux)						
Gouvernement (soutien financier, allègement financier, ressources)						

## ANTHROPOMÉTRIE

Non seulement notre taille et notre poids changent-ils à mesure que nous vieillissons, mais la pandémie de COVID-19 pourrait avoir entraîné des changements dans vos habitudes alimentaires et votre niveau d'activité. Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids actuels, en suivant les instructions fournies ci-dessous.

### **AM01. Combien mesurez-vous?**

Veuillez répondre à la question en utilisant pieds et pouces ou centimètres. Si vous entrez votre taille en pieds et en pouces, veuillez inscrire un chiffre pour 'pieds' et 'pouces'.

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

Centimètres \_\_\_\_\_

8 Je préfère ne pas répondre



9 Je ne sais pas

**AM02. Combien pesez-vous?**

- Ajustez votre balance à zéro.
- Pesez-vous sans vêtement ou avec des vêtements légers. Souvenez-vous d'ôter vos souliers.
- Montez sur la balance. Assurez-vous que vos deux pieds sont sur la balance.
- Inscrivez votre poids en livres ou kilogrammes.

Livres \_\_\_\_\_

Kilogrammes \_\_\_\_\_

8 Je préfère ne pas répondre

9 Je ne sais pas

**ENQUÊTE DE SORTIE**

Cette section est facultative. Si vous ne voulez pas répondre à ces questions, veuillez aller plus bas et cliquer sur « Terminer » pour soumettre votre questionnaire.

**1. Veuillez indiquer ci-dessous si vous êtes d'accord avec l'énoncé suivant : J'ai trouvé le questionnaire facile à utiliser.**

- Fortement d'accord
- D'accord
- Neutre
- En désaccord
- Fortement en désaccord

**[IF Disagree or Strongly disagree] Veuillez choisir la/les raison/s qui explique/nt pourquoi vous n'avez pas trouvé le questionnaire facile à utiliser :**

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

- Les questions étaient trop personnelles
- Les questions étaient troublantes
- Je n'ai pas compris les questions
- Le questionnaire était trop long à remplir
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**2. Avez-vous eu de l'aide pour remplir ce questionnaire?**

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

- Non
- J'ai eu besoin d'aide pour traduire certaines questions
- J'ai eu besoin d'aide à l'ordinateur pour remplir le questionnaire en ligne
- Quelqu'un d'autre a entré les réponses parce que j'ai une mobilité réduite

- J'ai demandé à mon/ma conjoint/e ou j'ai communiqué avec des membres de ma famille pour répondre à certaines questions.
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**3. Y at-il des questions que vous n'avez pas trouvé claires ou difficiles à comprendre. Si oui, sur quoi portaient ces questions?**

\_\_\_\_\_

**4. Que pourrions-nous faire d'autre pour que vous demeuriez un participant actif à l'Étude?**

\_\_\_\_\_

**5. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire au sujet de votre expérience au moment de remplir ce questionnaire?**

\_\_\_\_\_

**6. Quelle a été votre source d'information la plus fiable sujet de la COVID-19 durant la pandémie?**

- Les annonces des responsables de la santé publique et des dirigeants politiques fédéraux
- Les annonces des responsables de la santé publique et des dirigeants politiques provinciaux
- Les annonces des responsables de la santé publique et des dirigeants politiques municipaux
- Les données publiées par les établissements universitaires
- Les médias locaux et nationaux
- Une source de nouvelles non canadienne
- Les médias sociaux
- Des membres de la famille, des amis ou des collègues
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**PAGE D'ACHÈVEMENT (Only visible when questionnaire completed via portal)**

Questionnaire Complet

**Merci!**

Vous avez terminé – votre Questionnaire sur la COVID-19 de CanPath a été complété et soumis avec succès. Votre participation est grandement appréciée et nous espérons que vous continuerez à prendre part aux futurs questionnaires.

Avec votre aide, CanPath fournissent aux chercheurs les données dont ils ont besoin pour comprendre et suivre l'impact de cette pandémie.

**Si vous ressentez des symptômes semblables à ceux de la COVID-19 ou que votre état de santé change au cours des prochaines semaines, veuillez nous envoyer un courriel. Nous réinitialiserons votre questionnaire afin que vous puissiez mettre à jour vos réponses pour qu'elles reflètent votre état de santé actuel.**



# CanPath