

ENQUÊTE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ESTRIENNE (ESPE)

PROTOCOLE DE RECHERCHE

4 octobre 2022

Chercheuse principale

Isabelle Samson, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C., Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Chercheurs principaux

Mathieu Roy, PhD, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Co-chercheurs

Isabelle Doré

Mélanie Levasseur, erg., Ph.D., École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Daniel Naud

Cécile Aenishaenslin, DMV, MSc, PhD, Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, Faculty of Medicine, McGill University

François Milord, Geneviève Baron

Gino Perreault, M.Sc., Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Sherbrooke

Julie Fontanals, Laetitia Satilmis

Françoise Gendron, M.D., Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Sherbrooke

Geneviève Lalonde

Chantal Galarneau, DMD, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Bernard Laporte, Marie-Pière Carrière

Coordonnateur de l'Enquête de santé populationnelle estrienne

Gino Perreault, M.Sc., Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Sherbrooke

1. CONTEXTE SCIENTIFIQUE

Le Programme de subvention en santé publique (PSSP) est un programme financier géré conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec et les directions régionales de santé publique du Québec. Ce programme contribue au développement des connaissances scientifiques pour une meilleure pratique de la santé publique (MSSS, 2015). Cette pratique vise notamment à agir tant sur les déterminants de la santé et du bien-être, que sur les facteurs de protection et les facteurs de risque associés aux problèmes de santé en vue de contrer plus précocement leur apparition, et ce, avant même que les personnes n'aient besoin de soins et/ou de services de santé. Le PSSP est décentralisé, c'est-à-dire qu'il est redirigé vers les directions régionales de santé publique afin de tenir compte des besoins et des spécificités régionales, et aussi pour favoriser l'émergence de projets et de partenariats dans toutes les régions du Québec. Il associe généralement les milieux de l'intervention et ceux de la recherche pour assurer la rigueur scientifique et générer des retombées concrètes, tant pour les populations visées que pour l'intervention et la pratique des différents acteurs de santé publique impliqués.

En 2014, une première Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE) fut complétée, servant à solidifier la planification stratégique de la Direction de santé publique (DSPu) de l'Estrie. Ce faisant, l'enquête a contribué à l'obtention d'une connaissance plus fine de la distribution sociale et géographique des problématiques de santé publique. De par la nature des questions posées, une meilleure description des iniquités sociales de santé en région fut acquise. Cette information permit à la direction de mettre sur place des actions visant et affectant les strates les plus désavantagées de la population et de mieux répondre aux besoins des estriens. Cette initiative fut d'autant plus importante étant donné les atouts considérables et les forces significatives dans le domaine de la recherche scientifique que possède l'Estrie. Suite à la réorganisation des services de santé en 2015, cette réalité demeure pour la région ; d'abord par la présence d'un centre hospitalier universitaire, mais aussi grâce à deux universités. L'Estrie couvre donc un très large éventail de programmes et de disciplines scientifiques et la DSPu se trouve dans une position privilégiée pour en tirer profit. En effet, l'Estrie comporte le seul Centre Intégré Universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) intégrant un Centre hospitalier universitaire (CIUSSS de l'Estrie – CHUS). Celui-ci regroupe trois désignations universitaires (Centre hospitalier universitaire, Institut universitaire de gériatrie, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux), deux centres de recherche (Centre de recherche du CHUS et le Centre de recherche sur le vieillissement) ainsi qu'une affiliation avec l'Université de Sherbrooke (Centre affilié de réadaptation en déficience physique).

Devant cette spécificité régionale, la DSPu du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a souhaité continuer de capitaliser sur ces forces et ces atouts en recherche en utilisant les fonds 2017-2020 du PSSP pour entreprendre une deuxième enquête de santé populationnelle en 2018. Cette deuxième enquête a notamment mise en évidence des constats préoccupants relatifs à la détérioration de la santé physique, de la santé mentale et de certaines habitudes de vie (annexe 1).

Afin d'actualiser les connaissances acquises au cours des précédentes enquêtes et d'avoir une meilleure description des iniquités sociales de santé en région, la DSPu souhaite renouveler cette enquête en 2022 et tous les 4 ans à venir, en s'appuyant sur le plan d'action régional Estrien et les fonds récurrents du PSSP.

Le Plan d'action régional s'appuie sur le Programme national de santé publique (PNSP) et comprend cinq axes, chacun avec un nombre de sous-axes :

Axe 1 : Développement global des enfants et des jeunes

- Services en périnatalité et petite enfance
- Services en milieu scolaire
- Services en clinique jeunesse
- Approches intégrées visant la création de milieux de vie stimulants et bienveillants pour les enfants et les jeunes

Axe 2 : Adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires

- Modes de vie sains et sécuritaires
- Environnements sains et sécuritaires

Axe 3 : Prévention des maladies infectieuses

- Prévention des maladies évitables par la vaccination
- Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
- Prévention de l'exposition aux risques infectieux

Axe 4 : Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires

- Vigie et enquêtes sanitaires
- Évaluation et gestion des risques
- Communication des risques
- Réponse aux urgences sanitaires

Axe transversal : Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

- Sélection et collecte de l'information
- Détection de phénomènes émergents
- Diffusion et soutien à la prise de décision

Ces axes visent à agir sur les quatre fonctions essentielles de la santé publique, soit la surveillance, la promotion, la prévention et la protection. Puisque les actions de santé publique visent non seulement à améliorer la santé des individus et des populations, mais aussi à réduire les inégalités sociales de santé entre les individus d'une même population, il est par conséquent essentiel d'estimer la prévalence des problématiques de santé publique dans la population en général, d'une part, ainsi que la prévalence des mêmes problématiques à l'intérieur de différents groupes de cette population, d'autre part. Ces connaissances permettraient d'identifier des facteurs de protection favorisant l'atteinte d'un meilleur état de santé pour tous, et plus particulièrement pour les populations les plus

vulnérables. La connaissance de la prévalence des problématiques de santé publique identifiées dans notre plan d'action régional à une échelle géographique fine favoriserait finalement la mobilisation des acteurs locaux et régionaux vers des fins communes. Afin de mesurer ces prévalences, d'obtenir cette information sanitaire et de converger vers une même direction, l'utilisation de données d'enquêtes s'avère extrêmement pertinente. Cependant, la taille d'échantillon des enquêtes nationales ou régionales disponibles actuellement ne permet pas de générer de manière directe des estimations fiables à une échelle locale (*i.e.* infra-régionale).

Cette enquête populationnelle à portée locale comprendra un nombre suffisant de répondants pour être représentative et robuste au plan statistique à l'échelle de la région, et aussi, de tous ses territoires de réseaux locaux de services.

En 2022, certaines thématiques étudiées dans les précédentes éditions de l'ESPE ont été intégrées au tronc commun de l'instrument de mesure utilisé pour cette enquête. De plus, il a été décidé que les besoins des équipes de la DSPu seraient priorités. Pour cela une consultation des équipes de la direction a été réalisée dans le but d'identifier les thématiques qui pourraient être explorées dans le cadre de l'ESPE et être utiles aux intervenants de la DSPu dans l'exercice de leur fonction. Cependant, afin de limiter le nombre de questions et ainsi réduire le temps nécessaire aux répondants pour compléter l'enquête, une sélection des thématiques proposées et une révision du tronc commun ont été réalisées par un comité scientifique interne à la DSPu sur la base de leur congruence avec son Plan d'action régional et de critères définis préalablement.

Neuf thématiques principales ont ainsi été retenues, à savoir :

1. La participation et l'implication sociale;
2. La santé buccodentaire;
3. La dépendance;
4. L'activité physique et le transport actif;
5. Les maladies chroniques et les facteurs de risque;
6. La maladie de Lyme;
7. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang;
8. L'utilisation des services de santé
9. La santé mentale positive et mesure du bien-être.

Des chercheurs ont ensuite été associés à chacune de ces thématiques afin de bénéficier de leurs expertises dans le choix des questions qui constitueront l'instrument de mesure de l'ESPE. Ces thématiques sont décrites dans la section suivante, intitulée : « recension des écrits ».

Le processus décrit précédemment est détaillé dans la section intitulée « variables » du présent document. Ultiment, cette façon de procéder vise à permettre aux intervenants de la DSPu, ainsi qu'aux chercheurs associés aux thématiques retenues, de continuer à proposer des interventions de santé tenant compte des besoins spécifiques de la population estrienne et de certains sous-groupes d'individus qui la constituent.

Ainsi, ce projet d'enquête répond aux besoins grandissants de surveillance et d'évaluation de la DSPu, mais il favorise également le développement de nouvelles connaissances scientifiques. Nous croyons qu'il s'agit là d'une opportunité unique de contribuer au développement d'une enquête de santé populationnelle de grande envergure, tout en encourageant la création d'alliances et de partenariats avec divers chercheurs, pour la plupart issus du milieu universitaire et intéressés par des problématiques touchant directement ou indirectement la santé publique.

2. RECENSION DES ÉCRITS

Des besoins spécifiques en Estrie

Divers enjeux de santé préoccupent plus particulièrement les intervenants de la DSPu et les chercheurs œuvrant dans le domaine de la santé publique en Estrie. De par leur ampleur, leur impact sur la santé physique et/ou mentale, ainsi que par les iniquités sociales et/ou géographiques qui les caractérisent, certaines thématiques de santé sont en effet prioritaires. Cette priorisation des thématiques de santé est d'autant plus pertinente en regard du contexte actuel de rareté des ressources financières qui prévaut au sein du système de santé et de services sociaux québécois. Les résultats larges et variés des ESPE 2014 et 2018 démontrent la plus-value de ces enquêtes ainsi que le manque de données auxquelles elles répondent. Une liste d'exemples non-exhaustive des réponses sur la santé des estriens obtenues grâce à ces enquêtes inclut : divers enjeux reliés à la santé mentale des aînés, la santé mentale et la résilience d'une communauté et de ses divers sous-groupes populationnels face à une tragédie, les déterminants de l'activité physique chez les enfants, les déterminants de la vaccination, un portrait et des recommandations sur les habitudes de vie et les maladies chroniques, la santé des travailleurs et des cadres, la santé mentale des minorités sexuelles, etc. Les annexes 1 et 2 énumèrent les retombées de l'ESPE 2018 et 2014, respectivement.

2.1 Adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires

2.1.1 Participation et implication sociale

Une recension des écrits récemment mise à jour a défini la participation sociale comme étant « l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec les autres » (Levasseur et al., 2010, p. 2146), « dans la vie communautaire et dans des milieux partagés et importants, évoluant selon le temps et les ressources disponibles et en fonction de son contexte sociétal et de ce qui est désiré et signifiant pour elle » (Levasseur et al., 2021). Le modèle Développement humain et du Processus de production du handicap (MDH-PPH) définit la participation sociale comme la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre 1) des facteurs personnels intrinsèques liés aux systèmes organiques et aux aptitudes et 2) des facteurs extrinsèques environnementaux sociaux ou physiques (Fougeyrollas, 2021; Weber et al., 2004). Une analyse du concept de participation sociale et une recension des instruments de mesure de la participation sociale (Larivière, 2008) a montré que ses indicateurs se résument aux types d'activités, la quantité d'activités, la fréquence de participation, la satisfaction, l'importance, le degré de difficulté dans la réalisation (performance), le type d'aide requis et le degré de changement souhaité dans l'engagement. La seule mesure de la fréquence de participation à des activités sociales, comme c'est le cas dans l'édition 2018 de l'ESPE (dans le bloc « participation à la vie active »), ne permet ainsi pas d'opérationnaliser pleinement la participation sociale, mais représente le meilleur compromis actuellement disponible.

L'ajout d'un indicateur d'obstacles à la participation sociale (et à l'activité physique) permettrait toutefois de mieux prendre en considération les facteurs personnels et environnementaux qui limitent la réalisation des activités sociales. À la suite du bloc de questions mesurant la fréquence de participation à des activités sociale, l'ESCC et l'ELCV comprennent toutes deux une question sur l'envie de la personne de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe. Une réponse affirmative à cette question est suivie par une question ouverte sur les raisons qui ont empêché la participation à ces activités.

En ce qui concerne la fréquence de participation à des activités avec d'autres, le bloc « participation à la vie active » de l'ESPE comprend des questions similaires à celles d'autres grandes enquêtes populationnelles canadiennes, dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – vieillissement en santé (ESCC; Statistique Canada, s. d.) et l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV; Raina et al., 2019). La similitude des questions facilite la comparaison des populations et des périodes de collecte. L'ESPE 2018 comprend deux questions absentes de l'ESCC et de l'ÉLCV : la fréquence de participation à des activités impliquant « du magasinage » et « la fréquentation de restaurants / bistros / cafés ». Selon les données de l'enquête NuAge, qui incluait les mêmes questions que l'ESPE sur la participation sociale, le magasinage et la fréquentation de restaurants, bistros ou cafés étaient les activités les plus fréquentes chez 554 aînés de la région de Montréal, après les activités avec la famille et les amis (Levasseur et al., 2011). Les lieux tiers offrent des opportunités de contacts directs et indirects avec le voisinage et facilitent le sentiment d'appartenance à sa communauté. Ces deux questions permettent de mesurer l'importance des lieux tiers dans l'intégration à la vie active, en encourageant les relations et les interactions naturelles (spontanées, informelles et régulières; Gardner, 2011). Pour les personnes ayant un petit réseau social, ces lieux peuvent être importants pour maintenir leur intégration à leur communauté.

Les changements démographiques ont aussi accru l'importance des activités liées à la proche aidance. Un Québécois sur cinq et une Québécoise sur quatre consacrait au moins une heure dans des activités de proche aidance pour un aîné, en 2018 (Institut de la statistique du Québec, 2022). De plus, un Québécois sur trois n'avait pas conscience d'agir comme proche aidant, même s'il y consacrait plus d'une heure par semaine (L'Appui pour les proches aidants d'aînés, 2016). Les proches aidants peuvent fournir de l'aide pour le transport, les travaux domestiques, les opérations bancaires, et l'organisation des soins et des traitements médicaux. La proche aidance est un thème peu abordé par les grandes enquêtes populationnelles. Mesurer la fréquence de réalisation d'activités liées à la proche aidance (un tiers des proches aidants y consacre plus de cinq heures par semaine; ISQ, 2022) permettrait d'avoir un portrait régulier des proches aidants et de l'évolution d'un phénomène qui s'accroîtra dans l'avenir.

2.1.2 Santé buccodentaire

La santé buccodentaire est une composante importante de la santé globale. Malheureusement au Québec, la prévalence des maladies buccodentaires dont la carie est très importante. Bien que celle-ci touche la quasi-totalité de la population, elle affecte tout particulièrement les personnes démunies sur le plan socioéconomique. C'est dans ce contexte que le Programme national de santé publique (MSSS, 2015) recommande différentes activités de prévention et de promotion de la santé dentaire. Ces activités visent, entre autres, à atténuer les conséquences des inégalités sociales sur la santé buccodentaire. Une meilleure connaissance de l'état de santé buccodentaire de la population estrienne nous permettrait de mieux adapter nos interventions régionales en fonction des besoins spécifiques de la population estrienne.

La santé buccodentaire a déjà fait l'objet d'enquêtes nationales comme l'enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP) (ISQ, s.d.). Par conséquent, nous avons à notre disposition des questions validées que nous pourrions utiliser dans le cadre de l'ESPE 2022 et des données nationales auxquelles nous pourrions nous comparer. La thématique sera traitée en quatre volets d'analyse : 1) Brossage des dents et utilisation de la soie dentaire; 2) Perception de l'état de santé dentaire; 3) Statut de l'édentation; 4) Visite chez le dentiste (déterminant important de santé).

2.1.3 Dépendance

Les substances psychoactives désignent les substances psychotropes naturelles ou synthétiques qui, en agissant sur le système nerveux central, altèrent le fonctionnement psychique et comportementale des individus. Leur consommation peut avoir des impacts socio-sanitaires importants.

Au Québec en 2020, 12 % des personnes de 15 ans et plus fument la cigarette et 4 % vapotent. La grande majorité des vapoteurs ont moins de 25 ans, alors que les fumeurs de cigarettes sont proportionnellement plus nombreux entre 25 et 64 ans. Plus de 80 % des fumeurs et des vapoteurs ont diminué leur consommation ou ne l'ont pas changé depuis le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020. Cependant, 20 % des fumeurs et 18 % des vapoteurs ont augmenté leur consommation. Ces données proviennent de l'Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage 2020 réalisée pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. Au total, 13 553 personnes âgées de 15 ans et plus ont répondu à l'enquête entre juillet et novembre 2020 (ISQ, 2020). La lutte contre le tabagisme demeure une priorité de santé publique au Québec. En effet, malgré une baisse importante de la prévalence du tabagisme tant chez les jeunes que chez les adultes depuis le milieu des années 90, près de 1,3 million de Québécois et Québécoises fument et près de 13 000 personnes meurent chaque année de maladies causées par le tabagisme. De plus, la fumée de tabac a des effets nocifs chez les non-fumeurs qui y sont exposés : cancers, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, effets sur le développement du fœtus, etc.

L'alcool qui est de loin la substance psychoactive la plus consommée au Canada et au Québec (INSPQ, 2022). Selon les données du cycle 2017-2018 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC; Statistique Canada, s. d.), 76 % des Canadiens et 81 % des Québécois de 12 ans et plus questionnés ont rapporté avoir bu de l'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête (buveurs actuels). Cette proportion est demeurée stable au Québec dans les dernières années, puisqu'elle se situait à 81 % en 2000-2001. Toutefois, entre 2000-2001 et 2017-2018, la consommation abusive chez les consommateurs d'alcool de 12 ans et plus a augmenté de 18 % à 27 %, représentant une augmentation de 50 %. Une augmentation est observée tant chez les hommes que chez les femmes, peu importe le niveau de scolarité et le milieu de vie. Toutefois, la hausse est plus marquée chez les femmes puisque la proportion de consommation abusive est passée de 10 % à 23 %, soit une hausse de 130 % (Statistique Canada, s. d.).

Enfin, Le cannabis est la drogue la plus consommée par les Québécois de plus de 15 ans, avec 19,7 % de ceux-ci ayant rapporté en avoir fait l'usage lors des 12 derniers mois en 2021, comparativement à 15,2 % en 2014-2015 (ISQ, 2021). De plus, La conduite avec les capacités affaiblies par le cannabis est la préoccupation la plus importante des Canadiens suite à la légalisation (State Farm, 2017).

L'ajout des questions en lien avec les dépendances (tabac, vapotage, alcool et cannabis) est nécessaire l'évolution de ces phénomènes à l'échelle de l'Estrie.

2.1.4 Activité physique et transport actif

La pratique régulière d'activité physique a des effets bénéfiques sur la santé, tant du côté physique que psychologique. Ainsi, elle facilite peut prévenir et aider à gérer les maladies cardiaques, le diabète de type 2 et le cancer. De plus, elle aide à prévenir réduire les symptômes de dépression et d'anxiété et améliorer la réflexion, l'apprentissage et le bien-être général (OMS, 2020).

Or, différents obstacles peuvent nuire à la pratique régulière d'activité physique. Ces obstacles peuvent être autant de l'ordre individuel qu'environnemental. En connaissant la nature de ces obstacles, on peut mieux identifier les stratégies d'intervention pour contrer ceux-ci (Salmon et al., 2003). L'identification des obstacles par RLS permettra, entre autres, aux conseillers et aux conseillères en promotion de la santé de la DSPu de mieux planifier leurs actions en lien avec cette thématique et de soutenir leur prise de décision.

2.1.5 Maladies chroniques et facteur de risque

Les maladies chroniques, aussi appelées « maladies non transmissibles » représentent désormais 7 des 10 principales causes de décès dans le monde, d'après les estimations sanitaires mondiales de 2019. Il s'agit d'une augmentation puisque, en 2000, on ne comptait que 4 maladies non transmissibles parmi les 10 principales causes de décès. Ces nouvelles données couvrent la période allant de 2000 à 2019 inclus (OMS, 2020). Dans son communiqué de presse, l'OMS, souligne « la nécessité d'insister davantage à l'échelle mondiale sur la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des maladies respiratoires chroniques ». Selon les analyses des données réalisées dans le cadre de L'ESPE 2018, près d'un adulte sur quatre âgés de 25 à 64 ans souffrait d'au moins deux maladies chroniques ou plus en Estrie (Michaud-Tétreault, 2021). C'est un enjeu de santé publique majeur. En ce sens, il convient de poursuivre la surveillance des maladies chroniques et des facteurs de risques qui leurs sont associés, comme la consommation de tabac, le manque d'activité physique, le surpoids et l'obésité, la faible consommation quotidienne de fruit et légumes et notamment chez les personnes plus défavorisées sont plus nombreuses à être exposées à l'un ou l'autre de ces facteurs de risque (B.I.P, 2016).

Ces facteurs de risque sont notamment évalués au sein des autres thématiques retenues dans le cadre de cette enquête.

2.2 Prévention des maladies infectieuses

2.2.1 La maladie de Lyme

L'Estrie est la région québécoise la plus touchée par la maladie de Lyme, avec le nombre de cas et le taux d'incidence les plus élevés de la province. En 2021, 387 cas ont été déclarés en Estrie, ce qui représente 55 % des 708 cas enregistrés au Québec. Toujours en 2021, le taux d'incidence de la maladie de Lyme en Estrie (77,1 pour 100 000) était près de 20 fois plus élevé que dans le reste du Québec (4,0 pour 100 000) (Direction de la santé publique de l'Estrie, 2022).

Une enquête réalisée en 2014 auprès de la population canadienne a montré que les niveaux de connaissances et d'adoption des comportements préventifs recommandés (porter des vêtements protecteurs, mettre des

insectifuges et vérifier la présence de tiques attachées) étaient faibles au Québec, avec seulement 27% des participants qui ont déclaré appliquer souvent ou toujours au moins l'une de ces mesures préventives lors d'un séjour dans une région à risque pour la maladie de Lyme (Aenishaenslin, et al. 2017). Cette étude avait également montré que certains sous-groupes de la population pourraient être plus à risque (par exemple les hommes et le groupe des 18-34 ans), soit parce que ils adoptaient moins régulièrement des comportements préventifs individuels, soit parce qu'ils pratiquaient davantage d'activités à risque (travail extérieur, activités de loisirs) (Aenishaenslin et al., 2017; Aenishaenslin, et al., 2016). L'échantillonnage de l'enquête canadienne ne permettait pas de faire des analyses locales ou régionales, et par conséquent, le profil de la population estrienne concernant les facteurs de risque et les facteurs socio-comportementaux (connaissances, comportements préventifs, perceptions du risque) est jusqu'à présent inconnu.

Les questions proposées dans le cadre de ce projet permettront de dresser un premier portrait de la distribution des risques d'exposition (exposition aux piqûres de tiques, pratique d'activités à risque), des connaissances et des comportements préventifs de la population vivant dans la région de l'Estrie. Les résultats contribueront à améliorer les programmes de communication implantés dans la région. L'identification de certains sous-groupes de populations plus vulnérables permettra de produire des connaissances essentielles pour informer la mise en œuvre d'interventions ciblées qui pourront réduire plus efficacement le fardeau de la maladie.

Depuis 2016, les autorités de santé publique recommandent aux médecins de deux réseaux locaux de santé (RLS) de la région estrienne (Pommerai et Haute-Yamaska) de prescrire l'administration d'antibiotiques en prophylaxie aux patients se présentant avec une piqûre de tique et répondant à certains critères (MSSS, 2022). En mesurant la fréquence d'administration de la prophylaxie dans la population des sous-régions visées, nous serons en mesure de mieux évaluer le fardeau global associé au risque de maladie de Lyme en Estrie.

2.2.1 Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Pendant la pandémie, le nombre d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont augmenté. Certains comportements sexuels sont plus à risque que d'autres. En s'inspirant du tableau des facteurs de risque des ITSS (MSSS, 2019), il serait pertinent d'évaluer le niveau de risque des Estriens en posant des questions en lien avec certains facteurs de risque.

Ensuite, il serait intéressant de voir la perception du risque : si quelqu'un est à risque, mais ne le voit pas, les actions posées ne seront pas les mêmes que si la personne est consciente de ce risque. Finalement, la notion de l'usage du condom ainsi que celle du dépistage des ITSS doivent faire partie du questionnaire, car les orientations du comité ITSS seront influencées par les résultats. Pour l'ensemble des questions, les croisements avec les données sociodémographiques vont aussi inspirer la planification des actions.

2.3 Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

2.3.1 L'utilisation des services de santé

Les écrits indiquent qu'il y a un lien entre le statut de grand utilisateur de services de santé et le profil des utilisateurs incluant l'âge, le genre, l'origine ethnique, le support social et la défavorisation matérielle ou sociale du quartier (Hudon, Courteau, Krieg & Vanasse, 2017; Li, Dorstyn & Denson, 2016). Les obstacles à l'accès aux

services varient aussi considérablement en fonction de caractéristiques sociodémographiques (Alang, 2015). Il existe aussi des inégalités d'accès à différents services de santé, notamment aux services de santé mentale (Fansi & Jehanno, 2015). De plus, le Plan d'action québécois en santé mentale 2015-2020 souligne l'importance de soins « diversifiés » et « offerts en temps opportun » (Bélanger et al., 2016).

2.3.2 Santé mentale positive et mesure du bien-être

Malgré qu'elle vise à améliorer la santé des individus et des populations, la promotion de la santé reste principalement axée par des actions visant la maladie ou ses facteurs de risque. Or, promouvoir la santé n'équivaut pas nécessairement à l'inverse de prévenir les maladies. Au cours des dernières décennies, une nouvelle approche de recherche émerge et gagne en légitimité. Il s'agit du champ des approches positives à la santé. Une approche positive à la santé s'intéresse aux facteurs, aux ressources, aux habiletés qui produisent ou maintiennent la santé en place et lieu de la maladie et/ou de ses facteurs de risque (Roy & O'Neill, 2012). La DSPu, qui reconnaît l'importance d'agir à la fois sur les facteurs de risque et de protection, croit que ce type d'approche peut grandement faciliter l'élaboration d'interventions spécifiques en promotion de la santé. C'est pourquoi elle a intégré deux mesures de santé positive à l'ESPE 2022, soit la santé mentale positive et la mesure du bien-être.

La résilience mesure la capacité d'adaptation et de gestion des individus aux événements stressants de la vie quotidienne, ainsi que le degré de résistance face à l'adversité (Campbell-Sills, Forde, & Stein, 2009). La résilience a été trouvée de nombreuses fois dans les écrits scientifiques comme étant une variable de protection dans les associations entre divers facteurs de risque et leur impact négatif sur la santé physique et/ou mentale (Rolf, Masten, & Cichetti, 1993). La santé mentale positive mesure quant à elle le degré de bien-être psychologique et la satisfaction à l'égard de sa propre vie (Keyes, 2002). Historiquement, la recherche menée en santé mentale a été axée sur le négatif, soit la détresse psychologique, la dépression et la maladie mentale (Keyes, 2007). La santé mentale est donc psychiatisée, les individus étant soit atteints d'une maladie mentale, soit en bonne santé mentale (Keyes, 2005). Cette conception qui place la santé mentale sur un continuum unique (maladie-santé) est restrictive, car elle implique qu'un individu qui présente une maladie mentale ne peut en aucun cas jouir d'une santé mentale positive. Elle suppose également qu'en réduisant le nombre de cas de maladie mentale chez les individus, la population dans son ensemble sera en meilleure santé. Or, il n'a jamais été prouvé que l'absence de maladie mentale garantisse la santé mentale. Par contre, il a été démontré qu'un état de santé mentale positif peut avoir des conséquences supérieures à l'absence de maladies mentales, et donc que la santé mentale (positive) est plus que la simple absence de pathologie (Keyes, 2005). À notre connaissance, aucune de ces deux mesures de santé positive n'existe à une échelle locale et/ou régionale au Québec (ou au Canada). Il s'agit cependant de données sanitaires centrales à l'élaboration d'actions populationnelles optimales.

2.4 Des caractéristiques sociodémographiques et de santé

Pour remplir sa double mission qui est d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités sociales de santé, la DSPu se doit d'examiner la distribution des problématiques de santé de manière générale, mais également selon divers sous-groupes. Afin de bien cerner les besoins spécifiques de ces sous-groupes, différentes caractéristiques doivent être mises en relation avec les problématiques de santé publique, notamment l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le revenu, l'éducation, la situation familiale, le statut d'emploi, les habitudes de vie et l'état de santé général. Ce type d'information permet de nuancer l'information sanitaire obtenue et de mieux planifier l'offre locale de soins et de services de santé.

2.5 Sommaire de la recension des écrits scientifiques

En somme, plusieurs thématiques de santé proposées par les intervenants de la DSPu , et ensuite sélectionnées par un comité scientifique interne à la DSPu en regard de leur congruence avec son Plan d'action régional, ont été introduites dans l'ESPE 2022. Sous différentes priorités d'actions de cette planification stratégique, nous retrouvons les thématiques de santé suivantes :

Tableau 1.

Les thématiques de santé proposées par les intervenants de la DSPu et investiguées dans l'ESPE 2022, classées sous leur priorité d'action respective (en regard du Plan d'action régional de la DSPu)

Axes du Plan d'action régional	Thématiques de santé publique exploitées
1) Développement global des enfants et des jeunes	Non applicable
2) Adoption de mondes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires	a) Participation et implication sociale b) Santé buccodentaire c) La dépendance d) Activité physique et transport actif e) Maladies chroniques et facteurs de risque
3) Prévention des maladies infectieuses	a) La maladie de Lyme b) les infections transmissibles sexuellement et par le sang
4) Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires	Non applicable
5) Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants	a) L'utilisation des services de santé Santé mentale positive et mesure du bien-être

Nous croyons que l'inclusion de questions visant l'étude de ces thématiques de santé dans l'ESPE nous permettra de mieux planifier l'offre locale de soins et de services de santé, en fonction des besoins spécifiques des individus sur le territoire de la région sociosanitaire de l'Estrie. Cette planification plus optimale des soins et des services de santé permettra à la DSPu de mieux répondre à son mandat légal de responsabilité populationnelle.

3. OBJECTIFS

Le but de ce projet de recherche est de *soutenir la planification des services offerts en santé à l'échelle régionale et locale par une meilleure connaissance de la prévalence et de la distribution sociale et géographique des problématiques de santé publique en Estrie.*

Pour atteindre ce but, deux objectifs spécifiques de recherche sont proposés :

1. Estimer la prévalence en Estrie (et dans chaque RLS et arrondissement de la Ville de Sherbrooke) des issues et des déterminants de santé (facteurs de risque ou de protection).
2. Examiner l'ampleur des inégalités sociales de santé en Estrie en comparant la prévalence des issues et des déterminants de santé retenues, en fonction d'indicateurs sociaux et géographiques.

Hypothèses de recherche

Malgré l'insuffisance des écrits scientifiques portant sur les issues et les déterminants de santé à une échelle locale, les résultats des précédentes ESPE nous permettent de formuler certaines hypothèses de recherche générales :

1. De manière générale, les issues de santé négatives et les facteurs de risque examinés seront plus fréquents chez les répondants issus des groupes sociaux les plus défavorisés (e.g. faible niveau d'éducation, faible revenu, résidence dans un quartier défavorisé). On s'attend en revanche à observer un gradient inverse pour les issues de santé positives et les facteurs de protection.
2. Une variabilité géographique importante sera observée entre les territoires des RLS et les arrondissements de la Ville de Sherbrooke, quant à la prévalence des issues et des déterminants de santé examinés.

4. DEVIS DE RECHERCHE

Le devis proposé pour répondre aux objectifs de ce projet de recherche est une étude transversale téléphonique (ou Web) à portée locale. Une étude transversale est appropriée en regard de nos deux objectifs de recherche. Ce type de devis de recherche est également indiqué lorsqu'il s'agit (comme c'est le cas dans cette recherche) de réaliser une exploration de problématiques de santé publique à une échelle locale. Nous souhaitons ainsi solliciter le consentement des participants afin qu'il puisse être recontacté dans le cadre de recherche au cours des prochaines années. Ces études seront cependant distinctes de l'ESPE et les chercheurs concernés soumettront leurs protocoles de recherche au Comité d'éthique de recherche séparément.

5. POPULATION À L'ÉTUDE ET ÉCHANTILLON

5.1 Population visée

La population visée correspond à tous les adultes (18 ans et plus) demeurant en ménage privé en Estrie (c.-à-d. le territoire desservi par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS).

5.2 Échantillon

Notre enquête sera menée auprès d'un échantillon aléatoire d'Estriens âgés de 18 ans et plus. Cet échantillon sera stratifié selon le lieu de résidence des participants. Le nombre total de participants souhaité est de 9 700. De ce nombre, plus du tiers ($n = 3\,700$) proviendra de la Ville de Sherbrooke. Le reste des participants sera issu des autres territoires de RLS en Estrie. La répartition de l'échantillon d'enquête souhaité est la suivante :

Tableau 2.

La répartition des participants dans l'ESPE 2018 selon l'unité géographique échantillonnée

Répondants souhaités	
	nombre
RLS de la Pommeraie	750
RLS de la Haute-Yamaska	750
RLS du Granit	750
RLS des Sources	750
RLS du Haut-Saint-François	750
RLS du Val-Saint-François	750
RLS de Sherbrooke	3 700
Arr. Brompton	350
Arr. Fleurimont	750
Arr. Lennoxville	350
Arr. Mont-Bellevue	750
Arr. Rock Forest-Saint-Élie-Deauville	750
Arr. Jacques-Cartier	750
RLS de Coaticook	750
RLS de Memphrémagog	750
ESTRIE	9 700

5.3 La base de sondage et l'échantillonnage

La base de sondage sera constituée d'un échantillon de numéros de téléphone résidentiels générés aléatoirement (*Random Digit Dialing* ou RDD). Les numéros de téléphone correspondant à un système de téléphonie mobile (*e.g.* cellulaire, téléavertisseur) seront inclus dans la base de sondage. Les numéros générés seront prévalidés avant la collecte pour exclure les numéros commerciaux et les numéros qui ne sont pas en service.

La sélection des répondants sera réalisée en trois temps : 1) sélection aléatoire des ménages, 2) confirmation de l'admissibilité du ménage (résidence en Estrie, ménage composé d'au moins une personne ≥ 18 ans) et 3) sélection aléatoire d'un membre du ménage âgé ≥ 18 ans. Le répondant sélectionné aléatoirement dans le ménage ne pourra pas être substitué. En cas de non-disponibilité du répondant choisi, des rappels seront faits pour compléter l'entrevue au moment de son choix. Les répondants seront contactés à leur domicile à des moments variés pour une participation volontaire à une entrevue téléphonique (réalisée en français ou en anglais, dépendamment de la langue choisie par le répondant sélectionné) d'une durée approximative de 15 à 20 minutes. Les répondants qui le préfèrent pourront répondre au sondage par voie électronique sur un site Web.

Étant donné la nature du sujet à l'étude, le peu d'inconvénients occasionnés pour le répondant (hormis la perte de temps) et la possibilité de répondre en ligne, nous estimons le taux de réponse à au moins 45 %. Ce taux de réponse tient compte à la fois des personnes n'ayant pu être jointes et des personnes ayant refusé de participer. Ceci correspond au taux 1 (taux le plus conservateur) de (Link, 2009). Ce taux est considéré comme réaliste considérant les taux de réponse à l'ESPE 2014 et à l'ESPE 2018 qui étaient de 48,5% (B.I.P., 2016) et 40,1% pour l'ensemble de la région, respectivement.

5.4 Taille de l'échantillon et calcul de la puissance

La formule utilisée pour le calcul d'une taille finale d'échantillon, afin d'estimer une prévalence de 50 % (pour maximiser la taille) sans effet de plan, est : $N = (z / 2m)^2$.

Où : $z = 1,96$
 m (marge d'erreur) = $\pm 3-4$ % autour de l'estimé.

Une taille d'échantillon de 750 répondants par territoire de RLS, et par arrondissement de la Ville de Sherbrooke, sauf pour les arrondissements de Brompton et de Lennoxville qui compteront 350 répondants chacun, permettra donc d'estimer avec une bonne précision la prévalence des problématiques de santé publique retenues pour l'ESPE à une échelle locale. La capacité d'estimer directement la prévalence d'une problématique de santé publique à une échelle encore plus fine, ou encore pour des sous-groupes de population précis à l'intérieur de chaque territoire, dépendra de sa fiabilité mesurée à l'aide d'un coefficient de variation (CV). Le CV est en fait le rapport de l'erreur-type à la moyenne. Les CV dont la valeur se situe entre 16,66 % et 33,33 % doivent être interprétés avec prudence, alors que les CV dont la valeur est supérieure à 33,33 % ne sont habituellement pas publiés, étant jugés trop imprécis (Statistiques Canada, 2009).

Bref, la capacité d'estimer directement les problématiques de santé publique à une échelle locale dépendra de leur prévalence et du nombre de répondants dans chaque unité géographique envisagée. Finalement, une différence dans la prévalence des problématiques de santé publique de l'ordre de 10 % entre deux groupes (*e.g.* hommes versus femmes) pourra être détectée ($\alpha = 0,05$ et $\beta = 80$ %) si chaque groupe comporte 400 répondants et plus. La détection de différences plus prononcées (20 % par exemple) ne requerra que 100 répondants par groupe.

5.5 Critères d'inclusions/exclusions

Les répondants à l'ESPE seront recrutés sur la base de leur âge et de leur lieu de résidence. Lorsqu'un ménage privé investigué sera physiquement situé dans la région sociosanitaire de l'Estrie, qu'il sera joignable par voie téléphonique résidentielle et qu'il contiendra au minimum un individu âgé de 18 ans ou plus, il deviendra éligible à la sélection aléatoire d'un des adultes y résidant pour une participation volontaire à notre enquête.

5.6 Recrutement des sujets

Les sujets seront recrutés lors de l'enquête téléphonique par les intervieweurs d'une firme de sondage chargée de la collecte des données. La firme sera sélectionnée par un processus d'appel d'offre. À chaque appel téléphonique, un intervieweur qualifié, au fait des procédures de standardisation requises lors de la passation d'un questionnaire par téléphone, présentera le projet de recherche et demandera un consentement verbal à la personne répondant aux critères d'inclusion et qui aura été aléatoirement sélectionnée. La sélection aléatoire consiste à choisir un adulte au hasard parmi tous les adultes qui résident dans le ménage via un système d'entrevue téléphonique assisté par ordinateur. Par exemple, s'il y a cinq adultes qui résident dans un ménage donné, le système d'entrevue par ordinateur en question générera aléatoirement un chiffre de 1 à 5 et demandera, selon le cas, de parler à :

- la personne la plus âgée;
- la deuxième personne la plus âgée;
- la troisième personne la plus âgée;
- la deuxième personne la plus jeune;
- la personne la plus jeune.

Le protocole suivi par l'intervieweur respectera à la lettre le texte des questionnaires présentés en annexe 3. L'intervieweur procédera à la passation du questionnaire uniquement s'il obtient le consentement verbal de l'individu aléatoirement sélectionné.

Pour faire partie de la cohorte prospective, une seconde autorisation sera demandée aux répondants à la fin de l'enquête téléphonique (ou Web), afin que des étudiants de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke puissent les contacter ultérieurement. Cette cohorte prospective constitue une étude distincte qui fera l'objet d'une évaluation éthique séparée. Les questions de consentement se trouvent à la fin du questionnaire (annexe 3).

6. VARIABLES

6.1 Instrument de mesure

L'instrument de mesure utilisé dans l'enquête téléphonique transversale est un questionnaire développé spécifiquement aux fins de l'ESPE, et révisé pour chaque nouvelle édition. L'annexe 3 présente la version française du questionnaire élaborée en collaboration avec les chercheurs associés à chaque thématique retenue et le comité scientifique interne à la DSPu .. Les professionnels chargés de la création de ce questionnaire à la DSPu ont fait appel à trois méthodes :

1. La consultation de questionnaires déjà existants
2. La consultation des intervenants de santé publique
3. La validation des questions par les chercheurs associés

Ce questionnaire sera révisé, programmé et traduit par la firme de sondage engagée pour la réalisation de notre enquête téléphonique. La traduction du questionnaire se fera du français vers l'anglais et sera révisée par un traducteur externe par la méthode de « traduction à rebours ». Les versions française (annexe 3) et anglaise (annexe 4) du questionnaire ont été prétestées auprès de 20 personnes par la firme de sondage embauchée avant son utilisation à grande échelle.

6.1.1 La consultation de questionnaires déjà existants

Une consultation de questionnaires déjà utilisés lors d'enquêtes québécoises et canadiennes récentes, et dont la qualité est reconnue du milieu scientifique, a tout d'abord été effectuée. Cette consultation a permis d'identifier certaines variables du tronc commun (*i.e.* les variables sociodémographiques, et les variables de santé de base). Les questions retenues ont été autant que possible reprises telles qu'énoncées dans les questionnaires déjà existants et consultés. Un souci de comparabilité des réponses entre les différents questionnaires était alors notre rationnel. En ce sens, les questions relatives à la dépendance, aux maladies chroniques et facteurs de risque associés ainsi qu'à l'accès aux soins, ont été placés dans le tronc commun de l'instrument de mesure. De plus, l'utilisation de la majorité de ces questions dans les précédentes éditions de l'ESPE confirme leur pertinence.

6.1.2 La consultation des intervenants de santé publique

Afin répondre aux besoins des intervenants de la DSPu du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, une consultation a été réalisée auprès des différentes équipes de la direction, à savoir : Santé au travail, maladies infectieuses et santé environnementale, infirmières scolaires, développement préventif des enfants de 0 à 17 ans, saines habitudes de vie, comportements et environnements sains et sécuritaires, et l'organisation communautaire.

La consultation par courriel a été réalisée entre le 25 mars et le 8 avril 2002, 29 thématiques ont été proposées par les 6 équipes sollicitées. Afin de stimuler la participation des répondants, il a été décidé de limiter le nombre de questions et donc le temps nécessaire aux répondants pour compléter l'enquête. Pour cela, une sélection des thématiques proposées a été réalisée en mai 2022 par un comité scientifique interne à la DSPu sur la base de leur congruence avec son Plan d'action régional et des critères de sélections suivants :

1. Thématique reliée à un document officiel (PNSP, les gains appréciables), à une priorité d'une table nationale ou à une problématique récurrente « de terrain »
2. Clientèle visée (ensemble de la population, seulement les hommes ou les femmes, une tranche d'âge en particulier, etc.)
3. Territoire visé (ensemble de l'Estrie, un territoire en particulier).
4. Caractère novateur de la thématique
5. Réponse à un besoin d'information réel, non comblé et important (données non disponibles en Estrie, situation estrienne estimée est défavorable par rapport à la situation provinciale; thématique non couverte par une autre enquête populationnelle, données recueillies par le passé pour lesquelles il serait pertinent d'en suivre l'évolution temporelle, etc.)
6. Ampleur des retombées anticipées post-enquête (données pouvant servir de leviers pour les intervenants du réseau estrien de la santé et des services sociaux et les partenaires, potentiel d'utilisation des données à des fins de surveillance ou d'évaluation en santé publique, soutien à la prise de décision éclairée, etc.)
7. Existence d'instruments de mesure validés en lien avec la thématique
8. Nombre d'item (de questions) pour répondre au besoin de la thématique
9. Expertise de la santé publique en lien avec la thématique
10. Expertise universitaire ou clinique pouvant être associée à la thématique

6.1.3 La validation des questions par les chercheurs associés

Les chercheurs associés aux présents projets ont été sélectionnés sur la base de leur expertise, de leur intérêt et de leur disponibilité pour participer à cette enquête.

Afin d'assurer une validité de contenu et une validité apparente de l'instrument de mesure, les chercheurs ont participé au choix des questions des thématiques, auxquels ils sont associés, et valider ces choix en collaboration avec les équipes d'intervenants de santé publique ayant proposé les thématiques retenues et le comité scientifique interne à la DSPu.

Une convention sera signée entre la DSPu et chaque chercheur impliqué dans l'ESPE (annexe 4). Cette convention mentionne notamment qu'une fois les livrables de l'enquête transmis par la firme de sondage, un période d'embargo, d'une durée d'un an, débutera à des fins de publication scientifique (excluant la diffusion des données issues de l'enquête par la DSPu à des fins d'information sociosanitaires pour le réseau de santé et de services sociaux estrien).

6.2 Variables utilisées

Des 29 thématiques proposées, 25 répondaient aux critères de sélection et 6 ont été retenues : La participation et l'implication sociale, la santé buccodentaire, l'activité physique et le transport actif, la maladie de Lyme, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, la santé mentale et la mesure du bien-être. D'autre part, 3 thématiques ont été intégrées à la section caractéristiques socio-démographiques du tronc commun de l'outil de mesure, à savoir : La dépendance, les maladies chroniques et facteurs de risques associés, et l'accès au service de santé. À l'issue de la validation du choix des questions, l'instrument de mesure est constitué d'un total de 109 questions, dont 36 dans le tronc commun.

Dans le tableau 3 ci-dessous sont décrites les variables retenues par le comité de sélection. Elles sont présentées par bloc thématiques. Les chercheurs auront accès aux données de leurs thématiques respectives. On peut trouver ces variables dans leur contexte original dans le questionnaire annexé au protocole de recherche (annexe 3).

Afin de ne pas respecter la durée maximale de 20 minutes prévue pour répondre au questionnaire, il a été décidé qu'uniquement la moitié des répondants se verrait administrer le bloc de questions sur la santé buccodentaire et l'autre moitié le bloc de questions sur la santé mentale positive et le bien-être. Les autres blocs de questions seront administrés à l'ensemble des répondants.

Tableau 3.

Les principales variables examinées dans l'ESPE 2022 réparties sous forme de bloc de questions proposées par les chercheurs

Code de la variable	Questions/Intitulé de la variable	Type de variable	Nature de la variable	Type de question	Choix de réponse
BLOC 1 - Participation et implication sociale					
PS1-1	Fréquence de participation à des activités familiales ou avec des amis à l'extérieur du domicile au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-2	Fréquence de participation à des activités à l'église ou religieuses comme des services, des comités ou des chœurs au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-3	Fréquence de participation à des sports ou des activités physiques que vous pratiquez avec d'autres personnes au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-4	Fréquence de participation à des activités éducatives et culturelles auxquelles participent d'autres personnes, comme assister à des cours, à des concerts ou aller au musée au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-5	Fréquence de participation à des activités organisées par un club social ou une société d'aide mutuelle au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	Au moins 1 fois par jour / Au moins 1 fois par semaine / Au moins 1 fois par mois / Au moins 1 fois par année / Jamais / Ne sait pas (NSP) / Ne réponds pas (NRP)
PS1-6	Fréquence de participation à des activités d'une association communautaire, de quartier ou d'une association professionnelle au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-7	Fréquence de participation à des activités bénévoles ou de bienfaisance au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-8	Fréquence de participation à des activités impliquant du magasinage au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-9	Fréquence de fréquentation de restaurants/bistrot/cafés au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS1-10	Fréquence de participation à toute autre activité récréative à laquelle d'autres personnes participent, incluant les passe-temps, ou d'autres jeux au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
PS12	Envie de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
PS13	Éléments empêchant la participation à des activités	Catégorique	Nominale	Fermée	Coût, Enjeux d'accès physique (problèmes de transport, endroit trop éloigné ou physiquement inaccessible, activités non disponibles dans la région), Problème de santé, Horaire des activités ne convient pas (trop occupé, responsabilités personnelles ou familiales), Ne veux pas y aller seul, Raisons liées à la langue Crainte ou préoccupation concernant la sécurité/ Autre / NSP / NRP
BLOC 2 - Santé buccodentaire					
BUC1	Auto évaluation de l'état de santé bucco-dentaire	Catégorique	Nominale	Fermée	Excellente / Très bon / Bon / Passable / Mauvais / NSP / NRP
BUC2	Fréquence de douleur buccale persistante ou continue	Catégorique	Nominale	Fermée	Souvent / Parfois / Rarement / Jamais / NSP / NRP
BUC3	Maladie parodontale ou maladies des gencives diagnostiquées par un dentiste ou un hygiéniste dentaire	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
BUC4	Temps écoulé depuis la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires (dentiste, hygiéniste dentaire, denturologiste ou spécialiste dentaire)?	Catégorique	Ordinale	Fermée	Moins d'un an / Entre 1 an et moins de 2 ans / Entre 2 ans et moins de 5 ans / 5 ans et plus / Jamais visité de professionnels des soins dentaires / NSP / NRP
BUC5	Raison principale pour ne pas avoir visité un professionnel des soins dentaires au cours de la dernière année	Catégorique	Nominale	Fermée	À cause des coûts / Peur / Occupé / Aucun problème / Clinique trop éloignée / incapacité d'obtenir un rendez-vous à un moment convenable / Autre / NSP / NRP
BUC6	Le répondant possède encore au moins une dent naturelle	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
BUC7	Le répondant a au moins une dent cariée non-réparée	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
BUC8	Fréquence de brossage des dents	Catégorique	Ordinale	Fermée	Plus de deux fois par jour / Deux fois par jours / Une fois par jour / Moins d'une fois par jour mais plus d'une fois par semaine / Une fois par semaine / Moins d'une fois par semaine / NSP / NRP
BUC9	Fréquence d'utilisation de la soie dentaire	Catégorique	Ordinale	Fermée	Plus d'une fois par jour / Une fois par jour / Moins d'une fois par jour mais plus d'une fois par semaine / Une fois par semaine / Moins d'une fois par semaine / NSP / NRP

Code de la variable	Questions/Intitulé de la variable	Type de variable	Nature de la variable	Type de question	Choix de réponse
BLOC 3 - Activité physique et mode de transport actif					
TC16A	Temps hebdomadaire d'utilisation d'un mode de transport actif	Numérique	Discrète	Fermée	x
APS1 à APS6	Éléments limitant l'utilisation de mode de transport actif :				
APS1	Conditions météorologiques (précipitations, températures...)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS2	Absence d'infrastructure à proximité (trottoir, piste cyclable, etc.)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS4	Sécurité des lieux (éclairage, chaussée, etc.)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS5	Absence d'équipement à la maison (ex. : pas de vélo)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS6	Entretien des infrastructures (réparations, déneigement, etc.)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
TC16B	Temps hebdomadaire de pratique d'une activité sportive durant le temps libre	Numérique	Discrète	Fermée	x
APS7 à APS12	Éléments limitant la pratique de l'activité physique de loisir				
APS7	Absence d'équipement à la maison	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS8	Absence d'infrastructures à proximité (parc, terrain sportif, etc.)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS9	Accessibilité aux infrastructures pour la pratique libre (ex. : terrains seulement disponibles pour les cours)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS10	Connaissance des activités offertes	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
APS11	Horaire des activités	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
BLOC 4 – Maladie de Lyme					
Lym1-1	Le répondant a déjà entendu parler d'Anaplasmoze	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
Lym1-2	Le répondant a déjà entendu parler de la maladie de Lyme	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
Lym2-1	Contact avec une tique au cours des 12 derniers mois sur la peau	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
Lym2-2	Contact avec une tique au cours des 12 derniers mois attaché ou incrusté dans la peau	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
Lym2-3	Contact avec une tique au cours des 12 derniers mois sur les vêtements	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
Lym2-4	Contact avec une tique au cours des 12 derniers mois dans l'environnement	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
Lym3	Fréquence de contact corporel avec une tique entre avril et octobre 2022	Catégorique	Ordinale	Fermée	Tous les jours / Une fois par semaine / Une fois par mois / Mois d'une fois par mois / Une à deux fois par saison / Autres / NSP/NRP
Lym4	Temps quotidien moyen passé dans un secteur boisé entre avril et septembre 2022 dans le cadre de l'occupation principale	Catégorique	Nominale	Fermée	Jamais / Rarement / Quelques fois / La plupart du temps / Tout le temps / NA
Lym5-1	Fréquence d'adoption de comportement préventif – Porter des vêtements longs - au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Nominale	Fermée	Jamais / Rarement / Quelques fois / La plupart du temps / Tout le temps / NA
Lym5-2	Fréquence d'adoption de comportement préventif – Utilisation de chasse moustiques - au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Nominale	Fermée	Jamais / Rarement / Quelques fois / La plupart du temps / Tout le temps / NA
Lym5-3	Fréquence d'adoption de comportement préventif – Examen de la peau et retrait de tiques - au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Nominale	Fermée	Jamais / Rarement / Quelques fois / La plupart du temps / Tout le temps / NA
BLOC 5 – Infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS)					
ITS1	Relation sexuelle avec un partenaire, que celle-ci soit orale, vaginale ou anale, au cours des 12 derniers mois ?	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITS2	Perception du risque de contracter une ITSS	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITS3	Connaissance des modalités de dépistages des ITSS	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITS4-1	Le répondant a eu plus de 3 partenaires sexuels dans la dernière année	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITS4-2	Le répondant a eu un ou une partenaire sexuel anonyme dans la dernière année (c'est-à-dire un partenaire que vous ne connaissez pas du tout, rencontré par exemple via une application)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITS4-3	Le répondant a eu un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire dans une même période, depuis le dernier dépistage	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITS4-4	Le répondant est un homme et avoir des relations sexuelles avec des hommes	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITS4-5	Le répondant a déjà fait usage de drogue inhalée ou injectée	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / Non / NSP / NRP
ITSS	Utilisation réelle du condom	Catégorique	Nominale	Fermée	Je n'utilise pas de condom puisque je n'en ai pas besoin / Je n'utilise pas de condom, mais je devrais le faire / J'utilise le condom de façon irrégulière (des fois oui, des fois non) lors de mes relations avec un partenaire / J'utilise en tout temps un condom si mon partenaire ou moi n'avons pas passé de test de dépistage pour les ITSS (ou si je ne sais pas si mon partenaire a passé un test) / J'utilise le condom en tout temps lors de mes relations avec un(e) partenaire, peu importe si un test de dépistage a été passé / NSP / NRP

Code de la variable	Questions/Intitulé de la variable	Type de variable	Nature de la variable	Type de question	Choix de réponse
BLOC 6 – Santé mentale et mesure du bien-être					
Échelle de détresse psychologique de Kessler					
TCFSH1-1	Fréquence d'un sentiment de nervosité au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
TCFSH1-2	Fréquence d'un sentiment de désespérance au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
TCFSH1-3	Fréquence d'un sentiment d'agitation au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
TCFSH1-4	Fréquence d'un sentiment de déprime que plus ne fait sourire le répondant au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	Jamais/rarement/Parfois/la plupart du temps/Tout le temps
TCFSH1-5	Fréquence d'un sentiment que tout était un effort au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
TCFSH1-6	Fréquence d'un sentiment d'être bon à rien au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
Évaluation de la santé mentale positive					
MR19	Le répondant s'est senti heureux au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR20	Le répondant s'est senti intéressé par la vie au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR21	Le répondant s'est senti satisfait à l'égard de votre vie au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR22	Le répondant a senti qu'il a quelque chose d'important à apporter à la société au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR23	Le répondant a senti qu'il a un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école) au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR24	Le répondant a senti que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR25	Le répondant a senti que les gens sont fondamentalement bons au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR26	Le répondant a senti que le fonctionnement de la société a du sens pour vous au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	Jamais / Rarement / Parfois / souvent / La plupart du temps / Tout le temps
MR27	Le répondant a senti qu'il aimait la plupart des facettes de sa personnalité au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR28	Le répondant a senti qu'il est bon pour gérer les responsabilités de son quotidien au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR29	Le répondant a senti qu'il a des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR30	Le répondant a senti qu'il vit des expériences qui le poussent à grandir et à devenir une meilleure personne au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR31	Le répondant s'est senti capable de penser ou d'exprimer ses propres idées et opinions au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	
MR32	Le répondant a senti que sa vie à un but ou une signification au cours du dernier mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	

Voici également les variables qui seront inclus dans le tronc commun (tableau 4). Ces variables sont principalement issues d'autres questionnaires déjà utilisés lors d'enquêtes québécoises, canadiennes et européennes récentes et dont la qualité est reconnue du milieu scientifique. La majorité de ces variables sont des variables permettant d'établir un profil sociodémographique ou un profil de santé de base pour chaque participant. Tous les chercheurs sur ce projet de recherche auront accès aux variables du tronc commun. L'intérêt de ce tronc commun est de pouvoir effectuer des croisements entre les variables proposées par les chercheurs et certaines de ces variables permettant de mieux caractériser les sous-groupes de la population ayant des caractéristiques de santé, et donc des besoins de santé variables nécessitant des interventions spécifiques. On peut trouver ces variables dans leur contexte original dans le questionnaire annexé au protocole de recherche (annexe 3).

Tableau 4.
Les variables du tronc commun contenues dans l'ESPE 2022

Code de la variable	Questions/Intitulé de la variable	Type de variable	Nature de la variable	Type de question	Choix de réponse
Niveau 1 (Individus)					
Tronc commun – Habitudes de vie – Tabac, alcool et cannabis					
TC 13	Une centaine de cigarettes ou plus consommé au cours de sa vie	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC 14	Fréquence actuelle de consommation de cigarettes	Catégorique	Ordinale	Fermée	Tous les jours / À l'occasion / Jamais / NSP / NRP
TC 14B	Le répondant a déjà utilisé une essayé une cigarette électronique	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC 14C	Fréquence actuelle de consommation de cigarette électronique	Catégorique	Ordinale	Fermée	Tous les jours / À l'occasion / Jamais / NSP / NRP
TC 18A	Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC 18B	Fréquence de consommation de 5* verres d'alcool ou plus au cours des 12 derniers mois (*Question conditionnelle au sexe, 4 verres d'alcool pour les femmes)	Catégorique	Nominale	Fermée	Jamais / Moins d'une fois par mois / Une fois par mois / Deux à trois fois par mois / Une fois par semaine / Plus d'une fois par semaine / NSP / NRP
TCER 12	Fréquence de consommation de cannabis (marijuana, haschich, huile de haschich ou autres produits dérivés) au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Ordinale	Fermée	Jamais / Moins d'un jour par mois / 1 jour par mois / 2 à 3 jours par mois / 1 ou 2 jours par semaine / 3 ou 4 jours par semaine / 5 ou 6 jours par semaine / Tous les jours / NSP / NRP
Tronc commun – Maladies chroniques et facteurs de risques associés					
TC17	Nombre de portions de fruits ou de légumes consommés quotidiennement	Numérique	Ordinale	Fermée	Moins de 2 / 2 / 3 / 4 / Cinq ou plus / NSP / NRP
TC19taille	Taille en pieds et pouces ou en mètre	Numérique	Continue	Fermée	x
TC20poids	Poids en livres ou en kilogrammes	Numérique	Continue	Fermée	x
TC22	Le répondant est asthmatique	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC23	Le répondant est hypertendu	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC24	Le répondant est atteint de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC25	Le répondant est atteint de diabète	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC26	Le répondant est atteint d'une maladie cardiaque	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC29	Le répondant est atteint d'un trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC30	Le répondant est atteint d'un trouble d'anxiété, tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique?	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
Tronc commun – Accès aux services de santé					
TC31	Accès à médecin de famille	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
Tronc commun – Caractéristiques socio-démographiques					
TC3	Code postal de la résidence principal	Alphanumérique	Discrète	Fermée	xxx xxx / NRP
TC4	Municipalité de résidence	Catégorique	Nominale	Fermée	Municipalité / NRP
TC34	Langue plus souvent parlé à la maison	Catégorique	Nominale	Fermée	Français/Anglais/Autre
TC5	Année de naissance	Numérique	Discrète	Fermée	AAAA/NSP/NRP
TC8A	Nombre de personnes qui habitent dans le foyer	Numérique	Discrète	Fermée	N
TC6	Nombre de personne de 5 ans et moins dans le foyer	Numérique	Ordinale	Fermée	0/1/2/3/4/5 et plus / NSP / NRP
TC7	Nombre de personne de 6 à 17 ans dans le foyer	Numérique	Ordinale	Fermée	0/1/2/3/4/5 et plus / NSP / NRP
TC9	Composition du foyer	Catégorique	Nominale	Fermée	Couple/Famille monoparentale/ Autres/NSP/NRP
TC1	Appartenance du logement	Catégorique	Nominale	Fermée	Propriétaire / Locataire / NSP / NRP
TC12	Auto évaluation de la santé	Catégorique	Nominale	Fermée	Excellente / Très bonne / Bonne / Passable / Mauvaise / NSP / NRP
TC32	Sexe à la naissance	Catégorique	Nominale	Fermée	Masculin / Féminin / NSP / NRP
TC33	Genre actuel	Catégorique	Nominale	Fermée	Homme / Femme / Autre / NSP / NRP
TC35	Né au Canada	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC36	Nombre d'année vécu au Canada	Catégorique	Ordinale	Fermée	Moins de 4 ans / De 5 à 9 ans / 10 ans et plus / NSP / NRP
TC37	Appartenance à une minorité visible	Catégorique	Nominale	Fermée	Oui / non / NSP / NRP
TC38	Plus haut niveau de scolarité complété	Catégorique	Nominale	Fermée	Aucun / Diplôme d'études secondaire (ou l'équivalent) / Diplômes d'études professionnelles (DEP, Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers) / Diplôme d'études collégiales (diplôme d'un collège, cégep ou autre établissement non universitaire) / Diplôme d'études universitaires (Certificat, diplôme ou grade universitaire) / Autre / NSP / NRP
TC10	Occupation principale au cours des 12 derniers mois	Catégorique	Nominale	Fermée	Travailleur(e) à temps plein (30 heures par semaine et plus) / Travailleur(e) à temps partiel / Étudiant(e) / Retraité(e), Semi-retraité(e) ou rentier(ère) / Personne tenant maison / Prestataire d'assurance-emploi / Prestataire d'aide sociale (sécurité du revenu) / Semi-retraité / NSP / NRP
TC39	Revenu total approximatif du ménage en 2021 avant déduction d'impôts	Catégorique	Nominale	Fermée	Moins de 19 999 \$ / 20 000 \$ à 39 999 \$ / 40 000 \$ à 59 999 \$ / 60 000 \$ à 79 999 \$ / 80 000 \$ à 99 999 \$ / 100 000 \$ et plus / NSP / NRP
Niveau 2 (géographique)					
RLS	Territoire de RLS où est localisée la communauté de résidence (un des neuf territoires de RLS en Estrie)	Catégorique	Nominale	Fermée	Pommerai, Haute-Yamaska, Memphrémagog, Val-St-François, Coaticook, Sherbrooke, Haut-St-François, Des Sources, Granit
Arrondissement	Arrondissement de la ville de Sherbrooke	Catégorique	Nominale	Fermée	Brompton, Fleurimont, Lennoxville, Mont-Bellevue, Rock Forest–Saint-Élie–Deauville, Jacques-Cartier,

7. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Cette enquête transversale portant sur diverses problématiques de santé publique estriennes sera d'abord réalisée par téléphone (avec la possibilité de répondre en complétant un questionnaire sur en ligne internet). Lorsqu'un individu sera jugé admissible à la passation du questionnaire et qu'il exprimera verbalement son accord pour participer à l'étude, l'intervieweur de la maison de sondage chargé de la collecte des données lui posera dans l'ordre les questions du questionnaire français ou anglais annexé à ce protocole de recherche. En plus d'aborder les problématiques de santé publique énumérées dans ce protocole de recherche, l'enquête inclura des questions sur les caractéristiques sociodémographiques, telles que le revenu, l'éducation, le statut d'immigration et le lieu de résidence, ce qui permettra d'estimer l'ampleur des inégalités sociales et géographiques et des problématiques de santé publique examinées. En se basant sur l'expérience d'enquêtes antérieures, les taux de non-réponse partiels pour les questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques devraient tous être inférieurs à 2 % (sauf pour le revenu qui pourrait afficher un taux de non-réponse plus élevé).

8. COLLECTE DES DONNÉES

Toutes les données issues de la passation du questionnaire (français ou anglais) seront collectées par les intervieweurs de la firme de sondage embauchée à l'aide d'un système d'entrevue téléphonique assisté par ordinateur. Le personnel des firmes de sondage professionnel reçoit une formation sur les techniques de collecte de données par sondage ainsi qu'une formation spécifique sur chaque questionnaire d'enquête. Tous les membres de l'équipe de terrain sont en conséquence au fait des procédures de collecte de données et des règles éthiques liées à la passation d'un questionnaire téléphonique. Chaque intervieweur signe un engagement à la confidentialité. De plus, toutes les entrevues seront réalisées sous supervision constante. Un système d'enregistrement intégral des entrevues permet à l'équipe de supervision un contrôle total sur la qualité de la collecte.

Les questions seront énoncées en respectant à la lettre les formulations et l'ordre établi dans le questionnaire d'enquête annexé à ce protocole de recherche (annexe 3). Le temps de passation du questionnaire est estimé à 15 à 20 minutes. Un prétest du questionnaire sera également effectué auprès de 20 personnes choisies aléatoirement parmi la population à l'étude par la firme de sondage embauchée, afin de s'assurer que la formulation des questions ne pose aucun problème de compréhension par les répondants.

Finalement, l'entrée des données dans un fichier comptable en format SPSS sera effectuée par la firme de sondage embauchée pour la collecte de données. Étant donné les efforts considérables qui seront déployés lors du recrutement des sujets ainsi que lors de l'organisation, de la conduite et de l'analyse des données, les données de ce projet de recherche seront conservées et potentiellement réutilisées dans le cadre d'études connexes.

9. ANALYSE DES DONNÉES

9.1 Pondération

Afin de minimiser le biais de non-réponse, les données d'enquête seront pondérées afin de s'assurer que la distribution des répondants soit conforme à celle de la population visée par l'enquête. La pondération consiste à attribuer à chaque répondant un poids qui correspond au nombre d'individus qu'il représente dans la population visée. Ce poids est défini par l'inverse de la probabilité d'être sélectionné. Dans le cas des adultes de notre échantillon, nous leur donnerons comme poids le nombre d'adultes du ménage (inverse de la probabilité de sélection au deuxième degré du plan d'échantillonnage), multiplié par le nombre total d'adultes de la strate, divisé par le nombre moyen d'adultes dans les ménages sondés.

L'étape suivante de la pondération sera la vérification de la représentativité de l'échantillon pondéré à la première étape en fonction du plan d'échantillonnage. Nous nous assurerons tout au moins de la représentativité de l'échantillon en fonction du sexe, de l'âge et de la langue parlée à la maison. Les statistiques requises par strate seront fournies par la DSPu. En réalité, nous incluons déjà la pondération âge/sexe à même la pondération pour le plan d'échantillonnage, en extrapolant à la population de chacune des cellules *âge* et *sexe* de chacune des strates le nombre de répondants pondérés par la taille du ménage. Cette approche permet une pondération conjointe plus précise que seulement une pondération a posteriori sur l'âge et le sexe. Nous nous assurerons ainsi de la juste représentation de chacun des deux sexes pour chacun des groupes d'âge à l'intérieur de chacune des strates.

9.2 Objectif 1

Estimer la prévalence en Estrie des issues et des déterminants de santé

Les données brutes seront tout d'abord examinées, validées puis transformées au besoin (*e.g.* transformation de la variable continue « âge » en variable catégorielle). La prévalence de chaque problématique de santé publique contenue de l'ESPE 2018 sera mesurée en Estrie, à Sherbrooke et ailleurs en Estrie, pour chaque territoire de RLS en Estrie et pour chaque arrondissement de la Ville de Sherbrooke.

9.3 Objectif 2

Examiner l'ampleur des inégalités sociales de santé en Estrie, en comparant la prévalence des issues et des déterminants de santé en fonction d'indicateurs sociaux et géographiques

Chaque problématique de santé publique contenue dans l'ESPE 2022 sera mise en relation avec chaque variable indépendante de niveau 1 (individuelle) et de niveau 2 (liée au lieu de résidence géographique), identifiée dans le tableau 4 de la section 6.1 de ce protocole de recherche. De plus, différentes mesures servant à synthétiser les inégalités sociales et géographiques en Estrie seront produites (*e.g.* ratio de prévalence, différence de prévalence, risque attribuable dans la population, Kunst & Mackenbach, 1994). Des analyses de régression logistique multivariée ou multiniveau réalisées à l'aide du logiciel SPSS permettront en outre d'examiner les associations entre la position sociale (ou géographique) d'une part, et différentes problématiques de santé publiques, d'autre part, à l'aide de ratio de cotes, en tenant compte de variables de contrôle de base, telles que l'âge et le sexe.

En outre, chaque co-chercheur pourra, à partir des données qui lui seront fournies (données du tronc commun et celles tirées de son bloc de questions), examiner différentes relations bivariées et multivariées en lien avec ses hypothèses de recherche.

10. LIMITES DE L'ÉTUDE

Des biais peuvent survenir à différentes étapes de la recherche et entacher la validité interne et externe de l'étude.

10.1 Biais de sélection

Un biais de sélection occasionné par la nature même du sondage téléphonique pourrait survenir (Kempf & Remington, 2007). Par exemple, en raison du biais potentiel de non-couverture (*i.e.* exclusion des personnes ne possédant pas de ligne téléphonique), la prévalence de certaines problématiques de santé publique pourraient être sous-estimées, particulièrement chez les résidents de quartiers défavorisés (Blumberg & Luke, 2009). La pondération des données réduira toutefois ce biais de sélection.

Un taux de réponse sous-optimal pourrait aussi engendrer un biais de sélection. On observe en effet depuis quelques décennies un déclin continu des taux de réponse des enquêtes téléphoniques. Des chercheurs du domaine social ont toutefois conclu, à l'aide d'une revue de littérature, que des taux de réponse supérieurs à 50 % étaient adéquats (Grove, 2006). Le taux de réponse n'est cependant qu'un indicateur parmi d'autres de la qualité des données. Un autre indicateur majeur est la différence entre les répondants et les non-répondants à l'égard des variables d'intérêts. En localisant les sujets à l'aide de leur numéro de téléphone, des chercheurs américains n'ont cependant pas observé de différences significatives au niveau des caractéristiques socioéconomiques du quartier de résidence, entre les répondants et les non-répondants d'un sondage téléphonique lié à différentes problématiques de santé publique (Lee, Brown, Grant, Belin, & Brick, 2009).

10.2 Biais d'information

Des biais d'information liés aux personnes interviewées peuvent également survenir si le répondant au questionnaire ne connaît pas ou peu certaines des problématiques de santé publique (e.g. maladie de Lyme) dans notre enquête. Par ailleurs, de par la nature sensible de certaines questions (e.g. problèmes de santé mentale), il est possible que certaines prévalences soient sous-estimées en raison d'un biais de désirabilité sociale.

Des biais liés à l'intervieweur peuvent aussi survenir. Toutefois, l'embauche d'une firme de sondage indépendante, professionnelle et expérimentée en matière d'enquêtes de santé permet de minimiser ce risque, en ce sens où les intervieweurs qui y travaillent reçoivent des formations spécifiques visant la réduction de ce genre de biais potentiel.

10.3 Validité externe

Enfin, des limites concernant la possibilité de généraliser les résultats à d'autres populations existent. Le fait que notre échantillon soit uniquement constitué d'adultes demeurant en ménage privé en Estrie rendra en effet difficile l'extrapolation de nos estimés aux enfants et aux adolescents, aux adultes en ménages collectifs, ainsi qu'aux individus demeurant à l'extérieur de la région socio sanitaire de l'Estrie.

11. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les procédures suivantes permettront d'assurer la confidentialité et la sécurité des données recueillies dans le cadre du présent projet de recherche.

En premier lieu, tous les participants admissibles à l'ESPE seront adéquatement informés de l'étude et seront libres d'accepter ou non de participer. Un temps de réflexion adéquat sera accordé à chaque individu à cet égard. Si un individu souhaite participer à l'ESPE, la passation du questionnaire se fera sur une base anonyme sans que l'on connaisse le nom du dit participant. Tous les participants recevront un identifiant numérique qui sera inscrit dans la base de données. Il ne sera en aucun cas possible de savoir à quel numéro correspond quel individu. La base de données sera conservée sous clé, avec un accès limité à la chercheuse principale de cette étude pour la durée du projet. Les données seront conservées pour une durée de 25 ans après la fin de l'étude. Nous ne prévoyons aucune compensation financière pour la participation à cette étude.

À la fin du questionnaire, les participants se verront poser une question de consentement afin d'être ultérieurement contacté pour participer à un projet de cohorte de la Faculté de médecine et des sciences de la santé. Les questions inclues l'acceptation d'être recontacté afin d'être sollicité pour participer à d'autres projets de recherche. L'annexe 3 comprend les questions de consentement précises qui seront posées.

Si un individu décide de devenir participant à l'ESPE, le seul inconvénient qu'il subira est celui de prendre 15 à 20 minutes de son temps pour répondre aux questions de l'enquête. Il est peu probable qu'un individu expérimente de la gêne ou de la peur concernant le jugement d'autrui puisque les questions, posées par des intervieweurs expérimentés, sont majoritairement peu invasives et sont faites sur une base anonyme, ainsi que par voie téléphonique ou sur le Web uniquement. De plus, les intervieweurs recevront la directive d'orienter le participant vers Info-Santé s'ils perçoivent quelconque détresse ou stress. Cette instruction se trouve à la fin du questionnaire disponible dans l'annexe 3. En regard de ces risques minimes, nous croyons que les bénéfices anticipés supplantent largement les risques énoncés.

12. RETOMBÉES ANTICIPÉES

Par ce projet, nous cherchons à développer la surveillance régionale et locale des problématiques de santé publique en Estrie. Les conclusions de ce projet contribueront donc à mieux planifier les services de santé offerts en Estrie, et ce, en portant une attention particulière aux besoins des sous-groupes les plus désavantagés de cette population.

Une meilleure compréhension de la distribution des problématiques de santé publique à travers les strates sociales et géographiques permettra de mieux identifier les populations à cibler de manière prioritaire et d'adapter les interventions de santé publique en fonction de leurs réalités, ce qui contribuera à la réduction des inégalités sociales en Estrie.

Les collaborations qui se développeront entre la DSPu et les différents chercheurs associés aux thématiques retenues seront aussi profitables à l'avancement de ce projet, mais également à d'éventuels projets de recherche conjoints. Finalement, les partenariats qui se développeront naturellement entre les chercheurs sur ce projet de recherche contribueront aussi au rayonnement de la recherche universitaire en Estrie. Les précédentes éditions de l'ESPE ont permis, entre autres, l'obtention de subventions, le recrutement d'étudiants, des présentations scientifiques, etc. Une liste des rayonnements issus des ESPE 2018 et 2014 se trouve dans l'annexe 1 et l'annexe 2, respectivement.

13. DIFFUSION DES RÉSULTATS

La diffusion des résultats issus du présent projet de recherche se fera à travers différentes stratégies de dissémination, notamment :

STRATEGIE 1 : Implication des partenaires

Les résultats préliminaires de cette étude seront rapidement divulgués aux partenaires régionaux et locaux de santé publique dans le but de les informer des données relatives à la prévalence des problématiques étudiées, ainsi que de susciter leur intérêt pour un éventuel rapport plus détaillé. Ensuite, un portrait régional plus exhaustif des problématiques de santé publique en Estrie sera réalisé. Les principaux constats en lien avec ce portrait de santé régional seront présentés oralement lors de rencontres impliquant des partenaires, en mettant l'accent sur les partenaires régionaux qui seront particulièrement intéressés par les résultats obtenus.

STRATEGIE 2 : Campagne médiatique

Lors de la sortie du portrait régional, un communiqué de presse sera émis afin d'informer et de sensibiliser la population aux principales problématiques de santé publique en Estrie, ainsi que les inégalités sociales et géographiques qui en découlent. Des entrevues par la chercheuse principale de ce projet de recherche seront accordées aux médias régionaux et locaux qui le souhaiteront.

STRATEGIE 3 : Partage avec la communauté scientifique

En plus d'être partagés avec l'équipe régionale de surveillance de la DSPu, les résultats obtenus pourront faire l'objet de présentation lors de congrès scientifiques d'envergure provinciale (*e.g.* Journées annuelles de santé publique), nationale ou internationale (*e.g.* American Public Health Association Meeting).

STRATEGIE 4 : Rédaction d'articles scientifiques

Différents articles scientifiques seront soumis pour publication dans des revues internationales avec comités de pairs.

14. ÉCHÉANCIER

Échéancier prévu pour la conduite du projet :

La première phase du projet s'étale sur une période de 26 mois et a débuté en janvier 2022.

Janvier 2022

1. Production du cahier des charges pour retenir les services d'une firme de sondage (DAL)

Février 2022

2. Présentation de l'ESPE 2022 auprès des membres du comité de direction
3. Présentation de l'ESPE 2022 auprès des membres du comité de gestion

Mars - avril 2022

4. Suggestions de thématiques de la part des différentes équipes de la DSPublique

Avril - mai 2022

5. Mettre sur pied un comité de sélection avec représentation des différents services de la DSPublique

Mai 2022

6. Sélection de thématiques retenues - Comité de sélection
7. Annonce des thématiques retenues aux employés de la direction
8. Sélection des chercheur(e)s en fonction des thématiques retenues

Mai - juin 2022

9. Conception de l'instrument de mesure (tronc commun et thématiques)

Juin - juillet 2022

10. Procéder à l'appel d'offre et sélectionner la firme de sondage (affichage 21 jours minimum)
11. Analyse des formulaires et choix de la firme retenue

Août - septembre 2022

12. Échanges avec la firme de sondage pour la complétion du questionnaire (dont la traduction de quelques questions)

Septembre - octobre 2022

13. Dépôt de la modification du projet de recherche au comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.
14. Obtention de l'autorisation pour débiter la recherche
15. Promotion de l'enquête (publicité radio et réseaux sociaux)
16. Pré-test des entrevues téléphoniques et web

Octobre 2022 - janvier 2023

17. Collecte de données auprès des répondants estriens par la maison de sondage embauchée

Février 2023

18. Production des tableaux et rédaction préliminaires des résultats par la firme de sondage
19. Livraison des fichiers et des rapports finaux par la firme de sondage

Mars 2023

20. Validation et nettoyage de la banque de données
21. Analyse des données par les professionnels de l'équipe de surveillance
22. Début d'une période d'embargo à des fins de publication scientifique (excluant la diffusion des données issues de l'enquête par la DSPE à des fins d'information sociosanitaires pour le réseau de santé et de services sociaux estrien).

Juin 2023

23. Diffusion des résultats
24. Production et présentation des faits saillants par RLS

Juillet – août 2023

25. Production d'un suivi annuel du projet ESPE pour le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Février 2024

26. Production d'un suivi annuel du projet ESPE pour le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
27. Fin de l'embargo. Accessibilité à l'ensemble de la banque de données.

15. BUDGET

Notons que 100 % du budget issu du PSSP sera consacré à l'embauche d'une firme de sondage professionnelle pour la collecte de données auprès des répondants estriens. Si cela se présente, le solde disponible serait réservé pour des besoins de recherche en santé publique au cours de la présente année fiscale. À noter qu'il n'y a pas de déboursé demandé aux chercheurs estriens pour participer à cette enquête. Finalement, la directrice de santé publique se réserve le droit d'utiliser les sommes résiduelles et à venir dans le cadre du PSSP pour des besoins discrétionnaires respectant la vision du PSSP.

16. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aenishaenslin, C., Bouchard, C., Koffi, J. K., & Ogden, N. H. (2017). Exposure and preventive behaviours toward ticks and Lyme disease in Canada: Results from a first national survey. *Ticks and Tick-Borne Diseases*, 8(1), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2016.10.006>
2. Aenishaenslin, C., Bouchard, C., Koffi, J. K., Pelcat, Y., & Ogden, N. H. (2016). Evidence of rapid changes in Lyme disease awareness in Canada. *Ticks and Tick-Borne Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2016.09.007>
3. Alang, S. M. Sociodemographic disparities associated with perceived causes of unmet need for mental health care. *Psychiatr. Rehabil. J.* 38, 293–299 (2015).
4. Bélanger, S. et al. Faire ensemble et autrement: plan d'action en santé mentale 2015-2020. (2016).
5. B.I.P. (2016). Rapport méthodologique de l'Enquête de santé populationnelle estrienne 2014-2015 CIUSSS de l'Estrie.
6. Blumberg, S.J., & Luke, J.V. (2009). Reevaluating the need for concern regarding noncoverage bias in landline surveys. *American Journal of Public Health*, 99, 1806-1810.
7. Campbell-Sills, L., Forde, D.R., & Stein, M.B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1007-1012.
8. Direction de la santé publique de l'Estrie (2022). Bulletin Vision Santé publique, Numéro 63, mai 2022. Disponible sur : https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Bulletin-vision/2022/63_Vision_sante_publique_Maladie_Lyme.pdf (consulté le 8 septembre 2022).
9. Fansi, A. & Jehanno, C. Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet 2. (2015).
10. Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap' (MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, 21(235), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003>
11. Gardner, P. J. (2011). Natural neighborhood networks—Important social networks in the lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies*, 25(3), 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.007>
12. Groves, R.M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly*, 70, 646-675.
13. Hudon, C., Courteau, J., Krieg, C. & Vanasse, A. Factors associated with chronic frequent emergency department utilization in a population with diabetes living in metropolitan areas: a population-based retrospective cohort study. *BMC Health Serv. Res.* 17, (2017).
14. INSPQ (2022). Portrait de la consommation d'alcool au Québec et au Canada. Site de l'INSPQ. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/portrait-de-la-consommation-alcool-au-canada-et-au-quebec#:~:text=L'alcool%20est%20de%20loin,au%20Canada%20et%20au%20Qu%C3%A9bec> (consulté le 8 septembre 2022).
15. Institut de la statistique du Québec (2021). Enquête québécoise sur le Cannabis (EQC), rapport de l'onglet plan national de surveillance produit par l'infocentre de santé publique à l'INSPQ. Extrait le 19 août 2022.
16. Institut de la statistique du Québec (s. d.). Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP). Disponible sur : <https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/realisees/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-eqsp> (consulté le 24/08/2022).
17. Institut de la statistique du Québec. (2022). Les personnes proches aidantes au Québec en 2018. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/personnes-proches-aidantes-quebec-2018>
18. Kempf, A.M., & Remington, P.L., 2007. New challenges for telephone survey research in the twenty-first century. *Annual Review of Public Health*, 28, 113-126.
19. Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539.
20. Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95.
21. Kunst, A.E., & Mackenbach, J.P., 1994. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: World Health Organization regional office for Europe
22. L'Appui pour les proches aidants d'aînés. (2016). Portrait démographique des proches aidants d'aînés au Québec. L'Appui.
23. Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : Définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114-127. <https://doi.org/10.1177/000841740807500207>

24. Lee, S., Brown, R., Grant, D., Belin, T.R., & Brick, M., (2009). Exploring nonresponse bias in a health survey using neighbourhood characteristics. *American Journal of Public Health*, 99, 1811-1817.
25. Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., & Payette, H. (2011). Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults : Results from the VoisiNuAge Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 1979-1986.
26. Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, É., Castonguay, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S., & Tremblay, L. (2021). Scoping study of definitions of social participation : Update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and Ageing*.
27. Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature : Proposed taxonomy of social activities. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2141-2149.
28. Link, M. W. (2009). *Proceedings of the Sixty-Fourth Annual Conference of the American Association for Public Opinion Research*.
29. Michaud-Tétreault, J. (2021). *Multimorbidité et statut socioéconomique: Exploration de la contribution du sentiment de cohérence aux inégalités sociales de santé (Doctoral dissertation, Université de Sherbrooke)*. Disponible sur : https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/18251/Michaud_Tetreault_Julien_MSc_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 25 août 2022).
30. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2022). *Maladie de Lyme : Risque d'infection post piqûre et prophylaxie postexposition*. Disponible sur : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/zoonoses/maladie-lyme/risque-d-infection-post-piqure-et-prophylaxie-postexposition/> (consulté le 8 septembre 2022).
31. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2019). *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés - Intervention préventive relative aux ITSS*. Publications du ministère de la santé et des services sociaux. Disponible sur : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000098/?&txt=infections%20transmissible&msss_valpub&date=DESC (consulté le 25 août 2022).
32. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Programme national de santé publique 2015-2025*. Québec: Msss, Direction des Communications, 2015.
33. Organisation mondiale de la santé. *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance]*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020.
34. Organisation mondiale de la santé (2020). « L'OMS lève le voile sur les principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde : 2000-2019 », communiqué de presse. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019> (Consulté le 25 août 2022).
35. Raina, P., Wolfson, C., Kirkland, S., Griffith, L. E., Balion, C., Cossette, B., Dionne, I., Hofer, S., Hogan, D., & Van Den Heuvel, E. (2019). Cohort profile : The Canadian longitudinal study on aging (CLSA). *International journal of epidemiology*, 48(6), 1752-1753j.
36. Rolf, J., Masten, A.S., & Cichetti, D. (1993). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge University Press.
37. Roy, M., & O'Neill, M. (2012). *La salutogénèse: Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. 109 p. ISBN 978-2-7637-9683-3.
38. Salmon, J., Owen, N., Crawford, D., Bauman, A., & Sallis, J.F. (2003). Physical Activity and Sedentary Behavior: A Population-Based Study of Barriers, Enjoyment, and Preference. *Health Psychology*, 22(2), 178-188.
39. State Farm. (2017). *Drug Impaired Driving Survey*. Site web de State Farm. Disponible sur : <http://www.multivu.com/players/English/8083051-state-farm-driving-marijuana/> (consulté le 18 août 2022).
40. Statistique Canada. (s. d.). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes—Vieillesse en santé (ESCC)*. Disponible sur : http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2#b3 (consulté le 24 août 2022).
41. Statistique Canada. (2009). *Exactitude et qualité des données*. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13f0026m/2007001/ch5-fra.htm#:~:text=Les%20estimations%20dont%20les%20coefficients,taille%20est%20inf%C3%A9rieure%20%C3%A0%2025> (consulté le 8 septembre 2022).
42. Weber, P., Noreau, L., & Fougeyrollas, P. (2004). L'évaluation de la participation sociale et de la situation de handicap en travail social. *Handicap-Revue de sciences humaines et sociales*, 103, 1-23.

17. ANNEXES AU PROTOCOLE DE RECHERCHE

Annexe 1 : Retombées de l'ESPE 2018

Annexe 2 : Retombées de l'ESPE 2014

Annexe 3 : Questionnaire version française

Annexe 4 : Questionnaire version anglaise

Annexe 5 : Convention entre la Direction de santé publique et les chercheurs pour l'ESPE 2022