

Partnering for Vaccine Equity- French

Q1 Merci d'avoir participé à l'enquête Partnering for Vaccine Equity ! Nous vous encourageons à répondre à cette enquête sur votre expérience globale avec les vaccins contre le COVID-19 et d'autres conditions. Nous sommes intéressés à avoir de vos nouvelles, que vous ayez ou non reçu les vaccins ou que vous prévoyiez de le faire. Nous apprécions vos commentaires, commentaires et préoccupations. Les informations de l'enquête seront utilisées pour évaluer ce que vous pensez des vaccins et de la vaccination et pour planifier les étapes futures. Toutes les réponses resteront anonymes. Ce sondage prendra environ 15 minutes à remplir. Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez contacter

Le groupe de travail sur l'équité en matière de vaccins

Q2 Dans quelle mesure êtes-vous inquiet de contracter le COVID-19 ?

- ☐ Pas du tout concerné
- ☐ Un peu inquiet
- ☐ Quelque peu inquiet
- ☐ Très concerné

Q3 Selon vous, quelle est l'importance de se faire vacciner contre la COVID-19 pour se protéger contre la COVID-19 ?

- ☐ Pas important du tout
- ☐ Un peu important
- ☐ Assez important
- ☐ Très important

Q4 À quel point pensez-vous qu'un vaccin COVID-19 est sûr pour vous ?

- ☐ Pas du tout sûr
- ☐ Plutôt sûr
- ☐ Très sûr
- ☐ Complètement sûr

Q5 A votre connaissance, avez-vous déjà eu le COVID-19 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas certain

Q6 Ressentez-vous/avez-vous ressenti le besoin de vous faire vacciner contre la COVID-19 afin de pouvoir faire ce qui suit ? (Sélectionnez tout ce qui s'y rapporte.)

- ☐ Socialiser avec la famille
- ☐ Socialiser avec des amis
- ☐ Assister à des rassemblements publics de masse (tels que des événements sportifs ou des festivals de musique)
- ☐ Voyage en avion
- ☐ Assister aux services religieux
- ☐ Se rendre dans un établissement de santé
- ☐ Recevoir des soins médicaux
- ☐ Aller au travail ou à l'école
- ☐ Ne pas porter de masque
- ☐ Aucune de ces réponses

Q7 Dans quelle mesure êtes-vous (pas d'accord ou d'accord) que si vous deviez recevoir un vaccin contre la COVID-19:

	Tout à fait d'accord	Accepter	Je ne sais pas	Être en désaccord	Pas du tout d'accord
Vous subiriez les mauvais effets secondaires du vaccin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce serait une charge financière.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous pourriez être un sujet de test pour un vaccin aux conséquences inconnues.

☐☐☐☐☐

Vous pouvez faire confiance aux informations que vous recevez des responsables de la santé publique sur le vaccin.

☐☐☐☐☐

Vous protégeriez les autres membres de votre communauté contre l'infection.

☐☐☐☐☐

Vous seriez bien protégé contre l'infection par le COVID-19.

☐☐☐☐☐

Q8 Dans quelle mesure faites-vous confiance aux prestataires de soins de santé qui vous ont administré un vaccin contre la COVID-19?

- ☐ Ne fais pas confiance
- ☐ Quelque peu confiance
- ☐ Surtout confiance
- ☐ Faites pleinement confiance

Q9 Dans quelle mesure faites-vous confiance aux agences de santé publique qui recommandent les vaccins COVID-19?

- ☐ Ne fais pas confiance
- ☐ Quelque peu confiance
- ☐ Surtout confiance
- ☐ Faites pleinement confiance

Q10 Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés suivants:

	Pas du tout d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Modérément d'accord	Tout à fait d'accord
Les médecins et les travailleurs de la santé cachent parfois des informations aux patients qui appartiennent à mon groupe ethnique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les médecins ont à l'esprit les meilleurs intérêts des personnes de mon groupe ethnique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gens de mon groupe ethnique ne devraient pas se confier aux médecins et aux travailleurs de la santé car cela sera utilisé contre eux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les personnes
de mon groupe
ethnique
devraient se
méfier des
informations
des médecins
et des
travailleurs de
la santé.



Les personnes
de mon groupe
ethnique
devraient se
méfier des
informations
des médecins
et des
travailleurs de
la santé.



Les gens de
mon groupe
ethnique
devraient se
méfier de la
médecine
moderne.



Les médecins
et les
travailleurs de
la santé traitent
les gens de
mon groupe
ethnique
comme des «
cobayes ».



Les personnes de mon groupe ethnique reçoivent les mêmes soins médicaux de la part des médecins et des agents de santé que les personnes des autres groupes.



Les médecins et les travailleurs de la santé ne prennent pas au sérieux les plaintes médicales des personnes de mon groupe ethnique.



Les personnes de mon groupe ethnique sont traitées de la même manière que les personnes des autres groupes par les médecins et les travailleurs de la santé.



Dans la plupart des hôpitaux, des personnes de différents groupes ethniques reçoivent le même type de soins.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

J'ai personnellement été maltraité ou injustement traité par des médecins ou des travailleurs de la santé en raison de mon appartenance ethnique.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Q11 Ensuite, en pensant à vos expériences de visites médicales au cours des deux dernières années, avez-vous déjà eu l'impression qu'un médecin ou un professionnel de la santé:

	Oui, c'est arrivé	Non, ce n'est pas arrivé	Je ne sais pas
Vous n'avez pas cru que vous disiez la vérité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez refusé de commander un test ou un traitement dont vous pensiez avoir besoin ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez refusé de vous prescrire des médicaments dont vous pensiez avoir besoin ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suggéré que vous étiez personnellement responsable d'un problème de santé que vous éprouviez ?

☐☐☐

Supposé quelque chose sur vous sans demander?

☐☐☐

Vous a-t-il parlé ou ne vous a-t-il pas traité avec respect ?

☐☐☐

Q12 Si vous deviez deviner, environ combien de membres de votre famille et de vos amis ont reçu un vaccin COVID-19?

- ☐ Aucun
- ☐ Quelques
- ☐ De nombreux
- ☐ Presque toutes

Q13 Parmi vos proches, quelle proportion souhaiterait que vous vous fassiez vacciner contre la COVID-19?

- ☐ Peu (0-20 %)
- ☐ Moins de la moitié (21-40 %)
- ☐ Environ la moitié (41-60 %)
- ☐ Plus de la moitié (61-80 %)
- ☐ La plupart ou presque tous (81-100 %)

Q14 Un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà recommandé de vous faire vacciner contre la COVID-19?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas certain

Q15 Au cours du dernier mois, avez-vous vu ou entendu des informations négatives sur la sécurité ou l'efficacité des vaccins COVID-19?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas certain

Q16 ? Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous essayé de trouver des informations sur les vaccins COVID-19?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Quelquefois
- ☐ Pas certain

Q17 La raison pour laquelle j'ai reçu/voudrais recevoir un vaccin COVID-19 est parce que je pense personnellement que c'est important pour ma santé.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Être en désaccord
- ☐ Accepter
- ☐ Tout à fait d'accord

Q18 Avez-vous ou avez-vous eu l'impression que l'un des éléments suivants a tenté de vous influencer pour vous faire vacciner contre la COVID-19 ? (Sélectionnez tout ce qui s'y rapporte.)

- ☐ Famille
- ☐ Amis
- ☐ Votre employeur
- ☐ Collègues de travail
- ☐ Écoles
- ☐ Entreprises où vous allez (comme des restaurants ou des épiceries)
- ☐ Célébrités ou influenceurs
- ☐ Les chefs religieux
- ☐ Médecins ou autres prestataires de soins de santé
- ☐ Des représentants du gouvernement
- ☐ Aucun d'eux

Q19 Avez-vous ou avez-vous eu l'impression que l'un des éléments suivants a tenté de vous inciter à ÉVITER de vous faire vacciner contre la COVID-19 ? (Sélectionnez tout ce qui s'y rapporte.)

- ☐ Famille
- ☐ Amis
- ☐ Votre employeur
- ☐ Collègues de travail
- ☐ Écoles
- ☐ Entreprises où vous allez (comme des restaurants ou des épiceries)
- ☐ Célébrités ou influenceurs
- ☐ Les chefs religieux
- ☐ Médecins ou autres prestataires de soins de santé
- ☐ Des représentants du gouvernement
- ☐ Aucun d'eux

Q20 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant ? J'ai la responsabilité de me faire vacciner contre le COVID-19 pour protéger les autres.

- ☐ Ne pas être d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Très fortement d'accord

Q21 Serait-il ou était-ce difficile pour vous de vous faire vacciner contre la COVID-19?

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

Q22 Votre travail ou votre école vous oblige-t-il à vous faire vacciner contre la COVID-19?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Sans emploi/Non applicable (Pas à l'école, scolarisé à domicile)
- ☐ Pas certain

Q23 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant : Je peux me faire vacciner contre la COVID-19 si je le souhaite.

- ☐ Ne pas être d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Très fortement d'accord

Q24 Beaucoup de choses peuvent rendre difficile l'obtention d'un vaccin COVID-19. Lequel des éléments de cette liste vous a rendu ou rend la tâche difficile ? (Sélectionnez tout ce qui s'y rapporte.)

- ☐ Obtenir un rendez-vous en ligne
- ☐ Ne pas savoir où se faire vacciner
- ☐ Difficile d'accéder aux sites de vaccination
- ☐ Les sites de vaccination ne sont pas ouverts aux heures convenables
- ☐ Préoccupations concernant le statut d'immigration
- ☐ Impossible de s'absenter du travail/de l'école
- ☐ Responsabilités de soins
- ☐ Coût
- ☐ Absence de fournisseur de soins de santé
- ☐ Aucun d'eux

Q25 Vous a-t-on offert ou vous a-t-on offert des prix en espèces ou d'autres récompenses pour obtenir, ou avant d'avoir reçu, votre premier vaccin contre la COVID-19??

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas certain

Q26 Avez-vous reçu au moins une dose d'un vaccin COVID-19?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas certain

Display This Question:

If Have you received at least one dose of a COVID-19 vaccine? = Yes

Q27 Combien de doses d'un vaccin COVID-19 avez-vous reçues (y compris les rappels)

- ☐ Une
- ☐ Deux
- ☐ Trois
- ☐ Plus de trois
- ☐ Pas certain

Display This Question:

If Have you received at least one dose of a COVID-19 vaccine? = Yes

Q28 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant ? "Si je n'avais pas reçu de vaccin contre le COVID-19, je l'aurais regretté."

- ☐ Ne pas être d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Très fortement d'accord

Display This Question:

If Have you received at least one dose of a COVID-19 vaccine? = No

Q29 Quelle est la probabilité que vous receviez un vaccin COVID-19?

- ☐ Faites-vous absolument vacciner
- ☐ Probablement se faire vacciner
- ☐ Pas certain
- ☐ Probablement pas vacciné
- ☐ Surtout ne pas se faire vacciner

Display This Question:

If Have you received at least one dose of a COVID-19 vaccine? = No

Q30 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'énoncé suivant ? "Si je ne reçois pas de vaccin COVID-19, je le regretterai."

- ☐ Ne pas être d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Très fortement d'accord

Q31 Avez-vous reçu un vaccin annuel contre la grippe cette année?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas certain

Display This Question:

If Have you received at least one dose of a COVID-19 vaccine? = No

Q32 Quelle est la probabilité que vous vous fassiez vacciner contre la grippe cette année?

- ☐ Faites-vous absolument vacciner
- ☐ Probablement se faire vacciner
- ☐ Pas certain
- ☐ Probablement pas vacciné
- ☐ Surtout ne pas se faire vacciner

Display This Question:

If Have you received an annual flu shot/vaccine this year? = Yes

Q33 Au cours de quel mois et de quelle année avez-vous reçu votre premier vaccin COVID-19?

- ☐ Mois année _____
- ☐ Pas certain

Q34 Quel est votre âge actuel?

- ☐ _____

Q35 Quel est votre sexe?

- ☐ Homme
- ☐ Femelle
- ☐ Non binaire
- ☐ Autre chose

Q36 Vous considérez-vous comme transgenre?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q37 Qu'est-ce qui décrit le mieux votre orientation sexuelle?

- ☐ Hétérosexuel/hétéro
- ☐ Lesbienne ou gay
- ☐ Bisexuel
- ☐ Autre chose

Q38 Essayez-vous actuellement de tomber enceinte, enceinte ou allaitez-vous??

- ☐ Essayer de tomber enceinte
- ☐ Enceinte
- ☐ Allaitement maternel
- ☐ Aucune de ces réponses

Q39 Êtes-vous d'origine hispanique ou latino??

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q40 Veuillez choisir une ou plusieurs des catégories suivantes pour décrire votre course:

- ☐ Blanc
- ☐ Noir ou afro-américain
- ☐ Indien américain
- ☐ Indigène de l'Alaska
- ☐ Hawaïen natif
- ☐ Insulaire Pacifique
- ☐ Autre précisez): _____

Q41 Quel est votre code postal??

- ☐ _____

Q42 En incluant les adultes et tous les enfants, combien de personnes vivent dans votre ménage?

- ☐ _____

Q43 Êtes-vous né aux États-Unis?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q44 Quelle est la classe ou l'année d'études la plus élevée que vous ayez complétée?

- 8e année ou moins
- Quelques études secondaires, pas de diplôme
- Diplôme d'études secondaires ou équivalent
- Un collège, pas de diplôme
- Formation commerciale/technique/professionnelle (électricien, plomberie/soudure)
- Diplôme d'associé (AA, AS)
- Baccalauréat (BA, BBA, BS)
- Master (MA, MS)
- Doctorat (PHD, EDD)
- Ou diplôme professionnel (MD, DDS, DVM, JD)

Q45 Êtes-vous un travailleur de première ligne ou essentiel selon votre état ou votre région?

- Oui
- Non
- Pas certain

Q46 Dans quel lieu ou environnement travaillez-vous actuellement?

- Soins de santé (comme un hôpital, un médecin, un dentiste ou un cabinet de spécialiste en santé mentale, un établissement de soins ambulatoires, des soins de longue durée, des soins de santé à domicile, une pharmacie ou un laboratoire médical)
- Éducation (enseignant, aide à l'école, administrateur, responsable du curriculum)
- Cadre de bureau
- Industrie alimentaire (restaurants, cafétéria, fermier, épicerie)
- Industrie des services (voyage, hôtellerie, transport, divertissement)
- Gouvernement
- Militaire
- Service social (travailleur social, conseiller en toxicomanie, aide aux réfugiés)
- Religieux (pasteur, prêtre, diacre, administrateur d'église)
- Technique (Technologie de l'information, informatique)
- Travailleur indépendant
- Étudiante
- Sans emploi
- Pas certain
- Autre

Q47 Si vous avez sélectionné « Autre » comme choix d'emplacement ou de cadre de travail, veuillez décrire:

○ _____

Q48 ? Veuillez penser à votre revenu familial combiné total en 2020 pour tous les membres de la famille. Inclure l'argent pour les emplois, la sécurité sociale, les revenus de retraite, les allocations de chômage, l'aide publique, etc. Incluez également les revenus d'intérêts, les dividendes, les revenus nets d'entreprise, de ferme, de loyer ou tout autre revenu monétaire reçu. Pouvez-vous sélectionner ce montant avant taxes

- Moins de \$5,000
- \$5,001 - \$10,000
- \$10,001-\$20,000
- \$20,001-\$40,000
- \$40,001-\$60,000
- \$60,001-\$80,000
- \$80,001-\$100,000
- \$100,001-\$150,000
- Plus que \$150,000
- Pas certain

Q49 Avez-vous une sorte de couverture de soins de santé? Cela inclut l'assurance maladie, les plans prépayés tels que les HMO ou les plans gouvernementaux tels que Medicare ou Indian Health Service.

- Oui
- Non
- Pas certain

Q50 Lorsque vous avez recherché des soins de santé au cours des 2 dernières années, pensez-vous que vos expériences étaient pires, identiques ou meilleures que les personnes d'autres races ou ethnies?

- Pire que les autres races ou ethnies
- Identique aux autres races ou ethnies
- Mieux que les autres races ou ethnies

Q51 Avez-vous un problème de santé qui pourrait vous exposer à un risque plus élevé de COVID-19 ?

- Oui
- Non
- Pas certain

Display This Question:

Can you tell me what that is? (Please specify) = Other

Q52 Pouvez-vous me dire ce que c'est? (Veuillez préciser)

- ☐ Cancer
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Obésité
- ☐ Maladie cardiaque
- ☐ Maladie du rein
- ☐ Maladie du foie
- ☐ Bronchopneumopathie chronique obstructive
- ☐ Asthme
- ☐ Diabète
- ☐ Maladie thyroïdienne
- ☐ Conditions neurologiques (démence)
- ☐ Grossesse
- ☐ Fibrose kystique
- ☐ Handicap (syndrome de Down)
- ☐ Virus de l'immunodéficience humaine
- ☐ Trouble de santé mentale
- ☐ Greffe d'organe
- ☐ Utilisation de corticostéroïdes ou d'autres immunosuppresseurs
- ☐ Tabagisme
- ☐ Pas certain
- ☐ Autre

Display This Question:

If Do you have a health condition that may put you at a higher risk for COVID-19? = Yes

Or Do you have a health condition that may put you at a higher risk for COVID-19? = Not sure

Q53 Si vous avez sélectionné « Autre » comme choix pour votre état de santé, veuillez décrire:

- ☐ _____

Q54 Avez-vous de sérieuses difficultés à voir, entendre, marcher, vous souvenir, prendre des décisions ou communiquer ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas certain

Q55 Diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ?

- ☐ Excellent
- ☐ Très bien
- ☐ Bien
- ☐ Équitable
- ☐ Pauvre

Thank you .