

## Annexe 1

### Exemple de questionnaire d'enquête sérologique sur l'influenza aviaire

Code d'ID pour l'étude \_\_\_\_\_

Date de l'entrevue (jj/mm/aaaa) :	Intervieweur :
-----------------------------------	----------------

**Données nominatives :** *(peuvent être consignées sur un formulaire distinct)*

Nom de famille :	Prénom :
Date de naissance (jj/ mm/aaaa) :	Numéro de téléphone à la maison :
Adresse :	Numéro de téléphone au travail :
Ville :	Code postal :

**Données non nominatives**

Trois premiers caractères du code postal :	Sexe :    Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>
Âge (ans) :	Quelle est votre principale occupation?

**Antécédents médicaux**

<b>Un médecin a-t-il déjà diagnostiqué l'un des problèmes de santé chroniques suivants?</b>			
Asthme	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Emphysème ou bronchite chronique	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Autre maladie pulmonaire chronique	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Cardiopathie chronique	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Diabète sucré	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Insuffisance rénale	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Immunodéficiência	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Cancer	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Autre _____	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Prenez-vous chaque jour des stéroïdes par voie orale?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Au cours de l'année écoulée, avez-vous fumé 5 paquets de cigarettes ou d'autres produits de tabac ou plus?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	
Si oui :	_____		
En moyenne, combien de paquets de cigarettes ou d'autres produits de tabac avez-vous fumés par jour?	(paquets par jour)		
Depuis combien d'années fumez-vous?	_____ (ans)		
Avez-vous été vacciné contre l'influenza l'automne ou l'hiver dernier?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	

## Données sur le ménage

Combien y a-t-il de personnes (y compris vous) dans votre ménage? \_\_\_\_\_

Combien de personnes appartiennent à chacune des catégories d'âge suivantes :

Catégories d'âge : 0 - 5 ans \_\_\_\_\_ 6 - 17 ans \_\_\_\_\_ 18 - 64 ans \_\_\_\_\_ 65 + ans \_\_\_\_\_

Dans votre résidence, y a-t-il un animal de compagnie? Non  Oui  Ne sais pas

Si oui, est-ce un : Oiseau Non  Oui

Chat Non  Oui

Chien Non  Oui

Autre animal (précisez) : \_\_\_\_\_ Non  Oui

À part vous, y a-t-il d'autres membres du ménage qui effectuent actuellement au travail :

Des activités liées à l'élevage ou à la transformation de la volaille? Non  Oui  Ne sais pas

Des activités liées à l'élevage ou à la transformation de porcs? Non  Oui  Ne sais pas

Des activités liées à l'élevage ou à la transformation d'autres animaux? Non  Oui  Ne sais pas

Est un travailleur de la santé? Non  Oui  Ne sais pas

À part vous, y a-t-il d'autres personnes qui fument la cigarette dans votre ménage? Non  Oui  Ne sais pas

## Voyages à l'extérieur de votre région de résidence

Avez-vous voyagé à l'extérieur de votre région de résidence au cours du mois précédent (indiquez la période d'exposition) Non  Oui  Ne sais pas

Si oui, Où êtes-vous allé? \_\_\_\_\_

À quelle date êtes-vous parti? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

À quelle date êtes-vous revenu? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Symptômes d'infection respiratoire DURANT (période à définir)

avez-vous développé un des symptômes suivants?

	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Date de survenue
Fièvre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Température $\geq 38$ °C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Toux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mal de gorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Écoulement nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Courbatures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Mal de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Yeux rouges ou larmoyants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Si vous avez été malade :

Combien de jours votre maladie a-t-elle duré? \_\_\_\_\_ (jours)

Étiez-vous à ce point malade que vous n'avez pu aller travailler? Non  Oui

Avez-vous consulté un médecin? Non  Oui

Avez-vous été hospitalisé? Non  Oui

## Durant la période d'exposition (à définir), vous êtes-vous adonné aux activités suivantes?

Jeux à l'extérieur?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Visite d'un parc d'oiseaux ou d'une volière?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Visite d'un endroit où il y avait des oiseaux sauvages (hirondelles, rouges-gorges, etc.)?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Visite d'un endroit où il y avait des oiseaux de compagnie (oiseaux chanteurs, perroquets, etc.)?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Visite d'un endroit où il y avait des pigeons sauvages (p. ex. dans un parc)?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Visite d'une ferme avicole?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Visite d'un autre type de ferme?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Nettoyage d'un endroit où il y avait des excréments visibles d'oiseaux sauvages?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Nettoyage des excréments d'oiseaux de compagnie?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Nettoyage d'un endroit où des excréments de volaille étaient visibles?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Visite d'un endroit où il y avait d'autres types d'animaux que des oiseaux?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>

## Contacts avec un membre malade du ménage

**Combien de jours avez-vous passé avec le patient entre :**

La période 1 : (7 jours avant l'apparition de la maladie du cas index) : \_\_\_\_\_ jours

La période 2 : (7 jours à partir du début de la maladie chez le cas index) : \_\_\_\_\_ jours

Avez-vous conversé avec la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous partagé un repas avec la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous partagé des ustensiles ou une tasse avec la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous pris la personne malade dans vos bras?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous embrassé la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous pris soin de la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous partagé la chambre de la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous couché dans le même lit que la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>

## Contacts avec une personne malade non membre du ménage

Entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_ (période à définir)

Avez-vous été en contact avec une personne malade qui présentait une fièvre, une toux ou un mal de gorge?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
<i>Si oui,</i>			
Étiez-vous dans un espace clos (p. ex. pièce ou véhicule/autobus/auto) avec cette personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Étiez-vous à une distance de moins de 3 mètres de cette personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous conversé avec la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous mangé avec la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous partagé des ustensiles ou une tasse avec la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous pris la personne malade dans vos bras?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous embrassé la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous pris soin de cette personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous partagé la chambre de cette personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>
Avez-vous partagé le lit de la personne malade?	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Ne sais pas <input type="radio"/>

## Expositions à des volailles et à d'autres animaux

Avez-vous déjà :

- |  |                           |                           |                                   |
|--|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Vécu ou travaillé dans une ferme avicole?                          | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> | Ne sais pas <input type="radio"/> |
| Vécu ou travaillé dans une ferme porcine?                          | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> | Ne sais pas <input type="radio"/> |
| Travaillé comme boucher?   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> | Ne sais pas <input type="radio"/> |
| Travaillé dans un restaurant à préparer de la volaille ou du porc? | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> | Ne sais pas <input type="radio"/> |
| Travaillé dans un autre secteur de l'industrie avicole ou porcine? | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> | Ne sais pas <input type="radio"/> |

*Si oui, précisez :* \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu oui à une des questions ci-dessus, durant quelle période? \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mois/année) à \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mois/année)

Avez-vous déjà chassé les oiseaux ou le gibier d'eau? Non  Oui

*Si oui, quels types :* \_\_\_\_\_

## Exposition professionnelle à la volaille

**Durant la période (période à définir), avez-vous travaillé dans l'un des milieux suivants?**

- |   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Couvoir   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Ferme avicole   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Abattoir pour volailles   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Opérations d'abattage intégral de volailles   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Autopsie de volailles   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Analyse en laboratoire d'agents pathogènes pour les volailles (p. ex. virus aviaires) | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Autres, veuillez préciser _____   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |

Si vous avez répondu oui à une question ci-dessus

pendant combien d'années avez-vous travaillé avec des volailles? \_\_\_\_\_ (ans)

à quelle fréquence avez-vous travaillé en moyenne avec des volaille? \_\_\_\_\_ (jour/semaine) \_\_\_\_\_ (semaines/année)

**Durant cette période (à définir), avez-vous travaillé avec l'un des types suivants de volailles ou de gibiers d'eau vivants?**

- |        |                           |                           |
|--------|---------------------------|---------------------------|
| Poulet | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Dinde  | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Canard | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Caille | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Oie    | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |

Autre type de volaille, veuillez préciser \_\_\_\_\_

**Durant cette période (à définir), quel genre de contact avez-vous eu?**

- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Suis venu à une distance de 1 mètre de volailles vivantes      | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Ai touché des volailles vivantes                               | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Ai touché des volailles malades                                | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Ai abattu des volailles  | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Ai nettoyé les salles, les cages ou les camions pour volailles | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Ai analysé des échantillons de volailles dans un laboratoire   | Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> |
| Autres types de travail avec des volailles _____               |                           |                           |

## Si vous avez été exposé à des volailles infectées

Veillez indiquer si vous avez effectué l'une des tâches suivantes et, le cas échéant, combien de jours par semaine en moyenne avez-vous accompli l'activité indiquée pendant au moins une partie de la journée. Pour chaque activité, veuillez préciser si vous portiez des vêtements protecteurs pendant cette tâche.

Ai été à une distance de moins de 1 mètre d'oiseaux en santé? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai été à une distance de moins de 1 mètre d'oiseaux malades? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai été à moins de 1 mètre d'oiseaux positifs pour le virus de l'influenza aviaire? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai touché des oiseaux en santé? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai touché des oiseaux vivants malades? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai touché des oiseaux morts? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai touché des oiseaux vivants ou morts positifs pour le virus de l'influenza aviaire? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai effectué des prélèvements cloacau ou endotrachéaux? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Ai effectué des prélèvements environnementaux dans des installations abritant des poulets ou des dindes? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Étiez-vous présent pour le chargement ou le déchargement d'oiseaux morts? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Étiez-vous présent pour l'incinération d'oiseaux? Non  Oui  Si oui : \_\_\_\_\_ (jours/sem)

Portais des gants? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais un masque? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Portais une protection oculaire? Jamais  Parfois  La plupart du temps  Toujours

Si vous portiez un masque pour une des activités décrites ci-dessus, quel type de masque portiez-vous?

---

Veillez décrire toute autre activité au cours de laquelle vous avez été à proximité de volailles ou en contact avec des volailles durant (période d'exposition) \_\_\_\_\_

### Travail à l'hôpital et exposition à des patients

Quel est votre travail à l'hôpital?  
 Infirmier (ère)  Aide-infirmier (ère)  Médecin  Travailleur(se) de laboratoires   
 Préposé(e) au nettoyage  Other \_\_\_\_\_

Dans quel département travaillez-vous? \_\_\_\_\_

Sur quel étage travaillez-vous? \_\_\_\_\_ (indiquez tous les étages)

Combien d'heures par semaine travaillez-vous à l'hôpital? \_\_\_\_\_ (heures par semaine)

Travaillez-vous dans un autre hôpital? Non  Oui

Si oui, dans quel autre hôpital? \_\_\_\_\_

Avez-vous été dans la même chambre que l'un des patients atteints de l'influenza aviaire? Non  Oui  Ne sais pas

Si oui,  
 Combien d'heures en tout avez-vous passées dans la chambre de tous les patients atteints de l'influenza aviaire? \_\_\_\_\_ (heures)

À quelle date avez-vous été pour la dernière fois dans la chambre d'un patient? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Les patients atteints de l'influenza aviaire portaient-ils un masque? Non  Oui  Ne sais pas

Avez vous touché l'un des patients atteints de l'influenza aviaire? Non  Oui  Ne sais pas

Lorsque vous avez été dans la chambre d'un patient atteint de l'influenza aviaire, portiez-vous un masque? Non  Oui  Ne sais pas

Si oui, indiquez quel type de masque : N95  Masque chirurgical  Autre masque : \_\_\_\_\_

Avez-vous toujours porté un masque lorsque vous avez donné des soins? Non  Oui  Ne sais pas

Lorsque vous étiez dans la chambre d'un patient atteint de l'influenza aviaire, portiez-vous une protection oculaire? Non  Oui  Ne sais pas



Si oui, indiquez quel type de protection oculaire : Lunettes à coques  Lunettes  Écran facial   
Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous toujours porté une protection oculaire lorsque vous avez donné des soins? Non  Oui  Ne sais pas

Lorsque vous étiez dans la chambre d'un patient atteint de l'influenza aviaire, portiez-vous des gants? Non  Oui  Ne sais pas

Si oui,

Avez-vous toujours porté des gants lorsque vous avez donné des soins? Non  Oui  Ne sais pas

Avez-vous effectué ou aidé à effectuer l'une des interventions à haut risque suivantes chez un patient atteint de l'influenza aviaire :

Traitements par nébulisation	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Humidification par aérosol	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Ventilation non effractive (PPC, BIPAP)	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Ballon-masque pour ventilation d'un patient	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Intubation endotrachéale	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Aspiration des voies aériennes	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Induction de l'expectoration	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Thoracotomie à l'aiguille ou par tube	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Bronchoscopie ou autre endoscopie des voies aériennes supérieures	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Trachéostomie	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Thoracotomie ouverte	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>

Lorsque vous avez pratiqué ces interventions, portiez-vous un masque? Non  Oui

Si « oui », indiquez quel type de masque : N95  Masque chirurgical  Autre masque : \_\_\_\_\_

Lorsque vous avez pratiqué les interventions, avez-vous porté une protection oculaire? Non  Oui

Si oui, indiquez quel type de protection oculaire : Lunettes à coques  Lunettes  Écran facial   
Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous pris l'antiviral « Tamiflu » (oseltamivir) depuis (période étudiée)? Non  Oui  Ne sais pas

Si « oui », pourquoi? Parce que

Vous aviez des symptômes d'influenza	<input type="radio"/>
Vous aviez eu des contacts directs avec un patient atteint d'influenza aviaire	<input type="radio"/>
Vous n'aviez eu aucun contact direct avec un patient atteint d'influenza aviaire mais il y avait des cas dans l'hôpital	<input type="radio"/>