

## ENQUÊTE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ESTRIENNE (ESPE) 2018

### PROTOCOLE DE RECHERCHE

8 décembre 2017

#### Chercheure principale

**Mélissa Généreux, 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**, UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**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

**Marie-Claude Ouimet, PhD**, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

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

**Marie-France Langlois, MD**, Service d'endocrinologie, Hôpital Fleurimont, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

**Alain Vanasse, MD, PhD**, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Félix Berrigan, PhD**, Département de kinanthropologie, Faculté des sciences de l'activité physique, Université de Sherbrooke

**France St-Hilaire, PhD**, École de gestion, Université de Sherbrooke

**Mélanie Couture, PhD**, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Chantal Camden, PhD**, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Sylvain Bourdon, PhD**, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

#### Co-chercheurs

Mélissa Généreux, Bernard Michallet, Yves Couturier, Bengt Lindström, Danielle Maltais

Magali Dufour, David-Martin Milot, Eva Monson, Mélissa Généreux

Catherine Bouchard, François Milord, Geneviève Baron

Jean-Patrice Baillargeon

Alan Cohen, Catherine Hudon, Thomas Poder, Pasquale Roberge

Sylvain Turcotte, Étienne Pigeon, Marie-Pier Houde, Eve Morency

Robert Simard

Irma Clapperton, Josianne Bergeron, Elyse Dion

Anne Lessard

#### Coordonnateur de l'Enquête de santé populationnelle estrienne

**Michel Des Roches, 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. 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 souhaite 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. Cette deuxième enquête visera à examiner la prévalence de divers enjeux de santé pertinents à la région ainsi que l'ampleur des iniquités dans ces indicateurs en s'appuyant sur le Plan d'action régional 2016-2020.

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 mondes 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. L'originalité de cette enquête tient également au fait que son contenu continue d'être déterminé par voie de concours auprès des chercheurs de la région de l'Estrie. Afin de stimuler la recherche en santé publique, la DSPu a en effet lancé un concours d'appels de proposition à la fin de l'année 2017 auprès des chercheurs de la région (voir annexe 1 pour lire l'appel d'offre effectuée à la communauté scientifique), afin que ceux-ci puissent soumettre leurs propres questions à intégrer à cette enquête de santé populationnelle d'envergure, nommée *Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE) 2018*. Bien sûr, ces questions devaient être en lien avec l'une ou l'autre des axes décrit ci-haut du Plan d'action régional de santé publique. 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 de l'ESPE 2014 démontrent la plus-value de ces enquêtes ainsi que les écarts auxquels elles répondent. Une liste d'exemples non-exhaustive des réponses sur la santé des estriens obtenues grâce à l'ESPE 2014 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. L'Annexe 5 énumère les retombées de l'ESPE 2014.

C'est dans cette optique spécifique que certaines thématiques de santé, d'abord identifiées par les chercheurs ayant répondu à l'appel d'offre de la DSPu aux fins de constitution de l'ESPE 2018, et ensuite sélectionnées par un comité scientifique interne à la DSPu sur la base de leur congruence avec son Plan d'action régional, ont été priorisées. L'examen approfondi de ces thématiques de santé permettra aux intervenants de la DSPu, ainsi qu'aux chercheurs estriens, 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.

### 2.1 Développement global des enfants et des jeunes

#### 2.1.1 Développement global

Il est reconnu que les expériences négatives en termes de santé et de bien-être des enfants ont un impact sur leur santé à long terme et leur parcours de vie. Promouvoir les facteurs de protection permettrait de réduire de 38% les grossesses à l'adolescence, de 16% le tabagisme, de 14% la mauvaise alimentation et de 52% le taux de

violence (Bellis et al, 2014). Les investissements au cours de la petite enfance sont susceptibles de générer des économies dans différents secteurs, dont celui de la santé (CSBE, 2008). Toutefois, il existe peu de données populationnelles permettant de dresser un portrait des différents déterminants de la santé des enfants, et de faire le lien entre ces déterminants et le développement des enfants. Ces informations sont nécessaires afin de suivre le développement des enfants et de développer un plan d'action intégrant la promotion du développement des enfants et les facteurs de protection.

Les familles sont en mesure de reconnaître les difficultés de leur enfant mais ont fréquemment de la difficulté à accéder aux ressources pouvant les soutenir (Missiuna et al., 2006). L'accès aux milieux de vie, aux services de santé et communautaires est un enjeu important pour soutenir tous les parents afin de les conseiller, détecter précocement des problèmes et en assurer le suivi. Dans une perspective de santé publique, il est primordial d'obtenir un tel portrait de l'état du développement de l'enfant en se basant sur les 5 sphères reconnues (Gouvernement du Québec, 2003). Ainsi, nous pourrions agir selon la perspective d'universalisme proportionnée, soit pour soutenir les parents des enfants ayant un développement normal, pour agir auprès des enfants qui inquiètent par des activités de stimulation et pour offrir des services adaptés aux besoins diagnostiqués dans une meilleure intégration des actions familiales et communautaires.

### **2.1.2 Développement scolaire et littéraire**

Le lien entre l'éducation et la santé publique a été bien documenté (Greenberg, Domitrovish, Weissberg & Durlak, 2017 ; Hahn & Truman, 2015). L'Organisation mondiale de la santé reconnaît que les actions de promotion de la santé et de prévention contribuent à améliorer la réussite scolaire, de même que la réussite scolaire contribue à l'amélioration de la santé de l'élève. L'obtention d'un diplôme est notamment associée à une amélioration des conditions de vie, de l'état de santé et de l'espérance de vie. L'éducation est aussi fortement influencée par le développement territorial. De nombreuses études ont démontré l'influence du territoire et de la communauté d'appartenance sur la scolarisation des jeunes (Perron & Veillette, 2012 ; Perron, Veillette & Morin, 2013). Le niveau de valorisation de l'école ou de l'éducation par l'ensemble de la communauté se retrouve parmi un des facteurs de risque du décrochage scolaire. L'influence de l'environnement social sur la culture de la réussite dépasse donc le cadre de la famille. Le consensus émerge ainsi entre les chercheurs à l'effet que la question de la persévérance scolaire des jeunes doit être partagée et portée par l'ensemble des acteurs d'une communauté. Il est donc pertinent de connaître dans quelle mesure les acteurs de la communauté soutiennent la persévérance et la réussite des élèves et dans quelle mesure ils se sentent compétents à offrir du soutien. De façon plus particulière pour les parents, les études de Blondal et Adalbjarnardottir (2009) et Parr et Bonitz (2015) ont démontré qu'une faible participation parentale à l'école permet de prédire le décrochage scolaire. Abar et al., (2012) ainsi que Jeynes (2007) ont démontré que le soutien des parents contribue de façon significative à augmenter la réussite de leurs enfants. Cependant, nous avons peu d'information en Estrie sur la répartition d'autres déterminants plus spécifiques au développement des enfants, tels que le nombre de livre à la maison ou l'appréciation des moyens de communication avec l'école en fonction des diverses communautés. Nous savons également qu'il existe un lien entre ces déterminants de la santé publique et le développement des enfants. Le Québec a d'ailleurs un retard considérable comparés aux autres états de l'OCDE dans la promotion de la littératie comme facteur de promotion du développement de l'enfant (Nanhou et al, 2016; OCDE, 2010).

## 2.2 Adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires

### 2.2.1 Temps d'écran

Dans les dernières années, l'accessibilité grandissante aux nouvelles technologies, plus particulièrement aux écrans de télévisions, d'ordinateurs, de tablettes, de téléphones intelligents et de consoles de jeux vidéo, a changé le quotidien de plusieurs familles (Kabali, et al., 2015). Aux États-Unis, le taux d'utilisation des médias mobiles est passé de 39 % à 80 % entre 2011 et 2013 chez les enfants de deux à quatre ans. Les recherches traitant des effets des écrans sur le développement, l'apprentissage et la vie familiale des enfants et adolescents ont aussi connu une hausse, mais beaucoup moins rapide que l'accessibilité à ces écrans et à leur utilisation. De ce fait, les chercheurs et les intervenants en santé publique accusent un certain retard en ce qui concerne la saine gestion des écrans et à leurs répercussions sur la santé et ce, tant chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte (Deal et al., 2010). Des recommandations sont proposées quant à la durée d'utilisation des écrans pour la plupart des pays. Plusieurs chercheurs questionnent les fondements sous-jacents à ces recommandations alors que les écrans occupent une place centrale dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents (Houghton et al., 2015). Les chercheurs et les intervenants en santé publique doivent maintenant considérer les différents facteurs qui affectent le temps d'écran, comme le sexe et l'âge des enfants ainsi que le statut socioéconomique et l'éducation des parents. Aujourd'hui, la question qui se pose est : « *Est-il préférable de limiter l'utilisation des écrans ou plutôt apprendre à concilier cette nouvelle réalité avec les différentes tâches de la vie quotidienne afin que les bénéfices outrepassent les effets indésirables ?* ». Connaître et évaluer la situation des familles, leurs connaissances, leurs pratiques, leurs défis et leurs stratégies face à l'utilisation des écrans devient donc nécessaire pour mieux comprendre la réalité actuelle.

### 2.2.2 Santé mentale au travail

Dimension importante de l'état de santé mentale, la détresse psychologique est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles sont présentes de manière soutenue dans le temps, peuvent donner lieu à des épisodes d'anxiété et de dépression (Camirand & Nanhou, 2008). Les données scientifiques actuelles indiquent que la détresse psychologique est en forte augmentation dans la majorité des pays industrialisés (Sweeting, West, Young, & Der, 2010). À cet égard, l'Organisation mondiale de la santé avance que la détresse psychologique et la dépression seront la deuxième cause d'invalidité dans le monde en l'an 2020 ([www.who.int](http://www.who.int)). Cette situation est préoccupante. En plus de son impact sur la santé mentale, la détresse psychologique a aussi un impact sur la santé physique des individus. Elle est notamment associée aux complications cardiovasculaires (Denollet, Schiffer, & Spek, 2010), à diverses maladies chroniques, telles que le diabète (Brown, Majumdar, Newman, & Johnson, 2005), à des comportements alimentaires ou de gestion du poids corporel malsains (Léonard, Foulon, & Guelfi, 2005), en plus d'être fortement associée à la satisfaction à l'égard de sa vie (Camirand & Hanhou, 2008). Le travail est identifié comme la source de stress la plus importante dans la population estrienne, soit chez 51 % des travailleurs (Royer, Simard, St-Hilaire, Des Roches, & Martin, 2017). De plus, selon les dernières données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), plus de 27,6 % de la population estrienne se situait à un niveau élevé de détresse psychologique (Camirand, Traouré & Baulne, 2016). Cette enquête populationnelle offre donc l'opportunité d'obtenir des données qui permettront de dresser un portrait plus précis de la situation en Estrie et de suivre dans le temps le niveau de détresse psychologique, selon l'évolution des déterminants sociaux et économiques de la région.

### 2.2.3 Dépendance

Le cannabis est la drogue la plus consommée par les Québécois de plus de 15 ans, avec 15,2% de ceux-ci ayant rapporté en avoir fait l'usage lors des 12 derniers mois en 2014-2015. Ceci représente une augmentation de 3% depuis 2008, qui est principalement observée chez les adultes de 18 à 44 ans (INSPQ, 2017). Il sera important d'apprécier l'évolution de la consommation du cannabis au sein de la population estrienne suite à sa légalisation à des fins récréatives (prévue au 1er juillet 2018), puisque les directions de santé publique devront se prononcer sur celle-ci et ajuster leurs interventions en conséquence au cours des prochaines années. La conduite avec les capacités affaiblies par le cannabis est la préoccupation la plus importante des Canadiens suite à la légalisation (State Farm, 2017, SOM recherches et sondages 2015).

Le jeu de hasard pathologique est reconnu comme un problème de santé mentale et une dépendance importante qui affecte plus de 25 000 Québécois(es). De plus, 1,4% des joueurs sont considérés comme à risque modéré de développer une dépendance, ce qui représente près de 90 000 d'individus (Kairouz, Nadeau & Robillard, 2014). Le jeu pathologique est plus fréquent chez les individus présentant des problèmes de troubles anxieux et autres problèmes de santé mentale ainsi que des dépendances de drogues et d'alcool (Petry, 2009). À cela s'ajoute la forte association entre le jeu pathologique et les ménages à faible revenu et des personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (Kairouz, Nadeau & Robillard, 2014). De plus, les personnes avec des problèmes de jeu pathologiques utilisent peu les services de traitement et de suivi à la dépendance au jeu de hasard (Petry, 2009). Les résultats de l'ESPE 2018 permettront de déterminer ces réalités dans le contexte estrien et d'ainsi prévoir des services qui répondent aux besoins observés dans notre région.

### 2.2.5 Obésité et maladies cardiométaboliques

Les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité de par le monde ([www.who.int](http://www.who.int)). Au Québec, c'est 44,0 % des adultes âgés de 20 ans et plus qui sont aux prises avec au moins une maladie chronique (Dubé, Noreau, & Landry, 2012). Les données de l'Enquête sur la santé de la population estrienne (ESPE 2014-2015) ont montré qu'un peu plus d'un adulte sur trois déclare être atteint d'au moins une maladie cardiométabolique (MCCM) : 18 % déclare faire de l'hypertension, 7 % déclare avoir le diabète, 6 % déclare une maladie cardiaque, 21% de la population déclare un problème d'obésité (IMC  $\geq$  30) et 12 % déclare au moins deux de ces maladies chroniques (MC). Plus d'hommes que de femmes rapportent une MCCM (40% vs 34%). Les personnes ayant un revenu inférieur à 30 000 \$ comparé à celles de 80 000 \$ et plus sont 50% plus nombreuses à présenter une MCCM et trois fois plus nombreuses avec deux MCCM et plus. Il existe aussi une inégalité géographique où les populations des RLS de la Pommeraie (44 %), d'Asbestos (44 %) et de la Haute-Yamaska (42 %) affichent une prévalence plus élevée. Près de 75% de la population déclare au moins un facteur de risque : 17 % déclare consommer du tabac, 32 % déclare faire moins de 30 minutes d'activités physiques par jour, 56,6 % déclare manger moins de cinq fruits et légumes par jour, 55 % déclare avoir un surpoids (IMC  $\geq$  25). La proportion de gens avec de tels facteurs de risque est plus élevée dans le territoire du Haut-St-François (77 %), de la Haute-Yamaska (75 %) et moindre dans le territoire du Memphrémagog. Les personnes plus défavorisées sont plus nombreuses à être exposées à l'un ou l'autre de ces facteurs de risque. De plus, un sommeil inadéquat est de plus en plus reconnu comme un facteur de risque important pour l'obésité. En effet, un manque de sommeil impact non-seulement le niveau de pratique d'activité physique mais engendre aussi des changements physiologiques modulant le sentiment de satiété et la régulation des taux de glucose (Chaput & Tremblay, 2012). Malgré que la majorité des canadiens aient une moyenne de huit heures de sommeil par jour, Santé Canada constate que 17 %



des hommes et 13 % des femmes dorment moins de 6,5 heures par nuit, ce qui est considéré comme inadéquat (INSPQ, 2012).

L'OMS et l'OCDE rapportent que les systèmes de santé peuvent avoir le plus fort impact sur l'obésité et les MC associées si les personnes avec un plus grand risque sont ciblées. Les services préventifs en milieu clinique pourraient, en synergie avec les services préventifs en communauté, contribuer de manière significative à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies chroniques. Par contre, les résultats de l'ESPE (2014) ont montré que le counseling sur les habitudes de vie était relativement faible dans la population en général. Les individus rapportant avoir reçu le moins de counseling étaient ceux qui consommaient moins de 5 portions de fruits et légumes par jour et ceux qui avaient une consommation excessive d'alcool (Willard, manuscrit en préparation). On sait aussi qu'en milieu clinique, des interventions multifacettaires, sont porteuses pour générer un changement de comportement chez les patients, principalement lorsqu'elles sont associées à une collaboration interdisciplinaire (Kikano, 2000; Provost, 2007). De plus, l'influence des médecins sur la décision de leurs patients à adopter des comportements favorables à leur santé est connue depuis longtemps (Lipkin, 1995; Groulx, 2007). Depuis 2014, le programme de prévention et gestion des MCCM, Agir sur sa santé, a été déployé dans la région et sera déployé dans les RLS de Haute-Yamaska et de la Pommeraie en 2018.

### **2.2.7 Participation des aînés dans leur communauté**

La participation sociale des personnes âgées dans leur collectivité constitue un enjeu majeur pour les sociétés occidentales modernes aux prises avec un vieillissement sans précédent de leur population. La participation sociale peut se définir simplement par « l'action de prendre part à la vie du groupe ou de la société » (Sournia, 1991). Il s'agit toutefois d'une variable qui comprend plusieurs champs d'action et d'intervention. Lorsque les aînés parlent eux-mêmes de participation sociale, ils mentionnent diverses expériences consistant à : 1) voir du monde et développer des relations significatives, 2) vivre des activités plaisantes en groupe, 3) s'impliquer dans un projet collectif, 4) aider et s'entraider, 5) transmettre des savoirs, et 6) augmenter leur pouvoir dans les décisions qui les concernent (Raymond, Sévigny, & Tourigny, 2012). Cependant, peu importe la définition retenue pour s'intéresser à la participation sociale des personnes âgées, celle-ci est toujours associée à une meilleure qualité de vie et à de meilleures issues de santé physique et/ou mentale (Raymond et al., 2012).

### **2.2.6 Environnement social**

La perception de l'environnement social est également une variable de santé publique fort intéressante en regard de son potentiel pour le développement des communautés et des populations locales. Il est établi dans les écrits scientifiques qu'une perception positive de son quartier de résidence est bénéfique pour la santé physique et mentale des individus (Potvin & Hayes, 2007; Shields, 2008). Une perception positive à l'égard de son quartier de résidence est aussi associée à une meilleure estime de soi, à un réseau social mieux développé et à une plus grande participation sociale (Shields, 2008). Certaines personnes, lorsqu'on leur demande de décrire leur quartier, le caractérisent en évoquant diverses caractéristiques sociales (e.g. son caractère accueillant, l'appui des voisins, sa diversité culturelle). D'autres peuvent quant à elles évoquer la possibilité de participer aux activités d'organismes communautaires ou artistiques, ou encore, le sentiment de sécurité qu'elles éprouvent à son endroit (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2006). Toutefois, peu importe la manière dont les résidents d'un quartier définiront leur milieu de vie, il semble qu'une perception positive de son environnement local soit fortement associée à une augmentation du bien-être et de la qualité de vie (ICIS, 2006).



Une perception positive à l'égard du quartier de résidence est aussi bénéfique au niveau communautaire. En effet, en plus des gains individuels, celle-ci génère un environnement favorisant le support et la cohésion sociale, de meilleurs liens sociaux, ainsi qu'une hausse du respect mutuel chez ses membres (ICIS, 2006). À cet égard, l'identification de situations problématiques perçues dans les quartiers de résidence constitue un élément essentiel permettant de mieux circonscrire le degré d'appartenance à sa communauté, et aussi, de mieux planifier l'offre de soins et de services de santé à cette échelle.

## **2.3 Prévention des maladies infectieuses**

### ***2.3.1 La maladie de Lyme***

La maladie de Lyme est une maladie infectieuse en émergence au Québec. L'Estrie est la région la plus touchée, avec le nombre de cas et le taux d'incidence les plus élevés de la province. En 2016, 75 cas ont été déclarés en Estrie, ce qui représente 42 % des 179 cas enregistrés au Québec. En 2017, ce sont 120 cas qui ont été enregistrés en Estrie. Le taux d'incidence de la maladie de Lyme en Estrie (25 pour 100 000) était 12 fois plus élevé que dans le reste du Québec (INSPQ, 2017a; Direction de la santé publique de l'Estrie, 2017).

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.

## **2.4 Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires**

### ***2.4.1 Impactes de la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic sur la santé***

La région de l'Estrie a été marquée d'une catastrophe sans précédent à l'été 2013 dans la municipalité de Lac-Mégantic. Outre les dommages matériels causés aux bâtiments et la contamination environnementale sans précédent, plusieurs citoyens ont été affectés sur le plan financier en raison de l'interruption temporaire ou permanente de leur emploi ou de leurs activités commerciales (Généreux et al., 2015). Ainsi, le déraillement de train de Lac-Mégantic a engendré d'importantes conséquences humaines, environnementales et économiques. De nombreuses études scientifiques s'intéressant aux catastrophes antérieures (ex. : déversement de pétrole dans le Golf du Mexique, attentats terroristes du 11 septembre) démontrent qu'un tel événement peut avoir des répercussions négatives à court, à moyen et à long terme sur la santé et le bien-être de la population (Fan et al., 2014; Goldmann & Galea, 2014; Neria, Nandi & Galea, 2008). Or, malgré que les effets à long terme sur la santé d'une catastrophe soient largement reconnus, le soutien financier, logistique et moral provenant des différentes organisations régionales, provinciales et fédérales a tendance à s'effriter avec le temps. Consciente des impacts potentiels à long terme de la tragédie de Lac-Mégantic de juillet 2013, la DSPu a souhaité mieux accompagner et

soutenir la communauté locale dans son rétablissement et sa reconstruction, tant sur le plan physique et économique que sociale.

En février 2016, la DSPu dévoilait les impacts négatifs de la tragédie, qui persistent au sein de la population méganticoise. En effet, en automne 2015, deux citoyens sur trois présentaient des manifestations modérées ou sévères de stress post-traumatique. De plus, les troubles anxieux étaient deux fois plus fréquents à Lac-Mégantic qu'ailleurs en Estrie et le sentiment d'insécurité était en augmentation depuis 2014. Malgré cela, une diminution de la consultation de psychologues ou de travailleurs sociaux depuis 2014 a été notée (Généreux, Perreault, Petit, 2016). Cette sortie publique fut ainsi le catalyseur d'une mobilisation sans précédent.

En mars 2016, une cinquantaine d'acteurs-clé se réunissait, réaffirmant l'importance du maintien des ressources psychosociales et leur rapprochement du milieu de vie des personnes. Cette même journée, les décideurs, intervenants et citoyens réunis développaient une vision commune : se tourner vers l'avenir avec espoir. On amorçait ainsi une réflexion collective sur les actions porteuses pour soutenir la communauté et favoriser sa relance. Cette réflexion a jeté les pierres d'assise d'un plan d'action pour le développement d'une communauté en santé à Lac-Mégantic et dans la MRC du Granit soutenu par un financement continu du Gouvernement et de la Croix-Rouge.

L'enquête de l'automne 2016 dévoilait une diminution des manifestations modérées ou sévères de stress post-traumatique, passant de 76% en 2015 à 68%. Cependant, on notait une augmentation des troubles mentaux diagnostiqués, notamment les troubles anxieux (27%) et les troubles de l'humeur (18%) chez les personnes fortement exposées à la tragédie (soit deux et trois fois plus qu'en 2014, respectivement). Néanmoins, suite à une chute notée en 2015, il y a eu une augmentation de personnes fortement exposées ayant consulté un psychologue ou un travailleur social en 2016, passant de 21% à 26% (Généreux & Maltais, 2017). Il est donc proposé de continuer à examiner l'évolution de la santé psychologique des Granitois et des Granitoises au fil du temps, selon le niveau d'exposition à la tragédie, et d'évaluer l'impact des actions mises en œuvre ces dernières années pour soutenir la résilience communautaire.

## **2.5 Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants**

### ***2.5.1 L'utilisation des services de santé***

On sait grâce aux banques de données administratives, par exemple, qu'il y a un lien entre le statut de grand utilisateur de services et le profil des répondants 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). Toutefois, les données actuelles ne permettent pas de faire le lien entre les différentes étapes du processus menant à l'utilisation ou non des services.

### ***2.5.2 Bien-être personnel et sentiment de cohérence***

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 santé mentale positive mesure le degré de bien-être psychologique et la satisfaction à l'égard de sa propre vie (Keyes, 2002).

À cela s'ajoute le sentiment de cohérence qui est constitué des ressources dont dispose un individu pour gérer les tensions et de trouver des solutions aux problèmes qui surviennent à travers des concepts de résistance tel que l'identité, les connaissances, l'intelligence, la stabilité culturelle, une orientation vers la prévention en santé et le support social. Ce sentiment de cohérence a une forte corrélation avec le statut de santé de l'individu (Lindstrom & Eriksson, 2012). De plus, le capital social est aussi un facteur ayant un impact important sur les comportements pertinents à la santé, l'accès aux services et soins de santé, ainsi que la santé mentale. Le capital social dans une société est caractérisé par des citoyens actifs et des liens forts les unissant ainsi que la priorisation du bien public (Eriksson, 2011).

## **2.6 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 DSPE 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.

## **2.7 Sommaire de la recension des écrits scientifiques**

En somme, plusieurs thématiques de santé proposées par différents chercheurs estriens, 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 2018. 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 chercheurs estriens et investiguées dans l'ESPE 2018, 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	a) Le développement global b) Le développement scolaire et la littératie
2) Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires	a) Le temps d'écran b) La santé mentale au travail c) La dépendance d) L'obésité et les maladies cardiométaboliques f) La participation des aînés dans leur communauté g) L'environnement social
3) Prévention des maladies infectieuses	a) La maladie de Lyme
4) Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires	a) Les impacts de la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic sur la santé
5) Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants	a) L'utilisation des services de santé b) Le bien-être personnel et le sentiment de cohérence

Nous croyons que l'inclusion de questions visant l'étude de ces thématiques de santé dans l'ESPE 2018 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) proposés dans l'ESPE 2018.
2. Examiner l'ampleur des inégalités sociales de santé en Estrie en comparant la prévalence des issues et des déterminants de santé retenues dans l'ESPE 2018, 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 de l'ESPE 2014 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 également obtenir l'approbation des participants afin de permettre à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de les recontacter afin de créer une cohorte prospective où les données de l'ESPE 2018 constitueront le temps 0 de l'étude. Ces études seront cependant distinctes de l'ESPE 2018 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 10 650. De ce nombre, près du tiers ( $n = 3\,900$ ) 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**

<b>Répondants souhaités</b>	
	nombre
RLS de la Pommeraie	800
RLS de la Haute-Yamaska	1 150
RLS du Granit	800
RLS d'Asbestos	800
RLS du Haut-Saint-François	800
RLS du Val-Saint-François	800
RLS de Sherbrooke	3 900
Arr. Brompton	350
Arr. Fleurimont	800
Arr. Lennoxville	350
Arr. Mont-Bellevue	800
Arr. Rock Forest-Saint-Élie-Deauville	800
Arr. Jacques-Cartier	800
RLS de Coaticook	800
RLS de Memphrémagog	800
<b>ESTRIE</b>	<b>10 650</b>

Les 10 650 répondants seront de plus nichés à l'intérieur d'une des 96 communautés estriennes existantes (Annexe 5 et 4). Les communautés estriennes ont été identifiées à partir du recensement 2011. Les communautés estriennes sont des entités géographiques plus fines que les territoires de RLS. Elles s'imbriquent parfaitement à l'intérieur de ceux-ci, de manière à créer des territoires relativement homogènes à l'égard des caractéristiques des résidents. Chaque communauté regroupe en moyenne 5 000 résidents (<http://www.oedc.qc.ca>). Afin d'attribuer correctement une communauté à chaque participant, le code postal à 6 positions (qui servira à définir la communauté d'appartenance) sera validé au début de l'entrevue en vérifiant sa correspondance avec la municipalité de résidence.

### 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  $\geq 18$  ans) et 3) sélection aléatoire d'un membre du ménage âgé  $\geq 18$  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 30 minutes pour les répondants ne

résidant pas à Lac-Mégantic ou jusqu'à 35 minutes pour les résidents de Lac-Mégantic. Cette distinction est expliquée plus en détail dans la section « Déroulement de l'étude ». 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 l'*American Association for Public Opinion Research* (AAPOR, 2009). Ce taux est considéré comme réaliste considérant le taux de réponse à l'ESPE 2014 qui était de 48.5% pour l'ensemble de la région (B.I.P., 2016).

#### 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 800 répondants par territoire de RLS, et par arrondissement de la Ville de Sherbrooke, sauf le RLS de la Haute-Yamaska qui comptera 1 150 et des 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 2018 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 (Éco-Santé Québec, 2011). Par exemple, si on désire estimer une problématique de santé publique assez fréquente (*e.g.* prévalence de 50 %) à l'échelle des communautés estriennes, et que l'on dispose d'environ 100 répondants par communauté (ce qui est raisonnable de croire pour une majorité de communautés avec 10 650 répondants nichés dans 96 communautés estriennes), nous obtiendrons un CV pour chaque estimé par communauté d'environ 10 %, ce qui est acceptable. Par contre, si le phénomène que l'on désire estimer est plutôt rare (*e.g.* prévalence de 10 %), le CV obtenu avec environ 100 répondants par communauté sera de 30 %. Il sera considéré trop élevé.

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 2018 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. 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 2).

## 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 2018. L'annexe 2 présente une version préliminaire du questionnaire selon les questions retenues par le comité de sélection. Une version plus finale pourra être fournie au Comité d'éthiques ultérieurement. Les professionnels chargés de la création de ce questionnaire à la DSPu ont fait appel à deux méthodes :

1. La consultation de questionnaires déjà existants
2. L'appel de questions auprès de la communauté universitaire estrienne

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 et anglaise du questionnaire seront finalement 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. De plus, l'utilisation de la majorité de ces questions dans l'ESPE 2014 confirme leur pertinence.

### **6.1.2 L'appel de questions auprès de la communauté universitaire estrienne**

Afin de stimuler la recherche estrienne en santé publique, la DSPu a lancé un concours d'appels de proposition à la fin de l'année 2017 auprès des chercheurs de la région, pour que ceux-ci puissent soumettre leurs propres questions à intégrer à l'ESPE 2018. Bien sûr, les questions proposées devaient être en lien avec au moins un des 5 axes du Plan d'action régional de la DSPu. Ainsi, le projet d'enquête populationnelle répond non seulement aux besoins de surveillance et de planification locale de la santé de la DSPu, mais il favorise le développement de nouvelles connaissances et partenariats scientifiques.

Un comité scientifique interne à la DSPu et représentatif de l'ensemble des fonctions de la santé publique a été constitué. Ce comité avait pour mission de sélectionner les questions de recherche soumises par les chercheurs qui répondaient aux critères d'admissibilité inscrites dans la procédure régionale du PSSP. Ils devaient être issus des milieux de recherche estriens ou avoir des collaborations avec ceux-ci. Ici sont décrites les grandes lignes de la procédure de sélection de questions. Une description plus détaillée se trouve dans l'Annexe 1.

#### **6.1.2.1 Les critères d'admissibilité**

Toutes les demandes devaient remplir l'ensemble des critères ci-dessous afin d'être évaluées :

1. Formulaire dûment rempli et envoyé dans le délai prescrit soit le 16 octobre 2017 à midi par courriel, à l'adresse suivante : [sspe.agence05@ssss.gouv.qc.ca](mailto:sspe.agence05@ssss.gouv.qc.ca).
2. Présence du CV court du chercheur principal en pièce jointe au formulaire ou résumé des principales réalisations ou domaines de recherche intégré au formulaire (max 750 mots).
3. Questions se rapportant au domaine de la santé publique (déterminants de la santé et du bien-être, facteurs de protection ou de risque, ou encore l'état de santé).
4. Questions reliées à l'une ou l'autre des actions devant être réalisées par la DSPublique de l'Estrie relativement aux cinq axes d'intervention du Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 :
  - Développement global des enfants et des jeunes.
  - Adoption de mode de vie et création d'environnement sains et sécuritaires.
  - Prévention des maladies infectieuses.

- Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires.
- Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 est disponible sur le site du CIUSSS de l'Estrie — CHUS (section Santé publique) en suivant ce lien :

<http://www.santeestrie.qc.ca/medias-publications/publications/sante-publique/>

5. Formulaire complété en français. Seule la portion du formulaire sur les questions proposées peut être rédigée en anglais.

#### **6.1.2.2 Les critères d'évaluation utilisés par le comité scientifique de la DSPu**

Tel que décrit en détail plus bas, le comité de sélection a utilisé ces cinq critères d'évaluation afin de coter chacune des demandes qui répondaient aux critères d'admissibilité :

- 1) **Pertinence des questions** : Justification de la pertinence des questions proposées en fonction de l'ampleur connue ou estimée ou encore de la sévérité du phénomène.
- 2) **Qualité des questions** : Les mesures proposées ont-elles déjà été utilisées et validées dans d'autres études ? Quelle est la justification scientifique pour l'utilisation de ces mesures ? (au moins une référence scientifique à l'appui)
- 3) **Pertinence de mesurer ce phénomène auprès d'un grand échantillon** : Justification de la variabilité attendue selon les variables identifiées dans le profil du répondant (i.e. âge, sexe, statut socioéconomique, lieu de résidence, etc.).
- 4) **Besoin en matière d'information** :
  - Données non-disponible
    - au niveau régional;
    - au niveau local.
  - Élément touchant une problématique où la situation estrienne est défavorable par rapport à la situation provinciale.
  - Thématiques peu documentées parmi les cinq axes du Plan d'action régional de la DSPu
  - Sujet non-couvert par une autre enquête populationnelle (par exemple : ESCC, EQSP, EQSJS, EQDEM).
- 5) **Potentiel post-enquête** :
  - Retombées pour le chercheur ;
  - Opportunité d'agir pour les intervenants du réseau estrien de la santé et des services sociaux notamment avec leur responsabilité populationnelle ;
  - Potentiel d'utilisation de ces données à des fins de surveillance ou d'évaluation en santé publique.

#### **6.1.2.2 Processus de sélection des questions pour l'ESPE 2018**

Un processus de sélection des questions a été mis sur place afin d'assurer que celle-ci soit éclairée et documentée. Il inclut 8 étapes définies :

1. Un tronc commun de questions fut établi par la directrice de la santé publique. Ce groupe de questions était basé sur les problématiques démographiques et les déterminants sociaux de la santé pertinents au contexte actuel de l'Estrie. Leur choix a aussi été influencé par les questions ayant générées des résultats statistiques lors de l'ESPE 2014.
2. L'ESPE 2018 fut annoncée et les chercheurs furent invités à soumettre des questions.

3. Une fois les questions reçues, le coordonnateur et la personne-ressources ont déterminé si les questions remplissent les critères d'admissibilité.
4. Les questions furent envoyées aux membres du comité de sélection afin que ceux-ci les évaluent.
5. Les membres du comité ont évalué chaque groupe de questions en utilisant l'outil « Grille de sélection des chercheurs ESPE 2018 ». Ils ont accordé une cote de 1 à 5 à chacun des critères d'évaluation décrits ci-haut comme suit :
  - 0 à 1 : très faible
  - 1 à 2 : faible
  - 2 à 3 : bien
  - 3 à 4 : très bien
  - 4 à 5 : excellent
6. Le comité de sélection s'est réuni pour discuter des questions à retenir. Seules les questions ayant reçu une cote moyenne au-dessus de 3,5 ont été considérées. Les questions soumises pouvaient être retenues en entier ou en partie.
7. La directrice de santé publique a aussi choisi une série de « Questions de la directrice » sur un thème particulier. Celle-ci portera sur le suivi des impacts de la tragédie de Lac Mégantic et sera donc seulement administrée aux résidents de cette région.
8. La directrice de santé publique était responsable des décisions finales quant aux choix des questions.
9. Les chercheurs dont les questions sont retenues ont été contactés. Des ajustements aux questions ont été amené par les chercheurs, tel que suggéré par le comité de sélection.
10. Les chercheurs dont les questions n'ont pas été retenues ont été avisés.

## 6.2 Variables utilisées

Des 12 demandes reçues, 9 répondaient aux critères de sélection et ont été retenues. Ces demandes comprenaient un total de 373 éléments de réponses, dont 104 ont été choisies par le comité de sélection pour inclusion dans le questionnaire et 9 seront incluses directement dans le tronc commun.

Dans le tableau 3 ci-dessous sont décrites les variables retenues par le comité de sélection ainsi que les variables du tronc commun auxquelles tous les chercheurs auront accès. On peut trouver ces variables dans leur contexte original dans le questionnaire annexé au protocole de recherche (Annexe 2).

**Tableau 3.**

*Les principales variables examinées dans l'ESPE 2018 réparties sous forme de bloc de questions proposées par les chercheurs*

Principales variables	Opérationnalisation
<b>Bloc 1 : Maladie de Lyme</b>	
Connaissance de la maladie de Lyme	<b>Définition :</b> Avoir entendu parler de la maladie de Lyme <b>Catégories :</b> Oui, non <b>Filtre :</b> Question posée à tous.
Perception de la possibilité de contracter la maladie	<b>Définition :</b> Croyance de la possibilité de contracter la maladie dans la municipalité de résidence. <b>Catégories :</b> Oui, non <b>Filtre :</b> Question posée à tous.
Trouver une tique	<b>Définition :</b> Avoir trouvé une tique sur la personne ou quelqu'un dans l'entourage au cours de la dernière année.

	<b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Peur de contracter la maladie	<b>Définition</b> : Avoir peur de contracter la maladie. <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Pratique d'activités à risque	<b>Définition</b> : Pratiquer les activités suivantes régulièrement <b>Sous-items</b> : 5 items (e.g. camping). <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Résidence à proximité d'endroits à risques	<b>Définition</b> : Vivre à proximité d'endroits où il y a des forêts, boisés ou des herbes hautes. <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous qui ont répondu oui à la question précédente.
Mesures de protection contre la maladie	<b>Définition</b> : Mesures de protection appliquées pour protéger de la maladie de Lyme <b>Sous-items</b> : 3 items (e.g. utiliser des insectifuges). <b>Catégories</b> : Jamais, rarement, souvent, toujours, ne s'applique pas <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
<b>Bloc 2 : Accès aux services de santé</b>	
Visite d'urgence d'un hôpital	<b>Définition</b> : Nombre de visites à l'urgence d'un hôpital au cours des 12 derniers mois. <b>Catégories</b> : une, deux, trois, quatre, cinq fois ou plus <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Accès à un médecin de famille	<b>Définition</b> : Avoir accès à un médecin de famille <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Médecin faisant partie d'un groupe de médecine familiale	<b>Définition</b> : Si le médecin fait partie d'un groupe de médecine familiale (GMF) <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à ceux ayant répondu qu'ils ont accès à un médecin de famille.
Consulte d'un médecin de famille	<b>Définition</b> : Le fait d'avoir consulté un médecin de famille ou un omnipraticien au cours de 12 derniers mois. <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Besoin de consulter un médecin de famille ou un omnipraticien	<b>Définition</b> : Le fait d'avoir eu le besoin de consulter un médecin de famille ou un omnipraticien au cours de 12 derniers mois. <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Difficulté à obtenir des soins	<b>Définition</b> : Le fait d'avoir eu de la difficulté à obtenir des soins d'un médecin de famille ou omnipraticien pour lesquels il y avait un besoin <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Type de difficultés face à l'obtention de soins	<b>Définition</b> : Type de difficultés éprouvé pour obtenir des soins d'un médecin de famille ou omnipraticien <b>Sous-items</b> : 5 items (manque d'information sur la manière d'obtenir un rendez-vous, difficulté à obtenir un rendez-vous, attente trop longue pour un rendez-vous, attente trop longue avant de voir le médecin, problème de transport) <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à ceux ayant répondu « oui » à la question précédente
Vaccin contre la grippe	<b>Définition</b> : Le fait d'avoir eu le vaccin contre la grippe depuis octobre 2017.

	<p><b>Catégories :</b> Oui, non  <b>Filtre :</b> Question posée à tous.</p>
Contribution à l'amélioration du réseau de santé et des services sociaux en Estrie	<p><b>Définition :</b> La perception de pouvoir contribuer à l'amélioration du réseau de santé et des services sociaux en Estrie  <b>Catégories :</b> Oui, non  <b>Filtre :</b> Question posée à tous.</p>
Façon de contribuer à l'amélioration du réseau de santé et des services sociaux en Estrie	<p><b>Définition :</b> Quelle serait la meilleure façon dont le répondant pourrait contribuer à l'amélioration du réseau de santé  <b>Catégories :</b> utiliser les services d'urgence pour des situations urgentes seulement, ne pas utiliser inutilement les services, en faisant connaître mes commentaires sur les services reçus, faire du bénévolat dans le réseau de la santé, faire des dons en argent, faire partie d'un comité d'usagers, autres (précisez)  <b>Filtre :</b> Question posée à ceux ayant répondu .</p>
<b>Bloc 3 : Développement scolaire des enfants</b>	
Faire des devoirs ou projets scolaires avec les enfants	<p><b>Définition :</b> Fréquence à laquelle le répondant ou conjoint(e) on fait des devoirs ou travaux scolaires avec leurs enfants.  <b>Catégories :</b> Jamais, parfois, souvent, toujours  <b>Filtre :</b> Question posée aux répondants ayant des enfants âgés de 6 à 17 ans fréquentant un établissement d'enseignement.</p>
Faire des devoirs ou projets scolaires avec les enfants de leur entourage	<p><b>Définition :</b> Fréquence à laquelle le répondant ou conjoint(e) on fait des devoirs ou travaux scolaires avec un enfant dans leur entourage.  <b>Catégories :</b> Jamais, parfois, souvent, toujours  <b>Filtre :</b> Question posée à tous.</p>
Sentiment de compétence à aider les enfants dans leurs devoirs	<p><b>Définition :</b> Sentiment de compétence à aider leurs enfants ou les enfants dans leur entourage à faire leurs devoirs et travaux scolaires  <b>Catégories :</b> Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord  <b>Filtre :</b> Question posée à tous.</p>
Importance du diplôme d'études secondaires	<p><b>Définition :</b> Perception de pouvoir bien se débrouiller dans la vie sans avoir un diplôme du secondaire  <b>Catégories :</b> Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord  <b>Filtre :</b> Question posée à tous.</p>
<b>Bloc 4 : Temps d'écran</b>	
Temps d'écran	<p><b>Définition :</b> Temps d'écran dans une journée  <b>Sous-items :</b> 2 items (au travail, excluant le temps de travail)  <b>Catégories :</b> moins d'une heure, de 1 à 1 heure 59 minutes, de 2 heures à 2 heures 59 minutes, de 3 heures à 3 heures 59 minutes, plus de 4 heures  <b>Filtre :</b> Question posée à tous</p>
Connaissance des effets du temps d'écran sur les enfants	<p><b>Définition :</b> Connaissance que le temps d'écran peu avoir sur les enfants  <b>Catégories :</b> Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord  <b>Filtre :</b> Question posée à ceux ayant des enfants de 6 à 17 ans</p>
Capacité de proposer des activités alternatives aux écrans	<p><b>Définition :</b> Sentir la capacité de proposer des activités alternatives aux écrans  <b>Catégories :</b> Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord  <b>Filtre :</b> Question posée à ceux ayant des enfants de 6 à 17 ans</p>
Capacité de limité le temps d'écran	<p><b>Définition :</b> Sentir la capacité de limiter le temps d'écran  <b>Catégories :</b> Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord  <b>Filtre :</b> Question posée à ceux ayant des enfants de 6 à 17 ans</p>
Présence lors de l'utilisation des écrans	<p><b>Définition :</b> Être présent lors de l'utilisation des écrans et assurance</p>

	d'une utilisation adéquate <b>Catégories</b> : Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord <b>Filtre</b> : Question posée à ceux ayant des enfants de 6 à 17 ans
Discussion sur les contenus regardés	<b>Définition</b> : Prendre le temps de discuter et remettre en question les contenus regardés <b>Catégories</b> : Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord <b>Filtre</b> : Question posée à ceux ayant des enfants de 6 à 17 ans
Enseignement de la gestion de l'utilisation des écrans	<b>Définition</b> : Enseigner à gérer de façon autonome l'utilisation des écrans <b>Catégories</b> : Totalemment en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, totalement en désaccord <b>Filtre</b> : Question posée à ceux ayant des enfants de 6 à 17 ans
<b>Bloc 5 : Habitudes de vie et maladies chroniques</b>	
Évaluation de la santé physique aujourd'hui	<b>Définition</b> : Valeur attribué à leur santé physique <b>Catégories</b> : 0 à 100 <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Évaluation de la santé mentale aujourd'hui	<b>Définition</b> : Valeur attribué à leur santé mentale <b>Catégories</b> : 0 à 100 <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Avoir fumé une centaine de cigarettes	<b>Définition</b> : Avoir fumé une centaine de cigarettes ou plus au cours de la vie <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Fréquence de fumer la cigarette	<b>Définition</b> : Fréquence de fumer la cigarette <b>Catégories</b> : tous les jours, à l'occasion, jamais <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Présence de quelqu'un qui fume à l'intérieur du domicile chaque jour	<b>Définition</b> : Présence de quelqu'un qui fume à l'intérieur du domicile à chaque jour ou presque chaque jour <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Temps de modes de transport actif	<b>Définition</b> : Temps d'utilisation de modes de transport actif <b>Catégories</b> : minutes par jours, minutes par semaine, heures par jour, heures par semaine <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Temps d'activités physiques durant les temps libres	<b>Définition</b> : Temps de pratique d'activités physiques durant les temps libres <b>Catégories</b> : minutes par jours, minutes par semaine, heures par jour, heures par semaine <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Nombre de fruits et légumes mangés chaque jour	<b>Définition</b> : Nombre de portions de fruits et légumes mangés chaque jour <b>Catégories</b> : cinq ou plus, quatre, trois, deux, moins de deux <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Taille de chaussure	<b>Définition</b> : Taille de chaussure <b>Catégories</b> : enregistrer taille selon mesure utilisée : pieds, pouces, mètres, centimètres <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Poids	<b>Définition</b> : Poids du répondant <b>Catégories</b> : enregistrer poids selon mesure utilisée : livres, kilogrammes <b>Filtre</b> : Question posée à tous.



<b>Bloc 6 : Problèmes de santé chroniques</b>	
Diagnostic d'asthme	<b>Définition</b> : Faire de l'asthme <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Diagnostic d'hypertension	<b>Définition</b> : Faire de l'hypertension <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique	<b>Définition</b> : Être atteint de bronchite chronique, emphysème, ou maladie pulmonaire obstructive chronique <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Diagnostic de diabète	<b>Définition</b> : Avoir diagnostic de diabète <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Présence d'une maladie cardiaque	<b>Définition</b> : Avoir une maladie cardiaque <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Maux de dos	<b>Définition</b> : Avoir des maux de dos autres que ceux dus à la fibromyalgie et l'arthrite <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Trouble de l'humeur	<b>Définition</b> : Avoir un trouble de l'humeur tel que la dépression, trouble bipolaire, manie, ou dysthymie <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Trouble d'anxiété	<b>Définition</b> : Avoir un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
<b>Bloc 7 : Sentiment d'appartenance à la communauté</b>	
Sentiment d'appartenance à la communauté	<b>Définition</b> : Description du sentiment d'appartenance à la communauté locale <b>Catégories</b> : très fort, plutôt fort, plutôt faible, très faible <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
Sentiment de sécurité dans le quartier	<b>Définition</b> : Niveau de sécurité ressenti dans le quartier <b>Catégories</b> : Tout à fait en sécurité, plutôt en sécurité, peu en sécurité, pas du tout en sécurité <b>Filtre</b> : Question posée à tous.
<b>Bloc 8 : Participation à la vie active</b>	
Participation sociale (indice calculé à partir de 8 items)	<b>Définition</b> : Fréquence de participation à diverses activités sociales au cours des 12 derniers mois. <b>Sous-items</b> : 8 items (e.g. des activités familiales ou avec des amis à l'extérieur du ménage). <b>Catégories</b> : Au moins 1 fois/jour, au moins 1 fois/semaine, au moins 1 fois/mois, au moins 1 fois/an, jamais. <b>Filtre</b> : Question posée aux adultes de 60 ans et plus.
Soutien social (indice calculé à partir de 12 items)	<b>Définition</b> : Degré auquel diverses propositions conviennent ou peuvent s'appliquer à sa situation. <b>Sous-items</b> : 12 items (e.g. famille essaie réellement d'aider). <b>Catégories</b> : Totalemment en désaccord, fortement en désaccord, en désaccord, neutre, en accord, fortement en accord, totalement en accord <b>Filtre</b> : Questions posées à tous.
Sentiment de cohérence (indice calculé à partir de 3 items)	<b>Définition</b> : Perception de la capacité de faire face à la vie. <b>Sous-items</b> : 3 items (e.g. voir une solution aux problèmes et difficultés)

que d'autres trouvent sans espoir).  
**Catégories** : oui, souvent, oui, parfois ; non.  
**Filtre** : Question posée à tous.

### Bloc 9 : Réactions à la vie quotidienne

Niveau de stress

**Définition** : Perception du niveau de stress dans la vie quotidienne  
**Catégories** : Pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes, extrêmement stressantes  
**Filtre** : Question posée à tous

Principale source de stress

**Définition** : Quelle est la principale source de stress  
**Catégories** : travail, inquiétudes financières, famille, manque de temps, problèmes personnels et autres, pas de source de stress, autre  
**Filtre** : Question posée à tous

Fréquence de sentiment de détresse au cours du dernier mois

**Définition** : Fréquence de sentiment de détresse au cours du dernier mois.  
**Sous-items** : 6 items (e.g. nerveux, désespéré(e), etc.)  
**Catégories** : Jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps  
**Filtre** : Question posée à tous

### Bloc 10 : Sommeil et gestion du stress

Quantité de sommeil

**Définition** : Nombre d'heures de sommeil par nuit (excluant les heures de repos au lit).  
**Catégories** : question ouverte : nombre d'heures  
**Filtre** : Question posée à tous.

Gestion du stress

**Définition** : Le fait d'avoir été conseillé par un professionnel de la santé sur la gestion du stress au cours de la dernière année.  
**Catégories** : Oui, non.  
**Filtre** : Question posée à tous.

Gestion du sommeil

**Définition** : Le fait d'avoir été conseillé par un professionnel de la santé sur la gestion du sommeil au cours de la dernière année.  
**Catégories** : Oui, non  
**Filtre** : Question posée à tous.

Professionnel de la santé consulté pour gestion du stress ou du sommeil

**Définition** : Professionnel de la santé aillant conseillé sur le sommeil ou le stress.  
**Catégories** : médecin de famille, médecin spécialiste, infirmière, nutritionniste, kinésologue, pharmacien, psychologue, travailleur social, dentiste, chercheur, chiropraticien, inhalothérapeute, massothérapeute, naturopate, ostéopate, physiothérapeute, sage-femme, autre  
**Filtre** : Question posée à ceux ayant répondu « oui » aux questions sur la gestion du stress et du sommeil

Participation à un programme d'éducation sur la santé

**Définition** : Le fait d'avoir participé à un programme d'éducation sur la santé ou au programme « Agir sur sa santé »  
**Catégories** : Oui, non  
**Filtre** : Question posée à tous.

### Bloc 11 : Mieux-être au travail

Accès à un programme santé mieux-être au travail

**Définition** : Avoir eu accès à un programme santé mieux-être au travail dans la dernière année  
**Catégories** : Oui, non  
**Filtre** : Question posée à tous

Fréquence de participation au programme santé mieux-être au travail

**Définition** : Nombre de fois ayant participé à ces activités dans la dernière année  
**Catégories** : Jamais, quelque fois, une fois par mois, une fois par semaine, tous les jours  
**Filtre** : Question posée à ceux ayant eu accès au programme santé mieux-être

Engagement de l'employeur dans une

**Définition** : Connaissance de l'engagement de l'employeur dans une

démarche de prévention en santé psychologique au travail	démarche de prévention en santé psychologique au travail <b>Catégories</b> : Oui, non <b>Filtre</b> : Question posée à tous
<b>Bloc 12 : Développement global des enfants</b>	
Fréquence de visite de lieux reliés à la lecture	<b>Définition</b> : Fréquence de visite de lieux reliés à la lecture (bibliothèque, librairie, croque-livres, etc) <b>Catégories</b> : toutes les semaines, à l'occasion, rarement, jamais <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Nombre de livres ou livres électroniques pour enfants présents à la maison	<b>Définition</b> : Nombre de livres ou livres électroniques pour enfants présents à la maison <b>Catégories</b> : 0 à 2, 3 à 10, 11 à 20, 21 à 40, 40 ou plus <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Participation aux activités ou programmes d'enfants	<b>Définition</b> : Participation aux activités ou programmes des enfants du répondant <b>Sous-items</b> : 5 items (e.g. heure du conte, petite école prématernelle, groupe de jeu, halte-garderie, cours pour parents et enfants). <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Fréquence d'activités de lectures	<b>Définition</b> : Fréquence d'activités de lectures au cours des 12 derniers mois avec les enfants par tout adulte dans la maison <b>Catégories</b> : rarement ou jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, tous les jours <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Fréquence d'activités de motricité fine par les enfants	<b>Définition</b> : Fréquence d'activités de motricité fine par les enfants au cours des 12 derniers mois <b>Catégories</b> : rarement ou jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, tous les jours <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Fréquence d'activités physiques par les enfants	<b>Définition</b> : Fréquence de participation aux activités physiques ou sport libres sans instructeur par les enfants au cours des 12 derniers mois <b>Catégories</b> : rarement ou jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, tous les jours <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Fréquence d'agitation, hyperactivité	<b>Définition</b> : Fréquence d'agitation ou d'hyperactivité par les enfants au cours des 12 derniers mois <b>Catégories</b> : jamais, à l'occasion, souvent <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Fréquence de crises de colère	<b>Définition</b> : Fréquence de crises de colère par les enfants au cours des 12 derniers mois <b>Catégories</b> : jamais, à l'occasion, souvent <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Fréquence d'inquiétude de l'enfant	<b>Définition</b> : Fréquence d'inquiétude ou soucis des enfants au cours des 12 derniers mois <b>Catégories</b> : jamais, à l'occasion, souvent <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Préoccupation sur les troubles neurodéveloppementaux	<b>Définition</b> : Préoccupations sur le développement des enfants <b>Sous-items</b> : 6 items (e.g. autonomie dans les activités quotidiennes, habiletés de communication, habiletés sociales, habileté affectives et comportementales, habiletés cognitives). <b>Catégories</b> : oui, non <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans
Utilité des services reçus pour répondre aux	<b>Définition</b> : De façon générale, les services obtenus ont-ils permis de

préoccupations	répondre à ces préoccupations et aux besoins de l'enfant ? <b>Sous-items</b> : 2 items (e.g. professionnels de la santé, ressources du réseau). <b>Catégories</b> : oui, non, ne s'applique pas <b>Filtre</b> : Question posée aux répondants ayant des enfants de 0 à 5 ans ayant répondu oui à un des items sur les préoccupations sur les troubles neurodéveloppementaux
<b>Bloc 13 : Consommation d'alcool et de cannabis et problème de jeu</b>	
Consommation de plus de 5 verres d'alcool à une même occasion	<b>Définition</b> : Nombre de fois ayant bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion au cours des 12 derniers mois <b>Catégories</b> : jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, 2 à 3 fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine <b>Filtre</b> : Question posée à tous
Consommation de cannabis ou de marijuana	<b>Définition</b> : Consommation de cannabis sous différentes formes. <b>Sous-items</b> : 6 items (e.g. mangé dans un aliment, fumé un joint, etc.) <b>Catégories</b> : oui, non, refus <b>Filtre</b> : Question posée à tous
Évolution de la consommation suite à la légalisation	<b>Définition</b> : Comment a évolué la consommation suite à la légalisation <b>Catégories</b> : Consomme beaucoup moins souvent, consomme un peu moins souvent, consomme aussi souvent, consomme un peu plus souvent, consomme beaucoup plus souvent <b>Filtre</b> : Question posée à ceux ayant répondu qu'ils consomment du cannabis
Conduite sous l'influence du cannabis	<b>Définition</b> : Fréquence de conduite ou passager d'un véhicule moteur suivant la consommation de cannabis. <b>Sous-items</b> : 2 items (e.g. avez-vous été passager dans un véhicule conduit par une personne qui avait consommé du cannabis?) <b>Catégories</b> : Jamais, un fois, deux fois, trois fois ou plus, ne sait pas <b>Filtre</b> : Question posée à tous
Perception de la capacité de conduire sous l'influence du cannabis	<b>Définition</b> : Perception que la consommation de cannabis peut nuire à la capacité de conduire prudemment. <b>Catégories</b> : Échelle de 1 à 7 : 7 =Entièrement d'accord, 4 = ni en accord, ni en désaccord, 1 = entièrement en désaccord, ne sait pas <b>Filtre</b> : Question posée à tous
Problème de jeu	<b>Définition</b> : Avoir le sentiment d'avoir un problème de jeu dans les 12 derniers mois. <b>Catégories</b> : Jamais, quelquefois, la plupart du temps, presque toujours, ne sait pas <b>Filtre</b> : Question posée à tous
<b>Bloc 14 : La tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic (bloc de question pour les résidents de Lac-Mégantic)</b>	
Contribution à l'amélioration personnel	<b>Définition</b> : Quel élément a contribué le plus contribué à l'amélioration du bien-être personnel <b>Sous-items</b> : 2 items (e.g. dans la dernière année, dans le futur) <b>Catégories</b> : Soutien et aide de proches et amis, l'entraide et solidarité des gens du milieu, implication dans un projet de la communauté, participation à des événements collectifs, réalisation de projets personnels, consultation psychosociale individuelle ou de groupe, informations et aides gouvernementales reçues, sommes obtenues des recours collectifs, autre (précisez) <b>Filtre</b> : Question posée aux résidents de Lac-Mégantic
Situation vécue pendant ou après le déraillement	<b>Définition</b> : Situation vécue pendant ou après le déraillement <b>Sous-items</b> : 6 items (crainte pour sa vie ou celle de proches, subi des blessures ou des proches blessés, un proche décédé, dommages ou pertes au domicile, perte d'emploi temporaire ou définitive, relocalisation temporaire ou permanente, exposition quotidienne à la

vue du centre-ville affecté par le déraillement du train)

**Catégories :** Oui, non

**Filtre :** Question posée aux résidents de Lac-Mégantic

**Implications sur la vie des personnes**

**Définition :** Implications possibles sur la vie d'une personne

**Sous-items :** 4 items (eg. Déraillement a été stressant, empêchement de faire une activité importante, etc.)

**Catégories :** Pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup, entièrement

**Filtre :** Question posée aux résidents de Lac-Mégantic

**Stress post-traumatique**

**Définition :** Manifestation de stress post-traumatique

**Sous-items :** 15 items (eg. Pensé même quand ne voulais pas, rêvé à cela, essayé de ne pas en parler, etc.)

**Catégories :** Peu, rarement, quelquefois, souvent

**Filtre :** Question posée aux résidents de Lac-Mégantic

Voici également les variables qui seront inclus dans le tronc commun. 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.

**Tableau 4.**  
*Les variables du tronc commun contenues dans l'ESPE 2018*

Variables du tronc commun	Opérationnalisation
<b>Niveau 1 (Individus)</b>	
Âge	Âge (en année) calculé selon l'année de naissance.
Sexe	Sexe du participant (homme, femme).
Composition du ménage	Composition du ménage selon le nombre d'adultes (18 ans et plus) et d'enfants (moins de 18 ans) vivant dans la résidence au moins la moitié du temps (seul, couple, famille monoparentale, autres situations (colocataire, personnes apparentés, famille multiples...)).
Langue parlée à la maison	Langue d'usage à la maison (français, anglais, autre (plus d'un choix possible))
Occupation principale	Activité principale décrivant l'emploi du temps de la personne (travailleur à temps plein, à temps partiel, étudiant, retraité, personne tenant maison, en congé de maternité/paternité, prestataire d'assurance-emploi, prestataire d'assistance sociale, autre).
Catégorie de l'emploi	Questions ouvertes sur le type de tâches et d'entreprises pour les travailleurs uniquement. Les réponses seront recodées en fonction de la classification nationale des professions (CNP) et du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN).
Immigration	Naissance à l'extérieur du Canada (oui, non).
Immigration récente	Temps de présence en sol canadien (4 ans ou moins, 5 ans ou plus).
Locataire	Logement actuel n'appartenant pas à l'une des personnes qui y habitent (oui, non).
Niveau d'éducation	Plus haut diplôme, certificat ou grade possédé ou complété (primaire, secondaire, collégial, universitaire).
Revenu du ménage	Revenu total approximatif du ménage, incluant le conjoint ou la conjointe, pour 2013, avant déduction d'impôt (< 19 999 \$, 20 000 \$ à 29 999 \$, 30 000 \$ à 49 999 \$, 50 000 \$ à 69 999 \$, 70 000 \$ à 79 999 \$, ≥ 80 000 \$).

<b>Conduite d'un véhicule moteur</b>	Possession d'un permis de conduire, type de permis, et conduite d'un véhicule moteur dans les douze derniers mois.
<b>État de santé globale</b>	Mesure d'autodéclaration (excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise).
<b>État de santé mentale</b>	Mesure d'autodéclaration (excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise)
<b>Détresse psychologique</b>	Autodéclaration de s'être senti nerveux, désespéré, agité, déprimé, que tout est un effort, bon(ne) à rien (jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps)
<b>Pratique d'activité physique</b>	Autodéclaration du cumul d'activités domestiques, de loisir, de transport et au travail considéré comme une activité physique (en minutes).
<b>Mode de transport actif</b>	Autodéclaration du cumul de modes de transport actif par semaine ou par jour.
<b>Consommation d'alcool</b>	Fréquence de consommation au cours d'une même occasion de 5 verres ou plus dans les 12 derniers mois (jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, 2 à 3 fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine).
<b>Tabagisme à vie</b>	Le fait d'avoir fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets) (oui, non).
<b>Tabagisme actuel</b>	Le fait de fumer actuellement des cigarettes (tous les jours, à l'occasion, jamais).
<b>Fumée de tabac dans l'environnement</b>	Le fait d'avoir quelqu'un qui fume à l'intérieur de son domicile chaque jour ou presque chaque jour, incluant la cigarette, le cigare, le cigarillo et la pipe (oui, non).
<b>Consommation de cannabis</b>	Fréquence de la consommation de cannabis (jamais, par semaine, mois, année, une ou deux fois) et l'évolution de la consommation depuis la légalisation du cannabis.
<b>Consommation de fruits et de légumes</b>	Nombre de fruits, de légumes ou de portions de ces produits mangés chaque jour (moins de 2, 2, 3, 4, 5 ou plus)
<b>Indice de masse corporelle</b>	Mesure calculée à partir de la mesure auto-rapportée de la taille sans chaussures et du poids (kg/m <sup>2</sup> ).
<b>Problème de santé chronique</b>	Le fait d'avoir déjà reçu un diagnostic par un professionnel de la santé d'un des problèmes de santé de longue durée suivants : asthme, hypertension, bronchite chronique ou emphysème, diabète, maladie cardiaque, cancer, maux de dos, trouble de l'humeur, trouble de l'anxiété (oui, non).
<b>Médecin de famille</b>	Le fait de pouvoir compter sur un médecin pour suivre son état de santé (oui/non) et le fait que ce médecin fasse partie d'un GMF (oui/non).
<b>Consultation de médecin</b>	Consultation d'un médecin de famille dans les douze derniers mois (oui/non).
<b>Vaccin contre la grippe</b>	Le fait d'avoir reçu le vaccin contre la grippe en 2017 (oui/non).
<b>Amélioration du réseau de santé</b>	Perception de la capacité de contribuer à l'amélioration du réseau de santé en Estrie (oui/non) et la façon d'y parvenir.
<b>Sentiment d'appartenance à la communauté locale</b>	Autodéclaration du sentiment d'appartenance à la communauté locale (très fort, plutôt fort, plutôt faible, très faible, ne sait pas).
<b>Niveau 2 (communautés)</b>	
<b>Communauté estrienne</b>	Communauté de résidence parmi les 96 communautés estriennes
<b>RLS</b>	Territoire de RLS où est localisée la communauté de résidence (un des neuf territoires de RLS en Estrie).
<b>Arrondissement</b>	Arrondissement où est localisée la communauté de résidence, pour les personnes résidant à Sherbrooke (un des six arrondissements).
<b>Niveau socioéconomique de la communauté</b>	Niveau socioéconomique de la communauté de résidence mesuré à l'aide de données du recensement, incluant : a) le pourcentage de ménages vivant sous le seuil de faible revenu, b) le pourcentage de personnes ne possédant pas un diplôme d'études secondaires, c) le pourcentage de personnes locataires, d) le pourcentage d'immigrants (quintile 1 (le plus faible) à quintile 5 (le plus élevé)).

---

**Indice de défavorisation (Institut national de santé publique du Québec)**

Mesure écologique en fonction d'un territoire de communauté locale pouvant être déterminé via des codes postaux avec le code municipal. L'indice permet de qualifier le niveau de défavorisation matérielle à partir de données du recensement et de l'enquête nationale des ménages 2011, soit : a) le ratio emploi sur la population, b) la proportion de personnes de 15 ans ou plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires, c) le revenu moyen des 15 ans ou plus. Le niveau de défavorisation sociale est dérivé de : d) les gens de 15 ans ou plus vivant seules, e) la proportion de 15 ans ou plus séparées, divorcées ou veuves, et f) la proportion de familles monoparentales. L'indice peut être présenté selon le quintile ou le quartile par type de défavorisation ou combiné.

---

Il est à noter que les variables par communautés seront obtenues grâce au géocodage du code postal de résidence de chaque participant. Ainsi, à partir du code postal, il sera possible d'attribuer une des 96 communautés estriennes à chaque participant, puis ensuite de caractériser cette communauté à l'aide de diverses variables socioéconomiques tirées du recensement canadien 2011 ou 2016 si celui-ci est disponible au moment de la collecte de données (e.g. % de famille à faible revenu). Toujours à partir du code postal, il sera possible de mesurer sur demande d'autres variables écologiques (e.g. densité de circulation routière) tirées de sources de données alternatives (e.g. fichier des réseaux routiers) pour mieux caractériser ces milieux.

## 7. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Ce projet de recherche se déroulera en deux phases : 1) la réalisation d'une enquête téléphonique, 2) le jumelage des données de l'enquête à la communauté résidentielle (via le code postal) et leur analyse transversale

### 7.1 Première phase : L'enquête téléphonique

Une enquête téléphonique transversale portant sur diverses problématiques de santé publique estriennes sera d'abord réalisée (avec son complément sur le Web). 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). De plus, les résidents de Lac-Mégantic se verront poser une courte série de questions additionnelles sur l'impact de la tragédie ferroviaire de 2013 sur leur santé. Voir annexe 2 pour le questionnaire complet.

### 7.2 Deuxième phase : Le jumelage des données (via le code postal) et leur analyse transversale

Dans cette seconde phase du projet de recherche, les données de l'enquête téléphonique seront jumelées (via le code postal) aux données écologiques caractérisant la communauté de résidence, notamment celles du recensement canadien et de l'Enquête nationale des ménages 2011. À la suite de ce jumelage, nous procéderons à



l'analyse transversale des données de l'ESPE 2018. Dans cette phase du projet de recherche, nous répondrons aux objectifs spécifiques 1 et 2 du présent protocole de recherche.

Chaque co-chercheur se verra attribuer une banque de données comportant les données : 1) du tronc commun (données individuelles et par communauté) et 2) de son bloc de questions. Tous les détails concernant les procédures statistiques employées afin de répondre à ces objectifs spécifiques de recherche sont décrits à la section 9 de ce protocole de recherche (analyse des données).

## 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. Le temps de passation du questionnaire est estimé à moins de 30 minutes, sauf pour les résidents de Lac-Mégantic pour qui il sera de moins de 35 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 inclurons 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.

De plus, afin de mieux cerner les inégalités sociales de santé, une poststratification a posteriori sera appliquée à trois regroupements de communautés locales en Estrie, basées sur leur niveau de défavorisation matérielle et sociale. De plus, nous souhaitons pouvoir extraire un nombre limité d'indicateurs sur la base des limites des communautés locales pour celles ayant au moins 100 répondants et en s'assurant d'une représentativité selon le sexe et les groupes d'âge de 18-64 ans et de 65 ans ou plus seulement. Ainsi, nous estimons pouvoir obtenir un bref portrait exploratoire au sens de l'inédit quant à des déterminants de santé et à l'état de santé, pour la moitié des 96 communautés locales, mais dans une proportion plus faible dans la MRC de Memphrémagog et les arrondissements de Fleurimont et du Mont-Bellevue, vu le grand nombre de communautés par rapport au nombre de répondants anticipés dans ces trois territoires. Il va de soi que le coefficient de variation devra être acceptable (moins de 33,3 %, tel que mentionné à la section 5.4) pour que cette analyse individuelle des communautés puisse se faire. Ce portrait par communauté sera utile afin de mieux documenter les territoires à agir de façon prioritaire.

## 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 2018 sera mise en relation avec chaque variable indépendante de niveau 1 (individuelle) et de niveau 2 (liée aux communautés), 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. Enfin, l'horizon temporel de certaines questions allant jusqu'à 5 ans (e.g. le temps d'écran), il est possible qu'un certain biais de mémoire affecte la validité de certaines questions.

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 2018 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 2018, 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 deux questions 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 incluent l'acceptation d'être contacté afin de participer au projet de cohorte, l'obtention du nom et date de naissance du participant afin de pouvoir faire des liens anonymes avec les dossiers médicaux (consultations médicales, hospitalisations, résultats de laboratoire). L'annexe 2 comprend les questions de consentement précises qui seront posées.

Si un individu décide de devenir participant à l'ESPE 2018, le seul inconvénient qu'il subira est celui de prendre 30 à 35 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 quelque détresse ou stress. Cette instruction se trouve à la fin du questionnaire disponible dans l'Annexe 2. 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. Par exemple, le Tableau de bord - Santé publique Estrie a inclus 13 indicateurs provenant de l'ESPE 2014. De plus, les données de l'ESPE 2014 ont été utilisées dans le cadre des diagnostics locaux de chacune des MRC et des faits saillants de l'enquête ont été présentés dans différents établissements du réseau estrien.

Les collaborations qui se développeront entre la DSPu et les différents chercheurs issues de la communauté universitaire estrienne 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. Par exemple, l'ESPE 2014 a permis, entre autres, l'obtention de subventions, le recrutement d'étudiants, des présentations scientifiques, etc. Une liste des rayonnements issus de l'ESPE 2014 se trouve dans l'Annexe 6.

## 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 20 mois et a débuté en septembre 2018.

#### **Octobre 2017**

1. Clôture de l'appel de questions auprès de la communauté universitaire estrienne.

#### **Novembre – décembre 2017**

2. Sélection des questions retenues pour l'ESPE 2018 par le comité scientifique de la DSPu
3. Préparation et validation de l'instrument de mesure (questionnaire).

#### **Décembre 2017**

4. Dépôt du projet de recherche au comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

#### **Février à mars 2018**

5. Appel d'offre et sélection d'une firme de sondage pour la constitution de l'ESPE.

#### **Avril à juin 2018**

6. Déterminer les dernières modalités d'enquête avec la firme retenue (ex. prétest du questionnaire)

#### **Juin à juillet 2018**

7. Annonce en juin dans les médias (communiqué de presse) de la survenue de l'ESPE 2018.

#### **Août à octobre 2018**

8. Collecte de données auprès des répondants estriens par la maison de sondage embauchée.
9. Fin de la collecte des données.

#### **Novembre 2018 à janvier 2019**

10. Validation et pondération des données.

#### **Janvier à mars 2019**

11. Rédaction et diffusion d'un portrait descriptif régional des problématiques de santé publique en Estrie et campagne médiatique.
12. Production des banques de données personnalisées pour les chercheurs.
13. Accessibilité à un extrait de banque de données (questions soumises par les chercheurs avec les variables du tronc commun des répondants).

#### **Mars 2019**

14. 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).

#### **Avril à juin 2019**

15. Production et présentation des faits saillants par RLS

**Août 2019**

16. Production d'un suivi annuel du projet ESPE 2018 pour le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie — CHUS

**Mars 2020**

17. 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. Abar, B., Abar, C. C., Lippold, M., Powers, C. J., & Manning, A. E. (2012). Associations between reasons to attend and late-high school dropout. *Learning and Individual Differences*, 22(6), 856-861.
2. 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>
3. 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>
4. Alang, S. M. Sociodemographic disparities associated with perceived causes of unmet need for mental health care. *Psychiatr. Rehabil. J.* 38, 293–299 (2015).
5. Alexander, K. L., Entwisle, D. R., & Kabbani, N. S. (2001). The dropout process in life course
6. American Psychiatric Association. DSM-5 Update: Supplement to Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. APA, 2015.
7. B.I.P. (2016). Rapport méthodologique de l'Enquête de santé populationnelle estrienne 2014-2015 CIUSSS de l'Estrie.
8. Bélanger, S. et al. Faire ensemble et autrement: plan d'action en santé mentale 2015-2020. (2016).
9. Bjelland et al. (2015). Associations between parental rules, style of communication and children's screen time. *BMC Public Health*, 15(1), 1002.
10. Blondal, K. S., & Adalbjarnardottir, S. (2009). Parenting practices and school dropout: A longitudinal study. *Adolescence*, 44(176), 729.
11. BROWN, L.C., MAJUMDAR, S.R., NEWMAN, S.C., & JOHNSON, J.A. (2005). History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes Care*. 28, 1063-1067.
12. CAMERON, C., CRAIG, C.L., BULL, F.C., & BAUMAN, A.E. (2007). Canada's physical activity guides: Has their release had an impact. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 32, S161-S169.
13. CAMIRAND, H., & NANHOU, V. (2008). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. *Zoom santé : Santé et bien-être*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
14. Camirand, Héléne, Traouré, Issouf et Jimmy Baulne. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 : Pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Résultats de la deuxième édition, Québec, Institut de la statistique du Québec (2016), 208 p.
15. Campbell et al. (2010). Maternal self-efficacy regarding children's eating and sedentary behaviours in the early years: Associations with children's food intake and sedentary behaviours. *Pediatric Obesity*, 5(6), 501-508.
16. Carlson et al. (2010). Influence of limit-setting and participation in physical activity on youth screen time. *Pediatrics*, 126(1), e89-e96.
17. Carson et al. (2015). The relationship between parental physical activity and screen time behaviors and the behaviors of their young children. *Pediatric Exercise Science*, 27(3), 390-395.
18. Chaput, J-P, Tremblay, A. Adequate sleep to improve the treatment of obesity. *CMAJ*, December 11, 2012, 184 (8).
19. Commissaire à la Santé et au Bien-être. Améliorer notre système de santé et de services sociaux – Une nouvelle approche pour en apprécier la performance – CSBE, 2008.
20. Danielle Maltais et Céline Larin (Eds.). *Lac-Mégantic: Du sinistre à la résilience*. Les Presses de l'Université du Québec. Québec: Canada; 2016.
21. Deal et al. (2010). Millennials at work: What we know and what we need to do (if anything). *Journal of Business and Psychology*, 25(2), 191-199.
22. DENOLLET, J., SCHIFFER, A.A., & SPEK, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes evidence from research on the Type D (distressed) personality profile. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3, 546-557.
23. Deslandes, R. (2005). Réussite scolaire: déterminants et impact des relations entre l'école et la famille. *La réussite scolaire. Comprendre et mieux intervenir*, 223-236.
24. Deslandes, R. et Bertrand, B. (2004) Motivation des parents à participer au suivi scolaire de leur enfant au primaire. *Revue des sciences de l'éducation*. 30(2) : 411–433.

25. Direction de la santé publique de l'Estrie (2017). Bulletin Vision Santé publique, Numéro 38, juin 2017. Disponible : [http://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/medias-publications/publication/bulletin/vision-sante-publique/2017/38\\_Vision\\_sante\\_publique\\_MaladieLyme.pdf](http://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/medias-publications/publication/bulletin/vision-sante-publique/2017/38_Vision_sante_publique_MaladieLyme.pdf)
26. DUBÉ, F., NOREAU, E., & LANDRY, G. (2012). Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. Gouvernement du Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 33 p.
27. Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82(1), 405-432.
28. Eriksson, M. 2011. Social Capital and Health – Implications for health promotion. *Glob Health Action*. 2011; 4: 10.3402/gha.v4i0.5611
29. Fan, A.Z., Prescott, M.R., Zhao, G., et al. Individual and Community-Level Determinants of Mental and Physical Health After the Deepwater Horizon Oil Spill: Findings from the Gulf States Population Survey *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2014 . 23–41.
30. Fansi, A. & Jehanno, C. Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet 2. (2015).
31. Fortin, L. et Bourdon, S. (2009). *Rapport de l'enquête populationnelle sur la culture de la réussite scolaire en Estrie*. Sherbrooke : Chaire de recherche de la Commission scolaire de la Région de Sherbrooke sur la réussite et la persévérance scolaire.
32. Fortin, L., & Potvin, P. (2007). Logiciel de dépistage du décrochage scolaire [Logiciel informatique]. Québec, Canada: Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ).
33. Goldmann, E., & Galea, S., Mental Health Consequences of Disasters. *Annual Review of Public Health* 2014. 35:169–83.
34. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
35. Goodman R. Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra). 2005.
36. Gouvernement du Canada (2011). Activité physique. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/activite-physique.html>
37. GROULX, S. (2007). Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 72 p.
38. GROULX, S. (2007). Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 72 p.
39. Hahn, R. A., & Truman, B. I. (2015). Education improves public health and promotes health equity. *International Journal of Health Services*, 45(4), 657-678.
40. Houghton et al. (2015). Virtually impossible: limiting Australian children and adolescents daily screen based media use. *BMC Public Health*, 15(1), 5.
41. Howard, S., & Johnson, B. (2000). What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for children 'at risk'. *Educational studies*, 26(3), 321-337.
42. 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).
43. INSPQ (2017a). Rapport de Surveillance de La Maladie de Lyme : Année 2016 . Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2296\\_surveillance\\_maladie\\_lyme\\_2016.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2296_surveillance_maladie_lyme_2016.pdf).
44. INSPQ, (2017b). Recommandation de Prophylaxie Post-exposition de La Maladie de Lyme. Disponible : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2301\\_recommandation\\_prophylaxie\\_postexposition\\_maladie\\_lyme.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2301_recommandation_prophylaxie_postexposition_maladie_lyme.pdf).
45. INSPQ. 2017. Cannabis: Portrait de la consommation de cannabis au Canada et au Québec. Tiré de <https://www.inspq.qc.ca/dossiers/cannabis/portrait-de-la-consommation-de-cannabis-au-canada-et-au-quebec>
46. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS, 2006). *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*. Ottawa : ICIS.
47. Institut national de santé publique du Québec. TOPO : les synthèses de l'équipe nutrition-activité physique-poids. Numéro 4, septembre 2012.
48. Jaynes, W. H. (2007). The relationship between parental involvement and urban secondary school student academic achievement: A meta-analysis. *Urban education*, 42(1), 82-110.
49. Kabali et al. (2015). Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics*, 136(6), 1044-1050.
50. Kairouz, S, Nadeau L, Robillard, C. 2014. Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoire sur quatre ans. Enquête ENHJEU Québec.

51. KEYES, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
52. KIKANO, G., GROSS, D., & STANGE, K. (1999). Practical ways to improve patient satisfaction with visit length. *American Academy of Family Practice*, 52.
53. KIKANO, G., GROSS, D., & STANGE, K. (1999). Practical ways to improve patient satisfaction with visit length. *American Academy of Family Practice*, 52.
54. Lauricella et al. (2015). Young children's screen time: The complex role of parent and child factors. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 36, 11-17.
55. Leatherdale et al. (2011). Screen-based sedentary behaviours among a nationally representative sample of youth: are Canadian kids couch potatoes? *Self*, 100(15.6), 12-5.
56. LÉONARD, T., FOULON, C., & GUELF, J.D. (2005). Les troubles alimentaires chez l'adulte. *EMC-Psychiatrie*, 2, 96-127.
57. Lessard, A., Butler-Kisber, L., Fortin, L., Royer, E., Marcotte, D., & Potvin, P. (2008). Shades of disengagement : High school dropouts speak out. *Social Psychology of Education*, 11(1), 25-42.
58. Levasseur, M., Roy, M., Michallet, B., St-Hilaire, F., Maltais, D., & Généreux, M. (2017). Resilience, community belonging and social participation among community-dwelling older women and men: Results from the Eastern Townships Population Health Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. In press.
59. Li, W., Dorstyn, D. S. & Denson, L. A. Predictors of Mental Health Service Use by Young Adults: A Systematic Review. *Psychiatr. Serv.* 67, 946–956 (2016).
60. Lindstrom, B, Eriksson, M. Adaptation française Roy, M, O'Neil, M. 2012. La salutogénèse : Petit guide pour promouvoir la santé. Groupe de travail mondial de l'UIPES sur la salutogénèse. Presses de l'Université Laval.
61. LIPKIN, M., PUTNAM, S.M., & LAZARE, A. (1995). *The medical interview: Clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag.
62. Mark A Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Perkins C and Lowey H. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*. 2014;12:72.
63. Mélissa Généreux, Danielle Maltais. Plus de trois ans après la tragédie : comment la communauté du Granit se porte-t-elle? *Bulletin Vision Santé publique*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie; Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 2017.
64. Mélissa Généreux, Geneviève Petit, Danielle Maltais, Mathieu Roy, Robert Simard, Sonia Boivin, James A. Shultz, Linda Pinsonneault. The Public Health Response During and After the Lac-Mégantic Train Derailment Tragedy: A Case Study. *Disaster Health*. 2015. 2(3-4):1-8.
65. Mélissa Généreux, Gino Perreault, Geneviève Petit. Portrait de la santé psychologique de la population du Granit en 2015. *Bulletin Vision Santé publique*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie; Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 2016.
66. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012. Québec: MSSS, Direction des Communications, 2003.
67. Missiuna C, Moll S, Law M, King S, King G. Mysteries and mazes: parents' experiences of children with developmental coordination disorder. *Can J Occup Ther*. 2006;73(1):7-17.
68. NANHOU, Virginie, Hélène DESROSIERS, Karine TÉTREAUULT et Frédéric GUAY (2016). « La motivation en lecture durant l'enfance et le rendement dans la langue d'enseignement à 15 ans », Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2015) – De la naissance à 17 ans, Institut de la statistique du Québec, vol. 8, fascicule 3, 24 p.
69. National Center for Education Statistics. (2002). *Education Longitudinal Study. Parent Questionnaire. Base Year*. Washington, D.C.: U.S. Department of Education,
70. Neria Y, Nandi A, Galea S. 2008. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol. Med.* 38:467–80.
71. Parr, A. K., & Bonitz, V. S. (2015). Role of family background, student behaviors, and school-related beliefs in predicting high school dropout. *The Journal of Educational Research*, 108(6), 504-514.
72. Perron M. et Veillette S. (2012). Territorialité, mobilisation des communautés et persévérance scolaire : la diffusion d'une innovation sociale au Québec. Dans Gilles, J.-L., Potvin, P. et Tièche Christinat, C. (Éd.). *Les alliances éducatives pour lutter contre le décrochage scolaire*. (pp. 169-189). Bern : Peter Lang.
73. Perron, M., Veillette, S. et I. Morin. 2013. Persévérance scolaire, territorialité et mobilisation des acteurs : état des lieux au Québec, *Administration et éducation*, 137 : 43-49.
74. perspective : early risk factors at home and school. *Teachers College Record*, 103(5),760-822.
75. Petry, M. 2009. Disordered Gambling and its treatment. *Cognitive and Behavioural Practice*. 16 (4): 457-467.

76. POTVIN, L., & HAYES, M.V. (2007). La recherche sur le lieu et la santé au Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 98, S58-S59.
77. PROVOST, M.-H., et autres. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 168 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)
78. RAYMOND, É., SÉVIGNY, A., & TOURIGNY, A. (2012). Participation sociale des aînés : La parole aux aînés et aux intervenants. Institut national de santé publique du Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 53 pages.
79. Reed, R., Jones, K., Walker, J., & Hoover-Dempsey, S. (2000, April). *Parents' motivation for involvement in children's education: Testing a theoretical model*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New Orleans.
80. Roxanne Willard, Jean-Patrice Baillargeon, Christine Brown, Irma Clapperton, Marie-France Langlois. "Predictors of adequate lifestyle counselling by health professionals in a region of Quebec in Canada". Manuscrit en préparation.
81. 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.
82. Roy, M., Levasseur, M., Doré, I., St-Hilaire, F., Michallet, B., Couturier, Y., Maltais, D., Lindström, B., & Généreux, M. (2017). Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating role of health assets on the association between adverse social position and health outcomes. *Preventive Medicine Journal*. In revision
83. Royer, É., R. Simard, F. St-Hilaire, M. Des Roches et B. Martin. Données non-publiées en préparation du Vision Santé publique. *Santé mentale des travailleurs de l'Estrie*. Octobre 2017.
84. SASSI, F., CECCHINI, M., LAUER, J., CHISHOLM, D. *Improving lifestyles, tackling obesity: The health and economic impact of prevention strategies*, OECD Health Working Papers, 2009;No. 48.
85. Schneider, B., Keesler, V. et Morlock, L. (2010). Les influences familiales sur l'apprentissage et la socialisation des enfants. Dans Organisation de coopération et de développement économiques (dir.), Comment apprend-on? La recherche au service de la pratique. Paris : OCDE.
86. SHIELDS, M. (2008). Appartenance à la communauté et l'autoévaluation de l'état de santé, Statistiques Canada.
87. Smith et al. (2010). Parental influences on child physical activity and screen viewing time: a population based study. *BMC Public Health*, 10(1), 593.
88. SOM recherches et sondages (2015). *Évaluation de la campagne drogue au volant 2015 « Toutes les drogues sont détectables » Rapport Final*. Québec, Qc : Société de l'assurance automobile du Québec.
89. SOURNIA, J.C. (1991). Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. Paris, Franterm.
90. State Farm. (2017). *Drug Impaired Driving Survey*. Retrieved from <http://www.multivu.com/players/English/8083051-state-farm-driving-marijuana/>
91. Statistique Canada, Questionnaire de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Composante annuelle 2015
92. Statistiques Canada 2011, l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) Composante sur le Diabète- Questionnaire de 2011
93. SWEETING, H., WEST, P., YOUNG, R., & DER, G. (2010). Can we explain increases in young people's psychological distress over time? *Social Science & Medicine*, 71, 1819-1830.
94. Thompson et al. (2017). How parents perceive screen viewing in their 5–6 year old child within the context of their own screen viewing time: a mixed-methods study. *BMC Public Health*, 17(1), 471.
95. TROIANO, R.P., BERRIGAN, D., DODD, K.W., MASSE, L.C., TILERT, T., & MCDOWELL, M. (2008). Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Medecine & Science in Sports & Exercice*, 40, 181–188.
96. Xu et al. (2015). Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *Journal of Obesity*, 2015.

## 17. ANNEXES AU PROTOCOLE DE RECHERCHE

**Annexe 1** : Appel d'offres à la communauté scientifique pour la constitution de l'ESPE 2018 et procédure régionale

**Annexe 2** : Questionnaire

**Annexe 3** : Cartographie des municipalités et communautés de l'Estrie

**Annexe 4** : Délimitation des territoires des communautés pour la région de l'Estrie

**Annexe 5** : Retombées de l'ESPE 2014

**Annexe 6** : Convention entre la Direction de santé publique et les chercheurs pour l'ESPE 2018