



clsa élcv

Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire sur la COVID-19 (hebdomadaire)

v1.4, 08 mai 2020

Mentions : L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) est rendue possible grâce au financement du gouvernement du Canada par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), numéro de subvention LSA 94473, et de la Fondation canadienne pour l'innovation. L'ÉLCV est menée par les Drs Parminder Raina, Christina Wolfson et Susan Kirkland.

La recherche sur la COVID-19 de l'ÉLCV a été financée par l'Institut de recherche Juravinski, l'Université McMaster, l'Institut McMaster de recherche sur le vieillissement et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse.

Table des matières

	Page
Section A : Questions à propos de vous et de votre santé	3
Section B : Questions sur votre comportement	7

Section A : Questions à propos de vous et de votre santé

1. Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu l'un ou l'autre des symptômes suivants et, si oui, comment qualifieriez-vous ces symptômes?

	Non NO	Léger MILD	Modéré MODERATE	Sévère SEVERE	Ne sais pas / pas de réponse DK_NA	Préfère ne pas répondre REFUSED
	1	2	3	4	8	9
Nez qui coule ou bouché	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Douleur aux sinus	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Douleur à l'oreille	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Mal de gorge ou gorge irritée	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Voix enrouée	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Toux sèche (sans flegme ou mucus)	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Toux grasse (avec flegme ou mucus)	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Essoufflement ou difficulté à respirer	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Mal de tête	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre

	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
	NO	MILD	MODERATE	SEVERE	DK_NA	REFUSED
	1	2	3	4	8	9
Frissons ou grelottements	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Muscles ou articulations endoloris ou douloureux	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Fatigue	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Diminution de l'appétit	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Diarrhée	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Nausée ou vomissements	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Diminution de l'odorat	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
Confusion	Non	Léger	Modéré	Sévère	Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre
	NO	YES			DK_NA	REFUSED
Malaise général	Non	Oui			Ne sais pas / pas de réponse	Préfère ne pas répondre

2. Au cours de la dernière semaine, avez-vous fait de la fièvre?

- Non
- Oui*
- Ne sais pas / pas de réponse
- Préfère ne pas répondre

→ *Si oui* :

Combien de temps la fièvre a-t-elle duré (si vous avez fait de la fièvre plus d'une fois, répondez à propos de celle qui a duré le plus longtemps)?

___ heures [min=1, max=96]

ou ___ jours [min=1, max=7]

- Ne sais pas / pas de réponse
- Préfère ne pas répondre

Quelle a été la température la plus élevée enregistrée?

__ . __ °C

ou ___ . __ °F

- Je n'ai pas pris ma température
- Ne sais pas / pas de réponse
- Préfère ne pas répondre

3. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour l'un de ces symptômes au cours de la dernière semaine? (**Ne pas poser si le participant a répondu « non » à tous les symptômes des questions 1 et 2.)

- Non
- Oui*
- Ne sais pas / pas de réponse
- Préfère ne pas répondre

→ Si oui* : De quel type de consultation s'agissait-il? **(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)**

- Médecin de famille
- Infirmière ou infirmière praticienne
- Clinique sans rendez-vous ou de soins d'urgence
- Service des urgences
- Télésanté
- Santé publique (p. ex. service de santé publique)
- Santé au travail (p. ex. agent de santé et de sécurité au travail)
- Aucune de ces réponses
- Ne sais pas / pas de réponse
- Préfère ne pas répondre

- Si oui* : Avez-vous été hospitalisé pour l'un de ces symptômes au cours la dernière semaine?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
4. Au cours de la dernière semaine, avez-vous passé un test pour déterminer si vous aviez la COVID-19?
- Non
 - Oui*
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
- Si oui* : Le test était-il positif?
- Non
 - Oui
 - Résultat pas encore disponible
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
5. Au cours de la dernière semaine, un professionnel de la santé vous a-t-il dit que vous aviez la COVID-19 sans que vous passiez un test pour le confirmer?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
6. Au cours de la dernière semaine, avez-vous passé une radiographie pulmonaire pour déterminer si la COVID-19 était dans vos poumons?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
7. Au cours de la dernière semaine, avez-vous passé un scan du thorax (tomodensitométrie) pour déterminer si la COVID-19 était dans vos poumons?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre

Section B : Questions sur votre comportement

8. Au cours de la dernière semaine, avez-vous été dans la même pièce qu'une personne qui a reçu un diagnostic de COVID-19 de la part d'un professionnel de la santé?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
9. Au cours de la dernière semaine, avez-vous été dans la même pièce qu'une personne qui a fait de la fièvre, qui a ressenti une fatigue sévère ou qui a eu le souffle court, une toux sèche, des douleurs musculaires ou une production de mucus plus importante qu'à l'habitude?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
10. Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous mis(e) en quarantaine volontaire, c'est-à-dire que vous avez eu des contacts physiques uniquement avec les membres immédiats de votre domicile?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
11. Au cours de la dernière semaine, avez-vous participé à de grands rassemblements publics de plus de 10 personnes?
- Non
 - Oui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
12. Au cours de la dernière semaine, êtes-vous sorti(e) de votre domicile?
- Non*
 - Oui**
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre
- ➔ Si non* : Êtes-vous entré(e) en contact avec des personnes qui ne vivent pas actuellement avec vous au cours de la dernière semaine?
- Non
 - Oui*
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre

- *Si oui* : Par quel(s) moyen(s)? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)
- Réseaux sociaux (p. ex., Facebook, Twitter, etc.)
 - Vidéoconférence ou appel vidéo (p. ex., FaceTime, Skype, Zoom, etc.)
 - Téléphone
 - En personne (p. ex. vous avez reçu la visite d'un ami ou d'un membre de votre famille)
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre

- Si oui** : Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous sorti(e) de votre domicile? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)?
- Aller au travail
 - Promener un animal de compagnie
 - Faire de l'activité physique (p. ex. exercice, jogging)
 - Acheter de la nourriture
 - Aller à la pharmacie
 - Aller à l'hôpital / recevoir des traitements médicaux
 - Prendre soin de personnes à charge
 - Rencontrer des amis ou des proches
 - Fatigué(e) d'être à l'intérieur
 - Ennui
 - Ne sais pas / pas de réponse
 - Préfère ne pas répondre