

OurHealth - 2023

Start of Block: Consent

Pour le personnel/bénévole : Veuillez indiquer le nom du site:

- Calgary Pop Up
- Edmonton Pop Up
- Edmonton Pride
- Fête Arc-en-ciel de Québec
- Fierté Capitale Pride
- Fierté Chaleur Pride
- Fierté Fredericton Pride
- Fierté Montréal
- Fierté Sherbrooke Pride
- Fierté Sudbury Pride
- Halifax Pride
- International 2S Gathering
- Manitoba Pop Up
- Mingle (Poz-TO)
- New Westminster Pride
- Pride PEI
- Pride Toronto
- Red Deer Pop Up
- Regina Pride
- Saint John
- Saint John Community Pop Up

- Saskatchewan Pop Up
- Saskatoon Pride
- Steinbach Pride
- St. John's Community Dinner
- Vancouver Pride
- Victoria Pride
- Winnipeg Pride
- Planet Pride
- HFX Pride Cup & Community Skate
- PEI Witch Market Pride Edition
- Pride PEI - Poetry slam
- Pride PEI - Cabaret for change
- Pride PEI - Charlottetown Pride Market
- Pride PEI - Pride after dark
- Chronic Erotic - Halifax
- Fitness is Such a Drag
- Queer Community Care Day (Calgary Pop-up)
- Non-Event Recruitment

Formulaire de consentement Invitation à participer à l'étude Cette étude est menée par le Centre de recherche communautaire (CBRC), l'Université de Victoria, Egale, le réseau Enchanté et 2 Spirits in Motion. Intitulée « Notre santé : enquête pancanadienne sur la communauté 2SLGBTQQIA+ », elle s'adresse aux personnes bispirituelles, indigiqueers, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers, en questionnement, intersexes, asexuelles et aux

autres personnes issues de la diversité sexuelle et de genre au Canada. Vous êtes invité·e à y participer. Le chercheur principal de cette étude est Nathan Lachowsky (un homme blanc, cis et gai), professeur agrégé à l'Université de Victoria et directeur de recherche au CBRC (nlachowsky@uvic.ca, 250-472-5739). L'étude est financée par l'Agence de la santé publique du Canada. Sur quoi porte l'étude? Le sondage vise à enrichir les connaissances sur la santé des personnes 2S/LGBTQQIA+. Il couvre divers sujets, dont les conditions de santé chroniques, la santé mentale, l'accès aux services de santé, la santé sexuelle et reproductive, la violence et la discrimination ainsi que les liens communautaires. L'étude comprend d'ailleurs un volet de dépistage, mais celui-ci demeure optionnel. Si vous y participez, vous pourriez demander un dépistage du VIH, de l'hépatite C et/ou de la syphilis. Que devrai-je faire? Si vous acceptez de participer, l'équipe de recherche vous invitera à remplir un questionnaire sur une tablette ou sur votre propre appareil, ce qui devrait prendre une quinzaine de minutes. À la fin du sondage, on vous demandera si vous voudriez passer un test de dépistage optionnel à partir d'une goutte de sang séché (vous pouvez choisir d'être dépisté pour le VIH, l'hépatite C et/ou la syphilis). Si vous acceptez de participer au volet de dépistage optionnel, vous devrez fournir un échantillon sanguin prélevé par une piqûre au doigt. À votre demande, nous pourrions analyser votre échantillon pour dépister le VIH, l'hépatite C ou la syphilis et vous transmettre les résultats. Sans une requête expresse de votre part, ces tests additionnels n'auront PAS lieu. À noter que les tests en laboratoire seront coordonnés par le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada et qu'aucun ne sera mené hors du pays.. Nous vous fournirons une trousse de test et des instructions détaillées là où vous remplirez le questionnaire (événement de la Fierté, bar, centre communautaire, etc.). Vous pourrez prélever l'échantillon par vous-même ou demander l'aide d'un·e membre de notre équipe. Le tout devrait prendre environ cinq minutes. Si vous demandez les résultats de vos tests (VIH, hépatite C, syphilis), ils vous seront transmis par courriel ou par téléphone. L'étude comporte-t-elle des risques? Lorsque vous remplirez le questionnaire, il se peut que d'autres personnes vous voient et, ainsi, sachent que vous êtes admissible à l'étude. Si cette possibilité vous dérange, vous pourriez éviter de participer. Par ailleurs, peut-être que vous connaissez des personnes responsables du recrutement. Si c'est le cas, rien ne vous oblige à participer : votre décision n'aura aucune incidence sur l'accessibilité ou l'utilisation futures des services des organisations visées. Nous savons qu'il peut être difficile, voire troublant ou bouleversant, de répondre à des questions personnelles (par exemple sur l'usage de substances, la violence et la discrimination ou encore les obstacles aux soins et au soutien). Si une question vous ébranle ou que vous vous sentez inconfortable à un moment, dites-le à l'équipe de recherche. Si vous le souhaitez, les membres pourront vous guider vers du soutien et vous aiguiller vers un·e conseiller·ère ou un·e travailleur·euse de proximité. De plus, au besoin, l'équipe pourra vous fournir une liste de ressources pour les personnes 2S/LGBTQQIA+, qui comprend des lignes de crise ouvertes jour et nuit, déjà avisées de l'étude. Si vous décidez de participer, vous vous exposez à un risque de transmission de la COVID-19 lors des activités de recherche en personne. Par précaution, avant toute interaction en présentiel, l'ensemble des membres du personnel se prêteront à une autoévaluation des symptômes de la COVID-19. En outre, du désinfectant pour les mains et des lingettes nettoyantes seront à disposition. Si vous voulez redoubler de prudence, nous vous recommandons de porter un masque (nous en fournissons sur demande) et de pratiquer la

distanciation physique pendant votre participation. Enfin, en cas d'expositions potentielles à la COVID-19, nous aviserons les participant·e·s sur les médias sociaux du CBRC. L'analyse sanguine est optionnelle. Nous savons qu'il peut être inconfortable de se piquer le bout du doigt pour prélever un échantillon de sang, une pratique courante pour mesurer la glycémie. Avec votre trousse de test, vous recevrez des instructions pour effectuer le prélèvement en toute sécurité. Lisez-les avant de commencer. En cas de question, consultez l'équipe de recherche. Sachez qu'il arrive parfois que des personnes s'évanouissent après avoir piqué leur doigt. Si vous avez eu de mauvaises expériences avec les aiguilles ou les prises de sang par le passé, vous gagneriez à vous faire épauler par quelqu'un pendant que vous prélevez l'échantillon. Si vous craignez de vous évanouir, nous vous recommandons de ne pas participer à ce volet de l'étude. Si vous voulez recevoir les résultats de vos tests de dépistage du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis, nous vous les fournirons à titre indicatif seulement. Veuillez prévoir un délai d'environ trois mois avant de recevoir les résultats des tests de dépistage des ITSS. Il peut être bouleversant de recevoir un résultat de dépistage positif pour le VIH, l'hépatite C et/ou la syphilis, mais gardez en tête qu'il s'agit seulement de résultats préliminaires. Nous vous encourageons à repasser des tests pour les vérifier et pour obtenir un traitement. Notre équipe assurera le suivi de tous les résultats de dépistage positifs du VIH, de l'hépatite C et de la syphilis, vous guidera au besoin vers des tests de suivi et des soins, sera là pour répondre à toute question sur vos résultats par courriel ou téléphone et, enfin, pourra vous aiguiller vers un fournisseur de soins de santé, si nécessaire. Pour mieux protéger la confidentialité de vos renseignements, nous ne ferons jamais mention explicitement du résultat d'un test de dépistage d'ITSS (« positif » ou « négatif »), mais indiquerons plutôt si le résultat « correspond » à votre réponse dans le sondage. Nous vous communiquerons par téléphone tout nouveau résultat positif à un test de dépistage d'ITSS. Quels sont mes droits? Cette étude se fait sur une base entièrement volontaire. Vos réponses demeureront confidentielles et, si vous le souhaitez, vous pouvez participer sans indiquer votre nom. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions et d'arrêter le sondage à tout moment, sans pénalité. Cela dit, si vous décidez de garder l'anonymat et que vous arrêtez de participer en cours de route, nous ne pourrions retrouver vos réponses pour les effacer. En revanche, si vous fournissez votre nom, vous pourrez nous demander de retirer vos données à tout moment dans les six mois suivant la fin de l'étude, après quoi nous supprimerons définitivement tous les renseignements personnels de notre base de données (noms et coordonnées). Dans le cadre de ce projet, nous avons cherché à appliquer les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations (PCAP®). Si vous décidez de fournir un échantillon de sang, vous en resterez propriétaire et pourrez contrôler son usage par l'équipe de recherche : libre à vous de le retirer ou de demander à ce qu'on vous le retourne, le détruise ou le conserve pour d'éventuelles analyses. Dans le cadre de l'étude, votre prélèvement sanguin sera confié à notre équipe de recherche pendant la collecte d'échantillons, à Postes Canada pendant l'expédition et au Laboratoire national de microbiologie à des fins d'analyse et d'entreposage. Si vous autorisez de futures analyses de votre échantillon sanguin, celui-ci deviendra la propriété de l'équipe de recherche et sera détenu par le Laboratoire national de microbiologie. Si cette idée vous rend mal à l'aise, ne consentez pas à d'éventuelles analyses. Votre échantillon ne sera jamais vendu et ne fera l'objet d'aucun test génétique. Quel est l'intérêt de participer à l'étude? Votre participation à l'étude contribuera à générer des données aptes à alimenter les connaissances

des chercheur·euse·s et des organismes communautaires en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes 2S/LGBTQQIA+. Vous aurez d'ailleurs accès aux résultats de l'étude gratuitement l'année prochaine, sur le site Web du CBRC (www.cbrc.net). Vous pouvez demander à recevoir vos résultats de dépistage (VIH, hépatite C, syphilis). Notez que ces résultats sont considérés comme préliminaires et ne sauraient remplacer ceux d'un test réalisé auprès d'un·e professionnel·le de la santé. La participation est-elle rétribuée? Pour vous remercier de votre participation, nous vous remettrons 10 \$ en argent comptant. Vous y aurez droit même si vous décidez d'arrêter le sondage avant la fin. Comment mes renseignements personnels seront-ils protégés? Comme la collecte de renseignements se fait en ligne, nous ne sommes pas à l'abri d'une atteinte à la sécurité des données. En effet, les données pourraient tomber accidentellement entre les mains d'une personne hors de l'équipe de recherche. C'est d'autant plus risqué si vous décidez de réaliser le sondage sur un appareil personnel (votre téléphone par exemple), qui comporte peut-être des applications permettant le suivi de vos données. Si cela vous préoccupe, faites le sondage sur l'un de nos appareils. Nous avons pris les précautions nécessaires. Sachez aussi que les renseignements que vous fournirez seront traités selon les lois sur la protection des renseignements personnels, dont la loi fédérale Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE). Pendant la collecte, toutes les données seront sauvegardées dans l'application cryptée Qualtrics à partir des iPad de l'étude, puis téléversées vers les serveurs cryptés Qualtrics une fois connectés à Internet (ou elles y seront directement déposées si vous répondez avec votre propre appareil). Ensuite, les données seront transférées des serveurs Qualtrics vers les serveurs canadiens de l'Université de Victoria, qui seront seulement accessibles par les membres de l'équipe de recherche ayant signé une entente de confidentialité et suivi une formation sur la protection des renseignements personnels. Notons que la licence Qualtrics utilisée pour cette étude est une licence d'utilisation personnelle détenue par M. Lachowsky et qu'aucune donnée ne sera sauvegardée sur des serveurs aux États-Unis. Après la fin de l'étude et avant la communication des résultats, toutes les données seront entièrement anonymisées pour renforcer la protection de vos renseignements personnels. Quant au volet de dépistage optionnel, nous n'enverrons au laboratoire chargé de l'analyse sanguine qu'une trousse avec un numéro d'identification, sans fournir votre nom, vos coordonnées et vos réponses au sondage. Le numéro d'identification permettra de relier vos résultats de laboratoire à vos réponses à des fins d'analyse. L'autorisation d'accès à vos coordonnées se limitera aux membres de l'équipe de recherche autorisé·e·s afin de vous envoyer les résultats. Les coordonnées seront supprimées en intégralité dans les six mois suivant la fin de l'étude. À qui communiquerez-vous les données et les résultats de l'étude? Les renseignements que vous fournirez (autres que votre nom et vos coordonnées) seront transmis à l'équipe de recherche du CBRC et de l'Université de Victoria. Les données recueillies pourraient aussi être communiquées ultérieurement à d'autres chercheur·euse·s qui s'intéressent à la santé des personnes 2S/LGBTQQIA+. En consentant à participer au sondage, vous autorisez un tel usage de vos données, qui fait partie intégrante de l'étude. Toutefois, il sera impossible de vous identifier : nous ne divulguerons jamais votre nom ni vos coordonnées. Nous communiquerons nos résultats à des publics universitaires, gouvernementaux et communautaires, en préservant votre anonymat. Les chercheur·euse·s devront respecter en tout temps les lignes directrices éthiques des trois conseils en ce qui concerne la recherche auprès d'êtres humains. Les

données recueillies serviront à rédiger des rapports, à produire des statistiques et à préparer des présentations. Comme ces rapports et les autres documents publics référeront toujours à des groupes, et non à des individus, il sera impossible de vous identifier. Nous présenterons des données anonymisées (dépourvues de renseignements personnels révélateurs de l'identité) et agrégées dans nos rapports adressés à notre bailleur de fonds, l'Agence de la santé publique du Canada.

Participation volontaire La participation à cette étude est à votre entière discrétion. Si vous choisissez de ne pas y participer, votre décision ne changera en rien la façon dont vous serviront les organismes de santé et les organismes sociaux et communautaires. Si vous décidez de participer au sondage, vous pourrez arrêter à tout moment, sans que vos réponses soient perdues. Libre à vous de ne pas répondre à certaines questions.. Si vous décidez d'arrêter de participer en cours de route, vous pourrez demander à l'équipe de recherche de supprimer vos réponses si vous le souhaitez. Si j'ai des questions sur l'étude, qui puis-je contacter? Pour toute question ou demande d'information sur l'étude, parlez directement à un·e membre de l'équipe de recherche ou contactez-nous au 1-844-900-2279 (sans frais) ou à l'adresse ourhealth@cbrc.net. Au besoin, vous trouverez une copie du présent formulaire de consentement sur la page Notre santé du site Web du CBRC : https://fr.cbrc.net/notre_sante. Si je m'interroge sur mes droits comme participant·e, qui puis-je contacter? Cette étude a été évaluée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Victoria et est conforme aux normes des lignes directrices canadiennes en matière d'éthique de recherche des trois conseils. Vous pouvez vérifier son approbation éthique ou exprimer vos préoccupations en communiquant avec le Human Research Ethics Office, soit le bureau d'éthique en recherche sur les êtres humains de l'Université de Victoria, au 250-472-4545 ou à l'adresse ethics@uvic.ca.

Comprenez-vous et approuvez-vous les conditions susmentionnées?

- Oui
- Non

End of Block: Consent

Start of Block: Sociodemographics and Eligibility

Où habitez-vous actuellement?

- Alberta
- Colombie-Britannique
- Manitoba
- Nouveau-Brunswick
- Terre-Neuve-et-Labrador
- Territoires du Nord-Ouest
- Nouvelle-Écosse
- Nunavut
- Ontario
- Île-du-Prince-Édouard
- Québec
- Saskatchewan
- Yukon
- Je n'habite pas au Canada

Quel âge avez-vous? (en années)

Vous identifiez-vous en tant que personne 2S/LGBTQQIA+, c'est-à-dire en tant que personne bispirituelle, lesbienne, gaie, bisexuelle, transgenre, queer, intersexe, asexuelle ou d'une autre identité non hétérosexuelle ou non cisgenre ?

Oui

Non

Vous identifiez-vous en tant que personne autochtone? Nous posons cette question pour donner l'occasion aux personnes autochtones de mentionner leur bispiritualité ou tout autre renseignement pertinent propre à l'identité autochtone.

Oui

Non

Êtes-vous une personne bispirituelle?

Je suis une personne bispirituelle

Je ne suis pas une personne bispirituelle

Je ne sais pas

En tant que personne autochtone, à quel groupe appartenez-vous? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

Premières Nations

Métis

Inuk/Inuit

Je préfère me décrire comme :

Détenez-vous le « statut » de personne autochtone inscrite/visée par un traité? Nous posons cette question parce que certains traitement et médicaments de prévention sont couverts pour les membres des Premières Nations et des Inuits avec statut.

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas
- Je ne sais pas

Dans notre société, les gens sont souvent décrits en fonction de leur ethnie ou de leurs origines. Par exemple, certaines personnes sont considérées comme « blanches », « noires », ou « asiatiques » (de l'Est ou du Sud-Est). **Ces catégories sont imparfaites et incomplètes. Comment décrivez-vous votre origine ethnique?** Vous pouvez choisir plus d'une réponse. Nous avons déjà posé des questions sur l'identité autochtone.

- Noire
 - Asiatique de l'Est ou du Sud-Est
 - Latino-américaine (y compris de descendance mexicaine)
 - Moyen-orientale, arabe ou asiatique de l'Ouest
 - Asiatique du Sud
 - Blanche
 - Autre, veuillez spécifier :
-
- Aucune de ces réponses

Nous utilisons le terme « personne racisée » pour reconnaître les répercussions du racisme et de la racialisation au Canada. Certaines personnes utilisent des termes comme « personnes de couleur » ou « BIPOC » ou « minorités visibles ». **Vous identifiez-vous comme une personne racisée?**

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Les quatre prochaines questions ont trait au sexe et au genre. Nous reconnaissons que les identités et les étiquettes ont une influence importante dans nos vies et dans la façon dont nous nous identifions. Nous reconnaissons aussi que les personnes utilisent différents termes pour définir leur sexe et leur genre. Nous posons ces questions pour comparer ces données avec les autres données collectées nationalement et internationalement. Veuillez nous excuser si les choix de réponse ne se s'appliquent pas parfaitement à votre situation.

Quelle est votre identité de genre? Si vous avez une expérience vécue en tant que personne trans, avez une histoire de transition de genre, ou êtes transgenre, veuillez sélectionner le(s) genre(s) auxquels vous vous identifiez. Sélectionnez le(s) option(s) qui conviennent le mieux en ce moment. Les options sont présentées en ordre alphabétique.

- Agenre
 - Genre fluide
 - Genre queer
 - Homme
 - Non-binaire
 - Transféminine
 - Transmasculin
 - Homme trans
 - Femme trans
 - Femme
 - Je préfère me décrire comme:
-

Êtes-vous trans?

- Oui
 - Non
-

Êtes-vous une personne intersexe? Intersexe est un terme utilisé pour les personnes qui sont nées avec une variation de caractéristiques sexuelles. Ces variations peuvent prendre différentes formes.

- Oui
- Non
- Incertain·e

Comment décririez-vous votre orientation sexuelle? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Asexuel·le
 - Bisexuel·le
 - Demisexuel·le
 - Gai
 - Hétéroflexible
 - Homoflexible
 - Lesbienne
 - Pansexuel·le
 - Queer
 - En questionnement
 - Hétérosexuel·le
 - Je préfère me décrire comme :
-

Vous identifiez-vous comme personne en situation de handicap?

- Oui
- Non
- Incertain·e

Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? Votre réponse devrait correspondre à ce format : Lettre-Chiffre-Lettre (ex. V2N, M3N, L4M). Si vous n'avez pas de code postal ou que vous ne souhaitez pas le divulguer, appuyez sur la flèche au bas de l'écran.

Êtes-vous né·e au Canada?

- Oui
- Non
- Incertain·e

Quel est votre statut d'immigration actuel? Vous pouvez choisir plus d'une réponse. Nous reconnaissons que les questions entourant le statut d'immigration aboutissent souvent à des barrières à l'accès ou à un refus de service, particulièrement pour les personnes au statut d'immigration précaire. Vos réponses à ce sondage resteront confidentielles. À aucun moment ces renseignements seront divulgués à l'Agence des services frontaliers du Canada ou à tout autre organisme gouvernemental qui applique la politique d'immigration. Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

- Citoyen·ne canadien·ne
- Étudiant·e étranger·ère (permis d'études)
- Immigrant·e admis·e/résident·e permanent·e
- Réfugié·e ou demandeur·euse d'asile
- Travailleur·euse étranger·ère temporaire (permis de travail)
- Sans statut (personne sans papiers, migrant·e irrégulier·ère)
- Autre
- Aucune de ces réponses

Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint?

- École primaire
- École secondaire ou équivalent
- École postsecondaire (ex. certificat, diplôme, CÉGEP)
- Baccalauréat
- Niveau supérieur au baccalauréat (ex. maîtrise, doctorat, postdoctorat)

Parmi les choix suivants, lequel décrit le mieux votre situation actuelle d'emploi? Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

- Je suis en recherche d'emploi
- Je ne suis pas en recherche d'emploi
- Je reçois de l'aide financière du gouvernement
- Je reçois un revenu non déclaré (au noir)
- Je suis à la retraite
- (Travailleur indépendant/ autonome
- Je suis un.e étudiant.e
- Je suis dans l'incapacité de travailler
- J'occupe un emploi à temps plein (plus de 30 heures par semaine)
- J'occupe un emploi à temps partiel (moins de 30 heures par semaine)
- Aucune de ces réponses

Comment décririez-vous votre situation financière en ce moment?

- Confortable, avec de l'argent en plus
 - Suffisante, sans argent en plus
 - Je dois couper dans mes dépenses
 - Je n'arrive pas à subvenir à mes besoins
-

Dépensez-vous plus de 30 % de votre revenu (après impôt) pour vous loger ? Vous pouvez calculer ce taux en multipliant votre revenu mensuel par 0,3.

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Quelle est votre première langue?

- Anglais
 - Espagnol
 - Français
 - Autre langue : _____
-

Dans quelle mesure êtes-vous satisfait·e de votre situation de logement au cours des 12 derniers mois?

- Très satisfait·e
 - Satisfait·e
 - Ni satisfait·e ni insatisfait·e
 - Insatisfait·e
 - Très insatisfait·e
-

Au cours des 12 derniers mois, dans quels types de lieux avez-vous habité? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Un appartement, un condo ou une maison
 - Un établissement correctionnel comme une prison
 - Un établissement de traitement contre les drogues comme un centre de désintoxication
 - Un hôtel ou un motel
 - Un établissement psychiatrique
 - Un espace public comme une rue, un parc ou une cage d'escalier (y compris une tente)
 - Une chambre ou une pension
 - Un refuge ou une auberge de jeunesse
 - Une maison ou un foyer de transition
 - Un véhicule
 - Autre, veuillez préciser :

 - Aucune de ces réponses
-

Avec qui habitez-vous actuellement? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- J'habite seul·e
 - Parent(s) ou tuteur(s)
 - Ami·e(s)
 - Partenaire(s) romantique(s) ou sexuel.le(s)
 - Colocataire(s)
 - Personnes 2S/LGBTQQIA+
 - Personnes plus âgées/aînées
 - Enfants ou jeunes
 - Autre(s) membre(s) de famille
 - Personnes qui ne savent PAS que je suis 2S/LGBTQQIA+
 - Animaux
 - Autre, veuillez préciser :
-

Quelles difficultés liées au logement avez-vous vécues au cours des 12 derniers mois (si c'est le cas)? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

Sentiment d'insécurité lié à la COVID-19 (en raison du statut d'autres personnes, ou de leurs pratiques liées aux mesures sanitaires)

Sentiment d'insécurité lié à la violence conjugale, à de mauvais traitements, au harcèlement, etc.

Besoin de déménager avec la famille ou des amis

J'ai éprouvé des difficultés à trouver un nouvel endroit où habiter

J'ai dû déménager à cause du prix des logements

Mon loyer ou ma taxe foncière a augmenté

J'ai sauté un paiement de loyer ou d'hypothèque ou payé en retard

J'ai emprunté de l'argent pour payer mon loyer ou mon hypothèque

Il y a des tensions avec mon propriétaire actuel

Un propriétaire potentiel a refusé de me louer un logement

Des rénovations majeures ont été reportées ou annulées

J'ai reçu un avis d'éviction, de paiement ou un autre type d'avis similaire

J'ai été évincé-e ou ma maison a été saisie

Je n'ai pas pu trouver de logement en raison de stigmatisation ou de discrimination

Autre, veuillez préciser :

Aucune de ces réponses

Merci de votre intérêt envers l'étude pancanadienne 2SLGBTQQA+! D'après vos réponses, vous ne semblez pas répondre aux critères d'admissibilité de cette étude. Cependant, nous apprécions grandement que vous ayez pris le temps de remplir ce sondage! Si vous avez des questions concernant l'éligibilité à l'étude, veuillez contacter le CBRC (ourhealth@cbrc.net).

End of Block: Sociodemographics and Eligibility

Start of Block: Chronic Health

Nous définissons les conditions de santé chroniques comme étant celles qui correspondent aux quatre critères suivants : 1. Elles sont physiques, mentales, cognitives, sensorielles ou psychologiques 2. Elles ont duré au moins un an (ou vont probablement durer au moins un an) 3. Elles ont eu une incidence sur vos activités quotidiennes ou vos « fonctions », de manière quotidienne ou épisodique 4. Elles requièrent une certaine forme de soutien comme des soins médicaux, des appareils d'assistance, ou de l'aide d'une autre personne. Nous utilisons une définition large de condition de santé chronique pour tenir compte des conditions qui sont souvent sous-représentées, comme les douleurs chroniques, les conditions de santé mentales, le VIH, la COVID longue, le fait d'avoir survécu au cancer, etc. Certaines personnes pourraient aussi être en situation de handicap plutôt que d'avoir une condition de santé chronique (ou être touchées par ces deux situations).

Selon la définition ci-dessus, avez-vous une condition de santé chronique?

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Quels systèmes de votre corps sont touchés par condition de santé chronique? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Allergies
- Sang (hématologique)
- Cerveau et système nerveux (neurologique)
- Yeux
- Oreilles
- Nez, gorge, bouche
- Estomac, intestins ou anus (gastrointestinal)
- Cœur (cardiovasculaire)
- Hormones (endocrinien)
- Immunitaire
- Poumons (respiratoire)
- Lymphatique
- Muscles et os (musculosquelettique)
- Santé mentale (psychiatrique)
- Peau, cheveux, ongles, glandes
- Autre, veuillez préciser :

Aucune de ces réponses

Avez-vous déjà été confronté·e à des difficultés pour obtenir un diagnostic pour votre ou vos conditions de santé chroniques? Par exemple, de la difficulté à avoir accès à un·e professionnel·le de la santé, à obtenir une prescription pour consulter un·e spécialiste, l'absence de couverture d'assurance maladie, de la discrimination, etc.

Oui

Non

Comment gérez-vous les coûts de votre assistance ou de vos médicaments? Veuillez tenir compte de la couverture à votre nom ou au nom de votre partenaire/époux/épouse/proche aidant.e/parent. Sélectionnez les éléments pour indiquer « Oui ». Les laisser non cochés pour indiquer « Non ».

J'ai une couverture provinciale ou territoriale

J'ai une couverture fédérale (ex. SSNA, PFSI, Services de santé des Forces canadiennes)

J'ai une assurance maladie privée

Je paie de ma poche (ne comprend pas une franchise d'assurances)

Ma famille, mes amis ou mes proches m'aident à assumer les coûts

Je compte sur les échantillons gratuits fournis par des professionnel·les de la santé

Autre, veuillez préciser : _____

Aucune de ces réponses

Dans l'ensemble, quels types de soins utilisez-vous pour gérer votre ou vos conditions de santé chroniques? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Soins médicaux alternatifs (ex. médecine traditionnelle chinoise, reiki, etc.)
 - Soins directs d'un·e préposé·e aux services de soutien à la personne ou d'un·e aide-soignant·e
 - Soutien communautaire (ex. groupes de soutien, activités de bien-être)
 - Soins de santé complémentaires (ex. physiothérapie, podiatrie)
 - Soins directs prodigués par des personnes de votre entourage, comme des ami·es ou des membres de la famille
 - Aîné·es
 - Soutien en santé mentale (ex. psychologue, travailleur·euse social·e)
 - Médecin ou infirmier·ère praticien·ne que vous voyez régulièrement
 - Autosoins (ex. automédication, trouver ses propres ressources)
 - Spécialiste (ex. endocrinologue, rhumatologue)
 - Service de consultation par téléphone/Applications mobiles liées à la santé
 - Autre, veuillez préciser :

 - Aucune de ces réponses
-

En général, quels types de médicaments et d'aides utilisez-vous pour gérer votre ou vos conditions de santé chroniques? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Appareils d'assistance et aides pour soulager la douleur (ex. machine CPAP, coussin chauffant, vêtement de compression)
 - Cannabis, y compris l'huile de CBD
 - Aides cognitives
 - Changements liés au style de vie (ex. régime, exercice, activités de bien-être)
 - Équipement d'assistance physique (modifications du domicile, appareils d'aide à la mobilité)
 - Prothèses auditives
 - Médicaments à base de plantes, vitamines et suppléments
 - Traitements nouveaux, exploratoires, expérimentaux y compris ceux prodigués durant des essais cliniques
 - Médicaments en vente libre
 - Médicaments prescrits
 - Substances (ex. psychédéliques, MDMA)
 - Animal de soutien
 - Remèdes traditionnels
 - Aides visuelles (ex. lunettes)
 - Autre, veuillez préciser :
-
- Aucune de ces réponses

Avez-vous déjà eu le cancer? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- J'ai présentement le cancer
- J'ai eu le cancer / Je suis un·e survivant·e du cancer
- Aucune de ces réponses

Quel type de cancer vous a été diagnostiqué? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Sein
- Col de l'utérus
- Colorectal
- Poumon
- Ovaire
- Prostate
- Peau – Mélanome
- Peau – Sans mélanome
- Testicule
- Utérus
- Autre : _____
- Aucune de ces réponses

Nous aimerions comprendre votre vécu avec certaines conditions de santé chroniques qui sont communes dans les communautés 2S/LGBTQQIA+. **Avez-vous reçu un diagnostic d'une des conditions suivantes par un·e professionnel·le de la santé?** Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Diabète de type 1
- Diabète de type 2
- Diabète auto-immun latent de l'adulte (LADA)
- Diabète de grossesse
- Prédiabète
- Diabète – mais je ne sais pas lequel
- Aucune de ces réponses

Dans votre famille biologique (grand-parent, parent, frère, sœur, enfant), y a-t-il une personne qui a reçu un diagnostic de diabète de type 2?

- Oui
- Non
- Incertain·e

À l'heure actuelle, prenez-vous des médicaments pour contrôler votre diabète?

- Oui
- Non

Un·e professionnel·le de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez une pression artérielle élevée, c'est-à-dire plus élevée que 140/90 (hypertension)?

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Un·e professionnel·le de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez un taux de cholestérol élevé (dyslipidémie)?

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Vous pourriez avoir un problème de santé que nous n'avons pas spécifiquement mentionné. Veuillez SVP nous en faire part.

En moyenne, combien d'heures dormez-vous par nuit?

Comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil?

- Excellente
 - Bonne
 - Correcte
 - Mauvaise
-

En moyenne, combien de temps consacrez-vous à l'exercice PAR SEMAINE? Ici, on considère comme de l'exercice une activité modérée à vigoureuse pendant laquelle votre rythme cardiaque s'accélère.

- Moins de 60 minutes par semaine
 - Entre 60 et 150 minutes par semaine
 - Plus de 150 minutes par semaine
-

À quelle fréquence êtes-vous en mesure de manger des fruits et des légumes, des protéines et des grains entiers?

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

End of Block: Chronic Health

Start of Block: COVID

Cette section concerne votre vécu avec la COVID-19.

Pensez-vous avoir déjà eu la COVID-19? Votre réponse peut être fondée sur un test positif à la COVID-19, un suivi de vos symptômes, un signalement de la santé publique, etc.

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Combien de fois avez-vous eu la COVID-19?

- Zéro
 - Une
 - Deux
 - Trois ou plus
 - Incertain·e
-

Avez-vous la COVID longue ou des symptômes post-COVID? Selon Santé Canada, on parle de COVID longue lorsque les symptômes de la COVID-19 persistent 12 semaines après l'infection.

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Avez-vous eu l'un de ces symptômes pendant la COVID longue? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Caillots de sang
- Cerveau embrouillé, problèmes de mémoire ou de concentration
- Changements dans le cycle menstruel
- Douleur à la poitrine
- Toux
- Dépression ou anxiété
- Diarrhée ou douleur à l'estomac
- Difficulté à respirer
- Étourdissement lorsque vous êtes debout
- Cœur qui bat fort ou rapidement
- Fatigue
- Fièvre
- Syndrome de Guillain-Barré
- Mal de tête
- Douleur articulaires
- Perte de l'odorat ou du goût
- Nausée

- Détérioration de certains organes
- Perturbation du sommeil
- Crise cardiaque
- Des symptômes qui s'aggravent après une activité mentale ou physique
- Aucune de ces réponses

End of Block: COVID

Start of Block: Health Services

Cette section concerne les services de santé, dont les services communautaires, les services sociaux et les soins de santé.

Comment recevez-vous vos soins de santé primaire? Quel type de professionnel·le de la santé consultez-vous régulièrement lorsque vous avez besoin de soins ou de conseils de santé? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Médecin de famille
 - Naturopathe ou fournisseur de soins holistiques
 - Infirmier·ère praticien·ne
 - Service de santé par téléphone (ex. Santé811 en Ontario, Info-Santé)
 - Applications mobiles de santé (ex. Telus Santé)
 - Clinique sans rendez-vous
 - Autre, veuillez préciser :
-
- Je ne reçois nulle part des soins de santé primaire

Au cours des 12 derniers mois, lequel des services suivants avez-vous utilisé? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Thérapies alternatives (ex. acupuncture, ostéopathie, naturopathe, médecine traditionnelle chinoise)
 - Soins dentaires
 - Urgences
 - Services de fertilité
 - Soins des pieds
 - Soins d'affirmation de genre
 - Chirurgie d'affirmation de genre
 - Services de réduction des méfaits
 - Tests médicaux (ex. test sanguin, radiographie, tomodensitométrie, IRM, colonoscopie, biopsie)
 - Préposé·e aux bénéficiaires à domicile
 - Thérapies physiques (ex. physiothérapie, massage, chiropractie, ergothérapie, soins de réadaptation)
 - Soins primaires (ex. médecin ou infirmier.ère praticien.ne)
 - Soins infirmiers à domicile (ex. injections, soins liés à un cathéter, une colostomie, une plaie ou à une sonde nasogastrique)
 - Chirurgie ordinaire (excluant les chirurgies d'affirmation du genre)
 - Aucune de ces réponses
-

Au cours des 12 dernières mois, avez-vous vécu l'une de ces difficultés en essayant d'avoir accès à des soins de santé? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Difficulté à être dirigé·e vers un·e spécialiste
 - Difficulté pour obtenir un rendez-vous
 - Difficulté à rejoindre un·e médecin, un·e infirmier·ère praticien·ne, ou un·e infirmier·ère pour obtenir de l'information ou un avis
 - Long délai pour obtenir un rendez-vous
 - Incapable de recevoir les services parce que j'ai été exposé·e à la COVID-19 ou j'en avais les symptômes
 - Inaccessibilité des établissements de soins de santé (barrières physiques)
 - Difficulté à me déplacer (me rendre aux établissements de soins de santé et en revenir)
 - Barrière linguistique (traduction ou interprétation)
 - Difficultés liées aux coûts
 - Difficultés de voir un·e professionnel·le de la santé pour des soins d'affirmation de genre
 - Aucune de ces réponses
-

Au cours des 12 derniers mois, quels services communautaires ou de soutien avez-vous utilisés? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Centre communautaire ou culturel
 - Centre de crise ou ligne d'écoute
 - Banque alimentaire ou soupe populaire
 - Service de vêtements gratuits
 - Centre d'amitié
 - Service de soutien personnalisé (ex. popote roulante, visites amicales)
 - Soutien juridique ou clinique juridique communautaire
 - Services religieux, spirituels ou autres services fondés sur ses croyances
 - Organismes pour nouveaux arrivants
 - Centre pour les violences sexuelles
 - Refuges ou maisons de transition
 - Groupes de soutien ou lignes d'écoute
 - Services aux victimes ou programmes d'aide aux témoins
 - Aucune de ces réponses
-

Au cours des 2 dernières années, avez-vous déjà sauté, arrêté, réduit ou reporté l'achat de médicaments parce que c'était trop coûteux?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

End of Block: Health Services

Start of Block: Mental Health

Les prochaines questions concernent votre santé mentale et votre bien-être.

En général, comment décririez-vous votre santé mentale actuelle?

- Excellente
 - Très bonne
 - Bonne
 - Correcte
 - Mauvaise
-

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souhaité obtenir du soutien pour l'un des problèmes suivants? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Anxiété
- Image corporelle
- Épuisement professionnel
- Dépression
- Trouble(s) alimentaire(s)
- Dysphorie du genre
- Deuil
- Recherche de mon identité ou de mon orientation sexuelle
- Psychose, hallucinations, délire ou paranoïa
- Problèmes relationnels
- Automutilation
- Usage de substances
- Pensées suicidaires
- Traumatisme
- Autre, veuillez spécifier :

Aucune de ces réponses

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été incommodé-e par les problèmes suivants?

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des activités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiment d'abattement, de dépression, de désespoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiment de nervosité, d'anxiété, d'énervement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incapacité d'arrêter de m'inquiéter ou de contrôler mon inquiétude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qui vous donne du soutien en santé mentale ou est une source de force pour vous?

Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

- Personnes 2S/LGBTQQIA+
 - Conseiller·ère, thérapeute, psychologue, professionnel·le en santé mentale
 - Aîné·e ou gardien·ne des savoirs
 - Famille (y compris la famille choisie)
 - Ami·es
 - Voisin·es ou communauté locale
 - Animaux
 - Communauté ethnique ou culturelle
 - Communauté religieuse, spirituelles, cérémonielle ou fondée sur la foi
 - Partenaires amoureux·se ou sexuel·les
 - Communauté en ligne, sur les réseaux sociaux
 - Autre, veuillez préciser :

 - Aucune de ces réponses
-

Quel est votre satisfaction par rapport à vos liens avec les communautés 2S/LGBTQQIA+?

- Très satisfait·e
- Satisfait·e
- Ni satisfait·e, ni insatisfait·e
- Insatisfait·e
- Très insatisfait·e

End of Block: Mental Health

Start of Block: Sexual and Reproductive Health

La prochaine question concerne votre santé et bien-être sexuels et reproductifs.

En général, comment décririez-vous votre vie sexuelle actuellement?

- Excellente
 - Très bonne
 - Bonne
 - Correcte
 - Mauvaise
 - Ne s'applique pas
-

À quand remonte votre DERNIER dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)? Cela comprend les tests pour le VIH et l'hépatite C.

- 3 derniers mois
 - Il y a 4 à 6 mois
 - Il y a 7 à 12 mois
 - Il y a plus d'un an
 - Je n'ai jamais eu de test d'ITSS
-

Quel type de test de dépistage des ITSS avez-vous reçu dans la DERNIÈRE ANNÉE?

Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

- Prélèvement anal
 - Prélèvement sanguin
 - Prélèvement du col de l'utérus
 - Prélèvement génital
 - Examen du pelvis
 - Test de dépistage rapide (résultat en quelques minutes)
 - Prélèvement dans la gorge
 - Échantillon d'urine
 - Aucune de ces réponses
-

Avez-vous déjà été vacciné·e contre le virus du papillome humain (VPH)?

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
-

Avez-vous des menstruations ou des symptômes liés aux menstruations?

- Oui
 - Non
-

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu une de ces situations liées aux menstruations? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Saignements entre les menstruations
 - Endométriose
 - Menstruations abondantes
 - Mal au bas du dos
 - Menstruations douloureuses
 - Douleur pelvienne, crampes
 - TDPM (trouble dysphorique prémenstruel)
 - Autres, veuillez préciser :

 - Aucune de ces réponses
-

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un col de l'utérus?

- Oui
 - Non
-

Au cours des 3 dernières années, avez-vous eu un test PAP?

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
 - Ne s'applique pas
-

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de VIH? Ce renseignement est confidentiel et sera seulement utilisé à des fins de recherche, ce qui comprend les efforts pour améliorer les services et l'accessibilité.

- Oui (Je vis avec le VIH)
 - Non (Je n'ai jamais reçu de diagnostic de VIH)
 - Je préfère ne pas répondre
-

Qu'est-ce qui décrit le mieux votre statut actuel par rapport à l'hépatite C?

- J'ai l'hépatite C en ce moment
 - J'ai eu l'hépatite C, et le virus est parti sans traitement (spontanément)
 - J'ai eu l'hépatite C, et le virus est parti grâce à un traitement
 - Je n'ai jamais reçu de diagnostic d'hépatite C
 - Je préfère ne pas répondre
-

Avez-vous déjà eu un test positif à la syphilis?

- Oui
 - Non
 - Incertain·e
 - Je préfère ne pas répondre
-

Avez-vous déjà reçu un traitement contre la syphilis? (2 injections dans le fessier ou des pilules pendant 2 à 4 semaines)

- Oui
- Non
- Incertain·e
- Je préfère ne pas répondre

End of Block: Sexual and Reproductive Health

Start of Block: Discrimination

Ces questions abordent des expériences potentiellement traumatisantes et peuvent être inconfortables ou déclencher des émotions. Elles portent sur la discrimination et la violence, y compris l'abus sexuel. Vous pouvez choisir de sauter n'importe quelle question.

Préférez-vous sauter cette section?

Oui

Non

Dans la dernière année, avez-vous vécu de la discrimination ou un traitement injuste en raison de l'une ou plusieurs des raisons suivantes? Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

- Mon identité autochtone
- Mon accent
- Mon âge
- Ma ou mes condition(s) de santé chronique(s)
- Mon handicap
- Mon ethnicité ou ma culture
- Mon identité ou mon expression de genre
- Mon statut d'immigration
- Ma langue
- Mon origine ou la couleur de ma peau
- Ma religion, ma foi, mes rituels ou mes croyances spirituelles
- La façon dont j'exprime mon individualité (ex. coupe ou couleur de cheveux, bijoux, piercings, tatouages, etc.)
- Mon sexe (assigné à la naissance)
- Mon orientation sexuelle
- Mon statut socioéconomique
- Mon poids ou ma taille

Le lieu où j'habite ou mon voisinage

Autre, veuillez préciser :

Aucune de ces réponses

Dans quels types de situations avez-vous vécu de la discrimination ou avez-vous été traité·e injustement au Canada? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

- Dans un magasin, une banque ou un restaurant
- À l'école ou en classe (en ligne ou en personne)
- Sur Internet, y compris sur les réseaux sociaux
- Au travail
- En postulant pour un emploi ou une promotion
- En cherchant un logement ou en postulant pour un logement (ex. acheter ou louer)
- En interagissant avec la police
- En interagissant avec les tribunaux
- En interagissant avec le personnel de l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC)
- En accédant à des services par l'entremise d'un organisme gouvernemental
- En accédant à des services par l'entremise d'un organisme communautaire
- Dans un établissement de santé
- En participant à un rassemblement social (en ligne ou en personne)
- En utilisant les espaces publics, comme les parcs et le trottoir
- En utilisant le transport en commun, comme le bus, le train ou le taxi
- Toute autre situation

Aucune de ces réponses

Au cours des derniers 12 mois, est-ce qu'un·e partenaire amoureux·se, un être aimé ou un·e partenaire sexuel·le régulier·ère a posé un des gestes suivants? Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

La personne a contrôlé ou restreint l'accès à votre argent

La personne a contrôlé ou restreint vos mouvements à l'extérieur de la maison

La personne a forcé une relation sexuelle non souhaitée ou maltraité·e sexuellement

La personne vous a frappé·e, donné un coup de pied, giflé·e ou maltraité·e physiquement

La personne vous a insulté·e ou maltraité·e verbalement

La personne vous a manipulé·e ou a utilisé vos émotions contre vous

Aucune de ces réponses

End of Block: Discrimination

Start of Block: Substance use

La section aborde les substances que vous avez utilisées.

Avez-vous utilisé une des substances suivantes au cours des 6 DERNIERS MOIS? Nous ne parlons PAS des médicaments prescrits et utilisés comme prévu .

	jamais	de temps en temps/pas chaque semaine	régulièrement/au moins une fois par semaine	quotidiennement
Alcool (Moins de 5 consommations par occasion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool (Plus de 5 consommations par occasion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphétamine/speed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis, marijuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack, freebase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cristal meth/Tina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy/MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments pour traiter la dysfonction érectile (ex. Viagra, Cialis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GHB/« G »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kétamine/Sécial K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicotine (ex. cigarettes électroniques, mais pas les cigarettes ou cigares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stéroïdes non médicaux (p. ex. stéroïdes anabolisants)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiïdes, y compris ceux qui ne sont pas utilisés comme prescrits (ex. héroïne, fentanyl, Percocet, Dilaudid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poppers/amyl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychédéliques (ex. LSD, mescaline, acide, champignons magiques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac (cigarettes ou cigares), à l'exception des usages cérémoniaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquillisants ou benzodiazépines (Valium, Xanax)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre substance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours des 6 DERNIERS MOIS, auriez-vous eu besoin d'une des ressources suivantes ou auriez-vous souhaité y avoir accès? Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

- Consultation pour consommation d'alcool ou usage de substances
- Consultation et matériel pour arrêter de fumer
- Service de vérification ou d'analyse de drogues
- Matériel de réduction des méfaits (ex. pipes, pailles gratuites)
- Trousse de Naloxone/NARCAN
- Échange d'aiguilles, de seringues
- Orientation vers de l'aide sociale (ex. logement, revenu, nourriture)
- Approvisionnement sûr en substances
- Injection ou espaces de consommation supervisés
- Aucune de ces réponses

End of Block: Substance use

Start of Block: DBS

Vous avez atteint la fin du questionnaire Notre santé 2023! Merci pour vos réponses. Cette section optionnelle concerne la partie de l'étude qui porte sur le test de sang séché.

Aimeriez-vous participer à la partie optionnelle de cette étude qui consiste en une analyse d'une goutte de sang séché pour dépister le VIH, l'hépatite C ou la syphilis? Si oui, on vous fournira des instructions supplémentaires pour piquer votre doigt et collecter quelques gouttes de sang.

Oui

Non

Que voudriez-vous faire dépister avec votre échantillon? Nous réaliserons seulement les tests demandés. Vous pouvez choisir plus d'une réponse.

VIH

Hépatite C

Syphilis

Aimeriez-vous recevoir les résultats de vos tests? Les résultats seront envoyés électroniquement par courriel ou au numéro de téléphone que vous pouvez entrer ci-dessous.

Oui

Non

Veuillez remplir les champs requis ci-dessous. Ces renseignements ne seront en aucun cas utilisés ou partagés à d'autres fins ou pour d'autres motifs.

Courriel _____

Téléphone _____

Pouvons-nous garder votre échantillon pour de prochains tests, ou préférez-vous que nous le détruisions après le test?

- Veuillez GARDER MON ÉCHANTILLON pour de prochains tests. Je consens à transférer la propriété de mon échantillon à l'équipe chargée de l'étude.
- Veuillez DÉTRUIRE MON ÉCHANTILLON une fois l'analyse terminée pour cette étude .
- Veuillez ME RETOURNER MON ÉCHANTILLON une fois l'analyse terminée pour cette étude .

Si des tests sont effectués à l'avenir (par exemple pour des conditions de santé chroniques), pouvons-nous vous contacter pour vous demander si vous souhaitez recevoir vos résultats ?

- Oui
- Non

Veillez remplir les champs requis ci-dessous. Ces renseignements ne seront en aucun cas utilisés ou partagés à d'autres fins ou pour d'autres motifs.

- Courriel _____
- Téléphone _____

Veillez fournir une adresse courriel valide pour permettre à notre équipe de recherche de vous renvoyer les échantillons une fois les tests pour cette étude terminés.

- Nom complet : _____
- Adresse : _____
- Ville : _____
- Province/territoire : _____
- Code postal : _____

Start of Block: wrap up

Voici notre dernière question. Avez-vous des commentaires sur l'enquête ou souhaitez-vous ajouter quelque chose d'autre?

Aimeriez-vous être informé·e des prochaines études? Si vous le souhaitez, vous pouvez demander que vos coordonnées soient utilisées pour qu'on vous informe des prochaines études sur la santé de la communauté 2S/LGBTQQIA+ au CBRC. C'est totalement optionnel.

Oui

Non

Aimeriez -vous vous inscrire à la liste d'envoi du Centre de recherche communautaire?

En cliquant sur Oui, vous consentez à recevoir périodiquement des nouvelles du Centre de recherche communautaire, y compris des notifications sur les résultats de ce sondage. Bien entendu, vous pouvez vous désinscrire à tout moment. Consultez la politique de confidentialité du CBRC pour en savoir plus sur la façon dont vos coordonnées sont utilisées.

Oui, inscrivez-moi à la liste d'envoi du CBRC!

Non merci

Veillez nous donner votre nom et l'adresse courriel à laquelle vous aimeriez recevoir nos courriels. Nous n'utiliserons vos coordonnées qu'aux fins décrites précédemment.

Nom _____

Courriel _____

N'allez pas plus loin! Veuillez montrer cet écran à un·e bénévole avant de poursuivre.

Stop Participant Opted into DBS!

Pick up DBS kit and enter ID below

For staff/volunteer - DBS kit # Pour le personnel/bénévole - # de la trousse d'analyse de sang séché

For staff/volunteer - DBS kit # Pour le personnel/bénévole - # de la trousse d'analyse de sang séché

Pour vous remercier d'avoir participé à l'étude, nous vous offrons une rétribution de 10 \$ en argent comptant. **Veillez fournir les renseignements ci-dessous, cliquer sur Suivant et montrer le dernier écran à l'équipe de l'étude.** Prénom (un surnom fait aussi l'affaire!)

Signature

For the staff/volunteer: Please enter completion code

For the staff/volunteer: Please enter your initials

End of Block: wrap up
