

Mental Health

Santé mentale

Vous pouvez choisir de ne pas répondre aux questions.

Si vous avez des pensées suicidaires, ces lignes d'assistance gratuites sont disponibles 24/7 pour vous apporter du soutien:

US: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: text TALK to 741741)

UK: 116 123

Netherlands: 0800 0113

Canada: 833-456-4566

Trouvez [des lignes d'assistance supplémentaires](#) pour votre pays

Avez-vous (avant vos symptômes de COVID-19) été diagnostiqué avec un problème de santé mentale (e.g. dépression, anxiété, trouble panique, psychose, etc.)?

- Oui
- Non

Pensez-vous avoir, ou avoir eu des problèmes de santé mentale qui n'ont pas été diagnostiqués?

- Oui
 Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, laquelle/lesquelles des propositions suivantes vous correspond? (cochez tout ce qui peut s'appliquer)

- Dépression
 Trouble bipolaire
 Troubles anxieux
 Trouble lié à l'usage de substances
 Troubles alimentaires
 Trouble de la personnalité
 Trouble psychotique
 Délire
 Stress post-traumatique (PTSD)
 Autre

Pour chaque trouble pouvant s'appliquer à vous, spécifiez:

	N/A	Pas de changement durant le COVID-19	Début durant le COVID- 19	Aggravation significative durant le COVID-19	Aggravation modérée durant le COVID-19
Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble bipolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble lié à l'usage de substances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de la personnalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble psychotique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Délire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress post-traumatique (PTSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Optionnel: Décrivez comment ces troubles vous ont affecté durant le COVID-19.



Depressive Symptoms

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par un/plusieurs des problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir mal, déprimé ou sans espoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés pour s'endormir, rester endormi ou trop dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir fatigué ou sans énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Sentiment que vous êtes un raté, que vous avez laissé tomber votre famille/vous-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parler et bouger de façon si ralentie que les autres l'ont remarqué ou l'inverse, être si agité que vous bougez plus que d'habitude.

Penser que vous seriez mieux mort ou penser à vous faire du mal.

Jamais Plusieurs jours Plus de la moitié du temps Presque tous les jours

Si vous avez coché un des problèmes ci-dessus avez-vous trouvé difficile en raison de ce/ces problèmes, de faire votre travail, s'occuper des choses de la maison, s'entendre avec les autres?

- Pas difficile du tout
- Un peu difficile
- Très difficile
- Extrêmement difficile

(Optionnel) Si vous le souhaitez vous pouvez partager votre expérience

Anxiety Symptoms

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par un/plusieurs des problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Se sentir nerveux ou anxieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne pas pouvoir arrêter ou contrôler son inquiétude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se faire trop de soucis à propos de plusieurs choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
difficultés à se relaxer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
Etre si agité qu'il vous est difficile de rester assis ou immobile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etre facilement ennuyé/irrité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir peur que quelque chose d'horrible se produise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours

Si vous avez coché un des problèmes ci-dessus, avez-vous trouvé difficile en raison de ce/ces problèmes de faire votre travail, s'occuper des choses de la maison, s'entendre avec les autres?

Pas difficile du tout

- Un peu difficile
- Très difficile
- Extrêmement difficile

(optionnel) Si vous le désirez partager votre expérience.

Suicidal Thoughts

pensées suicidaires, ces lignes d'assistance gratuites sont disponibles 24/7 pour vous apporter du soutien:

US: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: text TALK to 741741)

UK: 116 123

Netherlands: 0800 0113

Canada: 833-456-4566

Find [lignes d'assistance supplémentaires](#) pour votre pays

A n'importe quel moment durant votre COVID-19, avez-vous déjà eu:

- Avez-vous souhaité être mort ou ne pas vous réveiller en allant vous coucher?
- Avez-vous pensé à vous suicider?
- Avez-vous pensé à vous faire du mal?
- Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal?
- Je n'ai pas eu de pensées suicidaires

Autre

Psychiatric Medication

Avez-vous eu des médicaments psychiatriques prescrits durant votre convalescence?

- Oui
 Non

Avez-vous eu des changements dans vos traitements psychiatriques durant la pandémie de COVID-19?

- Oui, un réajustement des doses a été fait par rapport à avant
 Oui, un nouveau traitement m'a été prescrit
 Non, j'ai continué mes médicaments aux doses habituelles
 Non, je n'ai pas eu besoin de traitements psychiatriques

Si l'on vous a prescrit de nouveaux médicaments, desquels s'agissaient-ils?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Mélatonine pour l'insomnie |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropion) | <input type="checkbox"/> Stabilisateurs de l'humeur (e.g. lithium, valproic acid, topiramate, etc) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Stimulants |

- Benzodiazepine (médicament contre l'anxiété)
- Antipsychotiques Autre
- Médicaments pour l'insomnie (e.g. zolpidem, zopiclone, zaleplon)

Si vous avez pris un de ces traitements, indiquez comment ils ont affecté votre état. (Cochez tout ce qui peut s'appliquer)

	Beaucoup mieux	Modérément mieux	Légèrement mieux	A peu près pareil	Légère pir
Antidépresseurs (SSRI/SNRI/Wellbutrin, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepine (traitement contre l'anxiété)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antipsychotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z-drug pour l'insomnie (e.g. zolpidem, zopiclone, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Beaucoup mieux	Modérément mieux	Légèrement mieux	A peu près pareil	Légère pir
Mélatonine pour l'insomnie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stabilisateurs de l'humeur (e.g. lithium, valproic acid, topiramate, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beaucoup mieux Modérément mieux Légèrement mieux A peu près pareil Légère pir

Si vous avez reçu un traitement psychiatrique durant votre COVID-19, cochez tout ce qui peut s'appliquer:

- J'ai reçu un traitement prescrit par mon médecin généraliste/médecin traitant (MG/MT)
- J'ai reçu un traitement prescrit par mon ancien psychiatre
- J'ai reçu un traitement prescrit par mon nouveau psychiatre
- J'ai été dans l'impossibilité d'obtenir le traitement dont j'avais besoin

Si vous n'avez pas reçu de traitement psychiatrique, quelles raisons parmi celles listées ci-dessous ont joué un rôle dans votre impossibilité à recevoir des soins?

- le coût
- l'accès à du matériel compatible avec la téléconsultation
- le soignant de mon choix n'était pas couvert par mon assurance
- le soignant de mon choix n'assurait pas la téléconsultation
- Autre

Coping

Quelles activités avez-vous fait pour améliorer votre bien être/vous aider à faire face? (cochez tout ce qui peut s'appliquer)

- Groupes/Communautés de soutien en ligne dédiés au COVID-19
- Groupes/ Communautés de soutien en ligne non spécifiques
- Thérapie
- Yoga
- Aerobic/Fitness
- Méditation
- Aucune des réponses ci-dessus

Si vous avez rejoint une communauté COVID-19 en ligne, quel a été l'effet de votre participation sur votre bien être psychologique?

- Mon bien être psychologique a été très amélioré
- Mon bien être psychologique a été modérément amélioré
- Pas d'effets sur mon bien être psychologique
- Mon bien être psychologique a été modérément aggravé
- Mon bien être psychologique a été très aggravé

Etes-vous en accord avec cette affirmation? "Je n'ai pa été pris au sérieux par un ou plusieurs de mes praticiens"

- Complètement d'accord
- D'accord
- Assez d'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Quelque peu en désaccord
- En désaccord
- Très en désaccord

(Optionnel) Expliquez comment votre appartenance à une

communauté en ligne a joué un rôle sur votre bien être psychologique.

Etre isolé des autres:

- a eu un impact très négatif sur ma santé mentale
- a eu un impact négatif sur ma santé mentale
- n'a pas eu d'impact sur ma santé mentale
- a eu un impact positif sur ma santé mentale
- a eu un impact très positif sur ma santé mentale
- Je n'ai pas été isolé des autres

(Optionnel) Évaluez les 28 énoncés ci-dessous au sujet des méthodes pour faire face

	Je n'ai pas fait ça du tout	Un peu	Moyennement	J'ai beaucoup fait ça
Je me suis réfugié dans le travail ou d'autres activités pour ne plus y penser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai concentré mes efforts pour essayer de faire quelque chose sur la situation dans laquelle je suis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis dit à moi-même "ce n'est pas réel"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai utilisé de l'alcool ou de la drogue pour me sentir mieux

J'ai reçu un support émotionnel de la part d'autres personnes

J'ai renoncé à essayer de gérer

J'ai entrepris des actions pour essayer d'améliorer la situation

Je n'ai pas fait ça du tout

Un peu

Moyennement

J'ai beaucoup fait ça

J'ai refusé de croire que cela était arrivé/déni

J'ai dit des choses pour exterioriser mes sentiments désagréables

J'ai été aidé et conseillé par d'autres personnes

J'ai essayé de voir les choses sous un autre angle, pour les rendre plus positives

J'ai été critique de moi-même

J'ai essayé de développer une stratégie pour m'en sortir

J'ai reçu du soutien et de la compréhension d'autres personnes

Je n'ai pas fait ça du tout

Un peu

Moyennement

J'ai beaucoup fait ça

J'ai abandonné mes tentatives pour faire face

J'ai essayé de trouver du positif dans ce qu'il se passe

J'ai réussi à prendre les choses avec humour/faire des blagues à propos de ça

J'ai essayé de faire des choses pour y penser moins, comme regarder des films ou la télé, lire, rêver, dormir ou faire du shopping

J'ai accepté la réalité/le fait que c'est bien arrivé

J'ai exprimé mes sentiments négatifs

J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou mes croyances spirituelles

Je n'ai pas fait ça du tout

Un peu

Moyennement

J'ai beaucoup fait ça

J'ai essayé de recevoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes

J'ai appris à vivre avec

J'ai beaucoup réfléchi aux possibles étapes à suivre

Je me suis pensé responsable des choses qui m'arrivaient

J'ai prié ou médité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai essayé de prendre la situation avec humour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Je n'ai pas fait ça du tout	Un peu	Moyennement	J'ai beaucoup fait ça

Toute autre chose que vous voudriez partager en ce qui concerne votre façon de gérer la situation.

Structural Support

Comment définiriez le soutien ou l'absence de soutien que vous avez pu recevoir des gens suivants durant le cours de votre maladie?

	Nocif	Dédaigneux	Sceptique	Apathique	Légèrement soucieux
Prestataires médicaux/médecins/professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epoux/partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille (pa époux/partenaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre					

(Optionnel) Si vous en avez envie, n'hésitez pas partager votre expérience de soutien ou absence de soutien de la part des gens durant votre maladie.

Durant votre maladie, lesquels de ces scénarios correspondent à votre expérience?

- Je vivais seul et me suis senti capable de prendre soin de moi-même
- Je vivais seul et aurais eu besoin de plus d'aide qu je n'en ai eu
- Je vivais avec des gens qui ont bien pris soin de moi
- Je vivais avec des gens mais aurais eu besoin de plus d'aide que ce que je n'ai reçu
- Autre

Si vous étiez isolé, soit dans un endroit dans la même maison ou une autre maison, lesquels des scénarios suivants correspondent le mieux à ce que vous avez vécu?

considérez que '**rejoindre les autres**' signifie que vous avez recommencé à vivre avec les autres à nouveau, pas simplement

socialiser/leur rendre visite.

- Je n'ai pas été isolé, j'ai vécu avec d'autres personnes tout le long de ma maladie.
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre les semaines 1 et 3 et ils ont été infectés (probablement par moi)
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre la semaine 1 et 3 et ils n'ont pas été infectés.
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre les semaines 4 et 6 et ils ont été infectés
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné entre les semaines 4-6 et ils n'ont pas été infectés
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné après la semaine 6 et ils ont été infectés
- J'ai rejoint d'autres personnes à un moment donné après la semaine 6 et ils n'ont pas été infectés
- Je suis encore isolé/je n'ai pas encore rejoint les autres personnes
- N/A

Avez-vous des animaux de compagnie à la maison? *

- Oui
- Non

Si oui, spécifiez de quels animaux il s'agit: *

- Chats
- Chiens
- rongeurs
- Autres

Concernant les soins médicaux que vous avez reçus durant la pandémie de COVID-19: *

- Je pense avoir reçu les soins appropriés
- Je pense ne pas avoir vraiment reçu les soins appropriés
- Je pense ne pas avoir du tout reçu les soins appropriés
- Je n'ai pas eu besoin de soins médicaux

Concernant l'état de mes finances durant la pandémie de COVID-19 (choisissez tout ce qui peut s'appliquer): *

- J'ai perdu mon travail ou ai été dans l'incapacité de travailler si auto entrepreneur
- Je n'ai pas pu subvenir à mes besoins de base comme le loyer ou la nourriture
- Financièrement j'ai été sous pression mais j'ai réussi à joindre les deux bouts
- Je n'ai pas eu de problèmes financiers

(Optionnel) Je pense que mon gouvernement et les institutions de santé publique ont fait du mieux qu'ils pouvaient pour gérer la pandémie de COVID-19.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Assez d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas d'accord
- Vraiment pas d'accord

Si vous avez des enfants, ont-ils été malades du COVID (ou suspicion de COVID) pour plus de trois semaines?

- Je n'ai pas d'enfant.
- Mes enfants n'ont pas été malades.
- Mes enfants ont été malades mais ont guéri en moins de trois semaines.
- Un ou plusieurs de mes enfants ont été malades pendant plus de 3 semaines, et un ou plusieurs de mes enfants ont guéri avant 3 semaines.
- Tous mes enfants ont été malades pendant plus de 3 semaines.