



Éléments de données essentiels du GTIC : La COVID-19 et la vaccination

Version 4.1, 4 avril 2022

Initiative de financement : IRSC-GTIC 2021, et mise à jour sur la vague du variant Omicron

Le présent document décrit le module « La COVID-19 et la vaccination » des éléments de données essentiels (ÉDE) du GTIC conçu pour les antécédents et les résultats de la COVID-19 à l'ère de la vaccination. Les questions et les réponses sont basées sur des enquêtes nationales et les ÉDE pour d'autres études financées par le GTIC, et ont été sélectionnées et examinées par une grande équipe de chercheurs et d'épidémiologistes.

Instructions pour le chercheur et le concepteur du questionnaire :

Veillez rédiger vos questions en respectant le plus possible la formulation utilisée dans ce document, afin de faciliter l'harmonisation de vos résultats avec ceux d'autres études financées par le GTIC. Si vous ne pouvez pas poser certaines questions à vos participants ou si vous devez modifier la formulation, veuillez discuter des modifications avec l'unité de gestion des données du GTIC. Si vous ajoutez des sous-questions ou des précisions supplémentaires aux questions des ÉDE, vous n'avez pas à communiquer ces détails supplémentaires.

Ces modules doivent être précédés du module « Données contextuelles », version 2.2. Un module optionnel sur l'innocuité des vaccins est disponible.

Les numéros des questions ne servent que de référence dans ce document et peuvent changer d'une version à l'autre.

N.B. Le générique masculin utilisé ici n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les éléments en texte rouge sont destinés à l'intervieweur ou au personnel chargé de l'étude.

Information de base sur la vaccination

Q #	GTIC - ÉDE du vaccin général pour adulte
00	Identifiant unique du participant :
01.a	Date de l'entrevue ____ / ____ / ____ JOUR MOIS ANNÉE
40.	Avez-vous été vacciné contre la COVID-19? (Répondez OUI si vous avez reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19)



	NON 00 OUI 01 NE SAIT PAS 98
41.	Combien de doses de vaccin avez-vous reçues jusqu'à présent? UNE 01 DEUX 02 PLUS QUE DEUX 03 NE SAIT PAS99

Répétez la section suivante pour chaque dose (faites-en un instrument répétable au cours de la visite, par ex., la visite initiale, si nécessaire)

Q #	GTIC - ÉDE du vaccin général pour adulte - formulaire répétable
40.a.	<i>Cette question est un écran et un espace réservé pour un formulaire répétable de questionnaire en ligne [par ex., un instrument répété REDCap]. Elle est facultative si elle n'est pas nécessaire à la conception de votre questionnaire.</i> Vous avez répondu [à la Q40, si = « 00, 98 »] à « Avez-vous été vacciné contre la COVID-19? » Avez-vous un vaccin contre la COVID-19 de prévu? NON00 OUI01 NE SAIT PAS98 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE99
41.a.	Vous avez répondu que vous avez reçu des doses [réponse à la Q41, si Q40 = « 01 »] Pour quelle dose remplissez-vous ce formulaire? PREMIÈRE01 DEUXIÈME02 LA DERNIÈRE DE 3 OU PLUS03 NE SAIT PAS98
42.	Quand avez-vous reçu cette dose du vaccin contre la COVID-19? ___ / ___ / ___ JOUR MOIS ANNÉE NE SAIT PAS98
43.	Quel vaccin avez-vous reçu? À ARNm de PFIZER BIONTECH..... 01



	À ARNm de MODERNA..... 02
	ASTRAZENECA OXFORD 03
	JOHNSON & JOHNSON (JANSSEN) 05
	AUTRE 04
	(PRÉCISEZ LE VACCIN) _____
	NE SAIT PAS 98

Antécédents COVID-19 avant la plus récente dose de vaccin

Q #	Sondage auprès d'adultes sur les antécédents liés à la COVID-19
15.	Pensez-vous avoir eu la COVID-19? NON 00 --> Q33 OUI 01 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ... 99
16.	Pourquoi pensez-vous avoir eu la COVID-19? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT] EXAMEN DES SYMPTÔMES EN LIGNE 01 PROFIL DE SYMPTÔMES 02 RÉSULTAT DE TEST PAR ÉCOUVILLONS DANS LE NEZ OU LA GORGE 03 FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ 04 CONTACT AVEC UN CAS 05 AUTRE 06 PRÉCISEZ : _____ PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE 99
17.	Avez-vous été hospitalisé à cause de la COVID-19? NON 00 OUI 01 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE 99
18.	Avez-vous eu un test de dépistage d'infection active à la COVID-19 (par écouvillonnage du nasopharynx ou de la gorge, un test de salive ou par gargarisme)? NON 00 --> prochain module OUI 01 NE SAIT PAS 98 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ... 99
19.	Si OUI, combien de fois avez-vous été testé? _____ NOMBRE



Q #	Sondage auprès d'adultes sur les antécédents liés à la COVID-19
	PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE 99
20.5	<p>a. Avez-vous été trouvé positif à la COVID-19 lors d'un test (par écouvillonnage du nasopharynx ou de la gorge, un test de salive ou par gargarisme)?</p> <p>NON00 OUI01 NE SAIT PAS98 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ...99</p> <p>b. Si oui, quelle était la date du test positif (si plusieurs, la plus ancienne)?</p> <p>___ / ___ MOIS ANNÉE</p>

* La Q.20.5 n'est pas une question de la v.2, mais les mêmes données peuvent être tirées de la Q.20, une question en 4 parties.

[Historique détaillé facultatif de tests antigéniques de dépistage de la COVID-19]

Au lieu de la question 20.5, s'il est utile pour votre recherche de recueillir un historique plus détaillé des tests, veuillez envisager d'inclure les questions suivantes. Cela présente aussi des avantages pour les activités de modélisation de l'immunité du GTIC. Ce format était celui de la version 2.0 et la question 20.5 peut être dérivée de cet ensemble de questions.

v2 #	Historique détaillé facultatif de tests antigéniques de dépistage de la COVID-19
------	--



20.1	<p>a. À quelle date a été effectué le premier test?</p> <p>____ / ____ MOIS ANNÉE</p> <p>b. Quel était le résultat du premier test?</p> <p>NÉGATIF00 POSITIF01 NE SAIT PAS98</p> <p>c. Aviez-vous des symptômes de la COVID lorsque vous avez passé ce test?</p> <p>NON00 OUI01 NE SAIT PAS98</p> <p>d. Si oui, quels symptômes présentiez-vous? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]</p> <p>TOUX a FIÈVRE b ESSOUFFLEMENT c DOULEURS MUSCULAIRES d MAL DE TÊTE e MAL DE GORGE f DIARRHÉE..... g PERTE DE L'ODORAT OU DU GOÛT h AUTRE i (PRÉCISEZ) _____</p>
20.2	<p>Si vous avez passé plus d'un test :</p> <p>a. À quelle date a été effectué le deuxième test?</p> <p>____ / ____ MOIS ANNÉE</p> <p>b. Quel était le résultat du deuxième test?</p> <p>NÉGATIF 00 POSITIF 01 NE SAIT PAS 98</p> <p>c. Aviez-vous des symptômes de la COVID lorsque vous avez passé ce test?</p> <p>NON 00</p>



	<p>OUI 01 NE SAIT PAS 98</p> <p>d. Si OUI, quels symptômes présentiez-vous? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]</p> <p>TOUX a FIÈVRE b ESSOUFFLEMENT c DOULEURS MUSCULAIRES d MAL DE TÊTE e MAL DE GORGE f DIARRHÉE g PERTE DE L'ODORAT OU DU GOÛT h AUTRE i (PRÉCISEZ) _____</p>
20.3	<p>Si vous avez passé plus de 2 tests :</p> <p>a. À quelle date a été effectué le troisième test?</p> <p>____ / ____ MOIS ANNÉE</p> <p>b. Quel était le résultat du troisième test?</p> <p>NÉGATIF 00 POSITIF 01 NE SAIT PAS 98</p> <p>c. Aviez-vous des symptômes de la COVID lorsque vous avez passé ce test?</p> <p>NON 00 OUI 01 NE SAIT PAS 98</p> <p>d. Si OUI, quels symptômes présentiez-vous? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]</p> <p>TOUX a FIÈVRE b ESSOUFFLEMENT c DOULEURS MUSCULAIRES d MAL DE TÊTE e MAL DE GORGE f DIARRHÉE g PERTE DE L'ODORAT OU DU GOÛT h</p>



	AUTRE i (PRÉCISEZ) _____
20.4	<p>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)?</p> <p>NON 00 --> Q22 OUI 01</p> <p>b. Si OUI, à quelle date avez-vous reçu un résultat positif pour la première fois?</p> <p>____ / ____ MOIS ANNÉE</p>

La maladie de la COVID-19 après la plus récente dose de vaccin (efficacité des vaccins)

Nous comprenons que les études financées par le GTIC ne sont pas toutes conçues de la même manière et que chacune ne comporte pas forcément des rencontres planifiées avec les participants. Ce questionnaire est conçu pour une étude de cohorte typique, mais nous collaborerons de façon individuelle avec les équipes de recherche afin de trouver la solution idéale pour obtenir les ÉDE requis en tenant compte de la conception de l'étude. Cette section facilite également un devis cas-témoins avec tests négatifs.

Utilisez ce formulaire à chaque visite de l'étude.

Q #	GTIC - Sondage lié à l'efficacité des vaccins chez l'adulte
60.	<p><i>Champ calculé ou saisie manuelle (l'objectif est de couvrir complètement, au cours des visites de l'étude, le temps écoulé entre la première vaccination utile à votre étude et le moment présent, sans chevauchement) :</i></p> <p>Répondez aux questions suivantes en fonction de l'intervalle de temps entre [le premier de ces deux événements : votre dernière visite pour l'étude, le [date] / votre dernière dose de vaccin, le [date]] et aujourd'hui.</p>



Q #	GTIC - Sondage lié à l'efficacité des vaccins chez l'adulte
61.a	<p>Avez-vous fait un test PCR pour le dépistage de la COVID-19 (écouvillonnage du nasopharynx ou de la gorge, test de salive ou gargarisme)?</p> <p>NON00 → Q61.b suivante OUI01 → Q62 NE SAIT PAS98 → Q61.b suivante PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ...99 → Q61.b suivante</p>
61.b	<p>Vous êtes-vous testé pour la COVID-19 avec un test antigénique de dépistage du SARS-CoV-2 (test antigénique rapide, test à flux latéral)?</p> <p>NON 00 → Q65 OUI 01 → Q62 NE SAIT PAS..... 98 → Q65 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ... 99 → Q65</p>
62.	<p>Aviez-vous des symptômes compatibles avec la COVID-19 quand vous avez fait le test (p. ex., toux, fièvre, essoufflement, douleurs musculaires, mal de tête, mal de gorge, diarrhée, perte du goût ou de l'odorat)?</p> <p>NON00 OUI01 NE SAIT PAS98 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE99</p>
63.	<p>Le résultat du test était-il positif? (Si le test PCR et le test rapide ont été effectués, répondez pour le test PCR)</p> <p>NON00 → Q65 OUI01 → Q64 NE SAIT PAS98 → Q65 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ...99 → Q65</p>
64.	<p>À quelle date avez-vous fait le test positif (si vous avez fait le test PCR et le test rapide, répondez pour le test PCR. S'il y en a eu plusieurs, indiquez le premier survenu dans l'intervalle concerné)?</p> <p>___ / ___ / ___ JJ MM AAAA</p>
65.	<p>Avez-vous consulté un professionnel de la santé en raison de la COVID-19?</p> <p>NON00 → Q65 OUI01 → Q64 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE99 → Q65</p>



Q #	GTIC - Sondage lié à l'efficacité des vaccins chez l'adulte
66.	À quelle date a eu lieu la consultation (s'il y en a eu plusieurs, indiquez la première survenue dans l'intervalle concerné)? __ __ / __ __ / __ __ __ __ JJ MM AAAA
67.a	Avez-vous été hospitalisé en raison de la COVID-19? NON00 OUI01 → Q66 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE.....99
67.b	À quelle date a eu lieu l'hospitalisation (s'il y en a eu plusieurs, indiquez la première survenue dans l'intervalle concerné)? __ __ / __ __ / __ __ __ __ JJ MM AAAA
67.c	Quelle a été la durée de l'hospitalisation? __ __ __ JOURS NE SAIT PAS98 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE99
67.d	[Avez-vous / Est-ce que le participant a] été hospitalisé aux soins intensifs? NON00 OUI01 NE SAIT PAS98

Fardeau de l'infection par le COVID-19 (avant ou après la vaccination)

80.	Si vous avez déjà (avant ou après la vaccination) été déclaré positif à la COVID-19 ou si un prestataire de soins vous a diagnostiqué une infection à la COVID-19 :
-----	---



	<p>Quelle a été la conséquence la plus grave de votre infection à la COVID-19? (Si plus d'un symptôme ou d'une infection, indiquez le plus grave)</p> <p>NON APPLICABLE (COVID ASYMPTOMATIQUE) 00 N'A PAS PERTURBÉ LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES ... 01 A PERTURBÉ, MAIS N'A PAS EMPÊCHÉ LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES 02 A EMPÊCHÉ LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES 03 NE SAIT PAS00..... 98 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE 99</p>
81.	<p>À ce jour, quel est le résultat de votre infection à la COVID-19? [CHOISISSEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT]</p> <p>ENTIÈREMENT RÉTABLI 00 SYMPTÔMES PERSISTANTS, PERTURBENT MAIS N'EMPÊCHENT PAS LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES 01 SYMPTÔMES PERSISTANTS, EMPÊCHANT LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES 02 INVALIDITÉ PERMANENTE PROBABLE 03 NE SAIT PAS 98 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE 99</p>
70.	<p>Le participant est-il décédé?</p> <p>NON00 OUI01 NE SAIT PAS98</p>
71.	<p>Date du décès :</p> <p>___ / ___ / ___ JJ MM AAAA</p>
72.	<p>La COVID-19 était-elle la cause initiale du décès?</p> <p>NON00 OUI01 NE SAIT PAS98</p>