



Groupe de travail sur les études de terrain
Éléments de données essentiels de l'enquête transversale auprès d'adultes
version 2.1 (16 mars 2021)

01.	Date de l'entrevue	___/___/_____ JOUR MOIS ANNÉE
02.	Quel est votre âge?	___ ANS ___ MOIS PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
03.	Quel sexe vous a-t-il été assigné à la naissance ?	MASCULIN FÉMININ PRÉFÈRE SE DÉCRIRE (PRÉCISEZ) _____ PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
04.	Quel est votre sexe maintenant?	MASCULIN FÉMININ PRÉFÈRE SE DÉCRIRE (PRÉCISEZ) _____ PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
05.	Quel est votre genre (comment vous identifiez-vous actuellement)?	HOMME FEMME NON BINAIRE, DE GENRE QUEER, NON GENRÉ OU UNE IDENTITÉ SIMILAIRE BISPIRITUEL



		PRÉFÈRE SE DÉCRIRE (PRÉCISEZ) _____ PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
06.	Êtes-vous un ou une autochtone originaire d'Amérique du Nord?	NON (passez à la question 9) OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
07.	Auquel des groupes suivants appartenez-vous ? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]	<input type="checkbox"/> PREMIÈRES NATIONS <input type="checkbox"/> INUIT (passez à la question 9) <input type="checkbox"/> MÉTIS (passez à la question 9) <input type="checkbox"/> MEMBRE NON INSCRIT DES PREMIÈRES NATIONS (passez à la question 9) <input type="checkbox"/> AUTRE GROUPE AUTCHTONE (PRÉCISEZ) _____ (passez à la question 9) <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE (passez à la question 9)
08.	Vivez-vous dans une réserve?	OUI [DANS UNE RÉSERVE] NON [PAS DANS UNE RÉSERVE] PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
9.	Comment décririez-vous votre origine ethnique ou votre race? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]	<input type="checkbox"/> BLANCHE <input type="checkbox"/> SUD-ASIATIQUE <input type="checkbox"/> CHINOISE <input type="checkbox"/> NOIRE



	Si vous êtes un ou une autochtone et avez répondu OUI à la question 6, choisissez toute autre réponse qui s'applique.	<input type="checkbox"/> PHILIPPINE <input type="checkbox"/> LATINO-AMÉRICAINE <input type="checkbox"/> ARABE <input type="checkbox"/> ASIE DU SUD-EST <input type="checkbox"/> ASIE OCCIDENTALE <input type="checkbox"/> CORÉENNE <input type="checkbox"/> JAPONAISE <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE SE DÉCRIRE (PRÉCISEZ) _____ <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
10.	Quels sont les trois premiers chiffres de votre code postal?	— — — PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
11.	Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez atteint?	MOINS D'UN DIPLÔME D'ÉTUDES SECONDAIRES DIPLÔME D'ÉTUDES SECONDAIRES CERTIFICAT D'ÉCOLE DE MÉTIERS, D'ÉCOLE DE FORMATION PROFESSIONNELLE OU DE FORMATION EN APPRENTISSAGE CERTIFICAT OU DIPLÔME NON UNIVERSITAIRE D'UN COLLÈGE COMMUNAUTAIRE, CÉGEP DIPLÔME UNIVERSITAIRE DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'ÉTUDES SUPÉRIEURES (COMME UNE MAÎTRISE OU UN DOCTORAT) PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE



12.	Combien y a-t-il de personnes dans votre ménage, y compris vous-même?	__ __ NOMBRE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
13.	Combien y a-t-il de chambres à coucher dans votre ménage?	__ __ NOMBRE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
14.	Combien y a-t-il des salles de bain dans votre ménage?	__ __ NOMBRE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
15.	Pensez-vous avoir eu la COVID-19?	NON OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE (passez à la question 18)
16.	Pourquoi pensez-vous avoir eu la COVID-19? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]	<input type="checkbox"/> EXAMEN DES SYMPTÔMES EN LIGNE <input type="checkbox"/> PROFIL DE SYMPTÔMES <input type="checkbox"/> RÉSULTAT DE TEST PAR ÉCOUVILLONS DANS LE NEZ OU LA GORGE <input type="checkbox"/> FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ <input type="checkbox"/> CONTACT AVEC UN CAS <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) _____ <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
17.	Avez-vous été hospitalisé à cause de la COVID-19?	NON



		OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
18.	Avez-vous obtenu un résultat positif à un test de dépistage d'infection active à la COVID-19 (par un écouvillonnage du nasopharynx ou de la gorge, un test de salive ou par gargarisme)?	NON (passez à la question 22) OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
19.	Si OUI, combien de fois avez-vous été testé?	___ NOMBRE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
20.1	Répondez aux questions suivantes concernant le premier test (le cas échéant) :	
	a. À quelle date a été effectué le premier test?	___/___ MOIS ANNÉE
	b. Quel était le résultat du premier test?	NÉGATIF POSITIF NE SAIT PAS
	c. Aviez-vous des symptômes de la COVID lorsque vous avez passé ce test?	NON OUI NE SAIT PAS



	<p>d. Si OUI, quels symptômes présentiez-vous? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]</p>	<p><input type="checkbox"/> TOUX</p> <p><input type="checkbox"/> FIÈVRE</p> <p><input type="checkbox"/> ESSOUFLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> DOULEURS MUSCULAIRES</p> <p><input type="checkbox"/> MAUX DE TÊTE</p> <p><input type="checkbox"/> MAL DE GORGE</p> <p><input type="checkbox"/> DIARRHÉE</p> <p><input type="checkbox"/> PERTE DE L'ODORAT OU DU GOÛT</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) _____</p>
20.2.	<p>Répondez aux questions suivantes concernant le deuxième test (le cas échéant) :</p>	
	<p>a. À quelle date le deuxième test a-t-il été effectué?</p>	<p>___/___/___ MOIS ANNÉE</p>
	<p>b. Quel était le résultat du deuxième test?</p>	<p>NÉGATIF</p> <p>POSITIF</p> <p>NE SAIT PAS</p>
	<p>c. Aviez-vous des symptômes de la COVID lorsque vous avez passé ce test?</p>	<p>NON</p> <p>OUI</p> <p>NE SAIT PAS</p>



	<p>d. Si OUI, quels symptômes présentiez-vous? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]</p>	<p><input type="checkbox"/> TOUX</p> <p><input type="checkbox"/> FIÈVRE</p> <p><input type="checkbox"/> ESSOUFLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> DOULEURS MUSCULAIRES</p> <p><input type="checkbox"/> MAUX DE TÊTE</p> <p><input type="checkbox"/> MAL DE GORGE</p> <p><input type="checkbox"/> DIARRHÉE</p> <p><input type="checkbox"/> PERTE DE L'ODORAT OU DU GOÛT</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) _____</p>
20.3.	<p>Répondez aux questions suivantes concernant le troisième test (le cas échéant) :</p>	
	<p>a. À quelle date le troisième test a-t-il été effectué?</p>	<p>___/___/___ MOIS ANNÉE</p>
	<p>b. Quel était le résultat du troisième test?</p>	<p>NÉGATIF</p> <p>POSITIF</p> <p>NE SAIT PAS</p>
	<p>c. Aviez-vous des symptômes de la COVID lorsque vous avez passé ce test?</p>	<p>NON</p> <p>OUI</p> <p>NE SAIT PAS</p>



	d. Si OUI, quels symptômes présentiez-vous? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]	<input type="checkbox"/> TOUX <input type="checkbox"/> FIÈVRE <input type="checkbox"/> ESSOUFLEMENT <input type="checkbox"/> DOULEURS MUSCULAIRES <input type="checkbox"/> MAUX DE TÊTE <input type="checkbox"/> MAL DE GORGE <input type="checkbox"/> DIARRHÉE <input type="checkbox"/> PERTE DE L'ODORAT OU DU GOÛT <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) _____
20.4.a.	Avez-vous obtenu un résultat positif à la COVID-19 (par un écouvillonnage du nasopharynx ou de la gorge, un test de salive ou par gargarisme) à un test qui n'était pas compris dans les questions ci-dessus (c'est-à-dire au quatrième test ou à un test subséquent)?	NON OUI <p style="text-align: right;">(passez à la question 22)</p>
20.4.b.	Si OUI, à quelle date avez-vous reçu un résultat positif pour la première fois?	___ / ___ / ___ MOIS ANNÉE
22.	Avez-vous voyagé à l'extérieur de votre province de résidence depuis janvier 2020 ?	NON OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
22.a.	Si vous pensez avoir eu la COVID, avez-vous voyagé au cours des six mois précédant le début de vos symptômes?	NON OUI



		PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
23.	<p>Dans quelle(s) province(s) ou quel(s) pays avez-vous voyagé?</p> <p>[INDIQUEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]</p> <p>Veillez répondre à cette question si Q22 = OUI ou Q22.a = OUI. Dans le cas contraire, passez à la Q24.</p>	<p><input type="checkbox"/> COLOMBIE-BRITANNIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> ALBERTA</p> <p><input type="checkbox"/> SASKATCHEWAN</p> <p><input type="checkbox"/> MANITOBA</p> <p><input type="checkbox"/> ONTARIO</p> <p><input type="checkbox"/> QUÉBEC</p> <p><input type="checkbox"/> NOUVEAU-BRUNSWICK</p> <p><input type="checkbox"/> NOUVELLE-ÉCOSSE</p> <p><input type="checkbox"/> ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD</p> <p><input type="checkbox"/> TERRE-NEUVE/LABRADOR</p> <p><input type="checkbox"/> NUNAVUT</p> <p><input type="checkbox"/> TERRITOIRES DU NORD-OUEST</p> <p><input type="checkbox"/> YUKON</p> <p>LISTE DES PAYS DANS LESQUELS VOUS AVEZ VOYAGÉ (séparés par une virgule) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE</p>



24.a.	Faites-vous un travail rémunéré ou non rémunéré dans un environnement où vous travaillez à proximité d'autres personnes?	NON OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE (passez à la question 25.a)
24.b.	Si OUI, avez-vous occupé l'un des emplois ou travaillé dans l'un des milieux de travail suivants entre aujourd'hui et MARS 2020? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]	<input type="checkbox"/> HÔPITAL OU ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ <input type="checkbox"/> PREMIER RÉPONDANT (AMBULANCIER/POMPIER/POLICIER) <input type="checkbox"/> ÉDUCATRICE EN SERVICE DE GARDE <input type="checkbox"/> AGENT CORRECTIONNEL <input type="checkbox"/> ENSEIGNANT OU AUTRE MEMBRE DU PERSONNEL SCOLAIRE <input type="checkbox"/> CONDUCTEUR DE SERVICES DE TRANSPORT EN COMMUN <input type="checkbox"/> SECTEUR DE LA RESTAURATION <input type="checkbox"/> ÉPICERIE <input type="checkbox"/> PHARMACIE <input type="checkbox"/> COIFFEUSE OU BARBIER <input type="checkbox"/> ESTHÉTICIENNE <input type="checkbox"/> AGENT DE BORD <input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR D'USINE <input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) _____ <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
25.a.	Combien de fois avez-vous participé à un rassemblement de 10 personnes ou plus depuis MARS 2020?	__ __ NOMBRE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE



25.c.	Si vous pensez avoir eu la COVID, combien de fois avez-vous participé à des rassemblements de plus de 10 personnes au cours des six mois précédant le début de vos symptômes?	<p>___</p> <p>NOMBRE</p> <p>PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE</p>			
26.	Fumez-vous actuellement du tabac?	<p>NON (passez à la question 28)</p> <p>OUI</p> <p>PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE</p>			
27.	Si OUI, à quelle fréquence fumez-vous du tabac?	<p>MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR</p> <p>TOUS LES JOURS</p>			
28.	Utilisez-vous actuellement des cigarettes électroniques (vapeuse)?	<p>NON (passez à la question 30)</p> <p>OUI</p> <p>PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE</p>			
29.	Si OUI, à quelle fréquence utilisez-vous des cigarettes électroniques (vapeuse)?	<p>MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR</p> <p>TOUS LES JOURS</p>			
30.	Un médecin vous a-t-il diagnostiqué l'un des problèmes de santé chroniques suivants? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]	OUI	NON	NE SAIT PAS	PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	a. Hypertension	01	00	98	99
	b. Diabète	01	00	98	99
	c. Asthme	01	00	98	99
	d. Maladie pulmonaire chronique	01	00	98	99
	e. Maladie cardiaque chronique	01	00	98	99



	f. Maladie rénale chronique	01	00	98	99
	g. Maladie du foie	01	00	98	99
	h. Cancer	01	00	98	99
	i. Trouble sanguin chronique	01	00	98	99
	j. Immunosuppression	01	00	98	99
	k. Trouble neurologique chronique	01	00	98	99
	l. Autre (précisez)				
31.	Quel est votre poids actuel? (chiffre arrondi)	____ kg / lb PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE			
32.	Quelle est votre taille actuelle?	____ , ____ m OU ____ pi ____ po PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE			
33.	Avez-vous un médecin de famille/prestataire de soins primaires ?	NON OUI NE SAIT PAS PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE			
34.a.	Vous faites-vous habituellement vacciner contre la grippe?	NON OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE			
35.	Indiquez si vous avez pris les mesures suivantes depuis mars 2020 et à quelle fréquence.				
	a. Porter un masque dans les lieux publics	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE			



	b. Pratiquer la distanciation physique dans les lieux publics	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	c. Éviter les lieux bondés/rassemblements	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	d. Éviter les salutations courantes (comme les poignées de main ou les accolades)	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	e. Limiter les contacts avec des personnes à haut risque (par exemple, un parent âgé)	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	f. Vous isoler parce que vous pensiez être infecté par la COVID-19	NON / OUI /SANS OBJET / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	g. Vous mettre en quarantaine parce que vous avez pu être exposé à la COVID-19, mais n'avez pas présenté de symptômes.	NON / OUI /SANS OBJET / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
36.	Si vous pensez avoir eu la COVID, avez-vous pris les mesures suivantes au cours des six mois précédant le début de vos symptômes? (indiquez la fréquence)	
	a. Porter un masque dans les lieux publics	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	b. Pratiquer la distanciation physique dans les lieux publics	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	c. Éviter les lieux bondés/rassemblements	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE



	d. Éviter les salutations courantes (comme les poignées de main ou les accolades)	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	e. Limiter les contacts avec des personnes à haut risque (par exemple, un parent âgé)	JAMAIS / RAREMENT / PARFOIS / SOUVENT / TOUJOURS / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	f. Vous isoler parce que vous pensiez être infecté par la COVID-19	NON / OUI / SANS OBJET / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
	g. Vous mettre en quarantaine parce que vous avez pu être exposé à la COVID-19, mais n'avez pas présenté de symptômes.	NON / OUI / SANS OBJET / PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
40.	Avez-vous été vacciné contre la COVID-19? (Répondez « OUI » si vous avez reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19).	NON OUI PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
41.	Combien de doses du vaccin contre la COVID-19 avez-vous reçues jusqu'à présent?	UNE DEUX PLUS QUE DEUX
42.	Quand avez-vous reçu la première dose du vaccin contre la COVID-19?	___ / ___ / ___ JOUR MOIS ANNÉE
43.	Quand avez-vous reçu la deuxième dose du vaccin contre la COVID-19?	___ / ___ / ___ JOUR MOIS ANNÉE



44.	Quel vaccin avez-vous reçu?	VACCIN PFIZER ET BIONTECH mRNA VACCIN MODERNA mRNA VACCIN ASTRAZENECA OXFORD VACCIN JOHNSON & JOHNSON (JANSSEN) AUTRE (PRÉCISEZ LE VACCIN) _____ NE SAIT PAS PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
-----	-----------------------------	--