

ENQUÊTE DE SANTÉ POPULATIONNELLE ESTRIENNE (ESPE) 2014

PROTOCOLE DE RECHERCHE

13 mars 2014 (mise à jour 11 décembre 2014)

Chercheuse principale

Mélissa Généreux, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C., Directrice de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada). Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Chercheurs principaux

Chantal Bouffard, Ph.D., Département de pédiatrie, Service de génétique. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada)

Arnaud Gagneur, M.D., Ph.D., Département de pédiatrie, Service de néonatalogie. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Marie-France Langlois, M.D., Département de médecine, Service d'endocrinologie. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Danielle Maltais, Ph.D., Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi (Québec, Canada).

Alexa Martin-Storey, Ph.D., Département de psychoéducation, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Paul Morin, Ph.D., M.Sc., B.Sc., Centre de recherche affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

France St-Hilaire, Ph.D., Département de management et gestion des ressources humaines, Faculté d'administration, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Co-chercheurs

Régen Drouin, M.D., Ph.D., FACCMG, FCCMG, M.D., Ph.D., FACCMG, FCCMG, Département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier régional du Grand-Portage, Rivière-du-Loup (Québec, Canada).

Maryse Guay, M.D., M.Sc., Département des sciences de la santé communautaire. Centre de recherche du Centre de santé et de services sociaux Champlain – Charles-Le Moyne. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Geneviève Baron, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C., Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Geneviève Petit, M.D., M.Sc., Ph.D. (c), F.R.C.P.C., Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Jean-Patrice Baillargeon, M.D., Département de médecine et physiologie/biophysique. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Irma Clapperton, M.D. (collaboratrice non-chercheure), Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Caroline Temcheff, Ph.D., Département de psychoéducation, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Myriam Laventure, Ph.D., Département de psychoéducation, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Jeannette LeBlanc, Ph.D., Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Dominique Morin (collaborateur non-chercheur), Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Québec, Canada).

François Aubry, Ph.D., Chercheur d'établissement et responsable du centre de recherche, Centre affilié universitaire InterActions, CSSS Bordeaux Cartierville Saint Laurent, Montréal (Québec, Canada).

Chercheurs principaux

Élise Roy, M.D., M.Sc., Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Mathieu Roy, Ph.D., Ph.D., Chercheur d'établissement, Centre affilié universitaire (CAU) du Centre de santé et de services sociaux – Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) (Québec, Canada).

Sylvain Turcotte, Ph.D., M.Sc., Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Co-chercheurs

Geneviève Petit, M.D., M.Sc., Ph.D. (c), F.R.C.P.C., Direction de santé publique et de l'évaluation Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Mélanie Levasseur, erg., Ph.D., Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Bernard Michallet, Ph.D., Département d'orthophonie, Université du Québec à Trois-Rivières (Québec, Canada).

Isabelle Doré, Ph.D. (c), École de santé publique, Université de Montréal (Québec, Canada).

Yves Couturier, Ph.D., B.s.s., M.s.s., École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Bengt Lindström, M.D., Ph.D., Faculty of Social Sciences Technology Management, Norwegian University of Science and Technology (Trondheim, Norvège).

Mélissa Généreux, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C. (collaboratrice-intervenante), Directrice de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada). Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Alain Rochon, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C. (collaborateur-intervenant), Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Jocelyn Chouinard, M.A. (collaborateur-intervenant), coordonnateur de recherche clinique et conseiller à l'évaluation de programme, Centre de réadaptation Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Félix Berrignan, Ph.D., M.Sc., Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Gino Perreault, M.Sc., Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Olivier Tessier, M. ATDR., Groupe de recherche en intervention éducative et formation professionnelle en activité physique. Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke (Québec, Canada).

Daniel Auger, B.Sc. (collaborateur non-chercheur), Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

Coordonnateur du programme de subvention en santé publique

Pierrot Richard, M.Sc., Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke (Québec, Canada).

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 agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de la même province. 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 ASSS 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.

L'Estrie possède des atouts considérables et des forces significatives dans le domaine de la recherche scientifique, 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. La région de l'Estrie compte également plusieurs chercheurs œuvrant dans différents secteurs de la recherche scientifique, ainsi que certaines organisations de recherche structurantes, telles que des centres et des groupes de recherche, un centre affilié universitaire et plusieurs chaires de recherche réparties dans de nombreuses institutions. Devant cette spécificité régionale, la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie souhaite capitaliser sur ces forces et ces atouts en recherche pour solidifier sa propre planification stratégique intitulée : « [Tout depuis le début a une influence – La perspective du parcours de vie à travers les milieux et les environnements](#) ». Cette planification stratégique contient 14 priorités d'action :

1. Environnements intérieurs et extérieurs sains et sécuritaires
2. Développement global des enfants
3. Immunisation
4. Bien-être des jeunes
5. Comportements sexuels sains et responsables
6. Maladies à déclaration obligatoire et signalements
7. Traumatismes
8. Consommation et dépendances
9. Préparation et réponse aux urgences
10. Détresse psychologique chez les adultes
11. Continuum d'interventions et des services préventifs
12. Maladies chroniques
13. Participation des aînés dans leur communauté
14. Sécurité des milieux de vie

De nombreuses études scientifiques suggèrent que les 14 priorités d'action identifiées ci-haut affectent préférentiellement les strates les plus désavantagées d'une population. Il s'agit là d'un phénomène de santé publique que l'on appelle les inégalités sociales de santé (Evans & Marcynyszyn, 2004). 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.

Une connaissance plus fine de la distribution sociale (*i.e* selon le statut socioéconomique) et géographique (*i.e* selon le lieu de résidence) des problématiques de santé publique permettrait donc de mieux planifier des services préventifs adaptés aux besoins des différents groupes de la population estrienne, et de réduire la morbidité et la mortalité associées à différents facteurs de risque. Suivant une même logique, 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 planification stratégique 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).

Devant cette limitation majeure, la DSPE a choisi d'utiliser les fonds 2011-2014 du PSSP pour permettre la réalisation d'une enquête populationnelle à portée locale. 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 centres de santé et de services sociaux. L'originalité de cette enquête tient également au fait que son contenu est déterminé par voie de concours auprès des chercheurs de la région de l'Estrie. Afin de stimuler la recherche en santé publique, la DSPE a en effet lancé un concours d'appels de proposition à la fin de l'année 2013 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) 2014*. Bien sûr, ces questions devaient être en lien avec l'une ou l'autre des 14 priorités d'action de la planification stratégique de la DSPE. Ainsi, ce projet d'enquête répond aux besoins grandissants de surveillance et d'évaluation de la DSPE, 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

2.1 Vers une planification locale des soins et des services de santé

Au cours des dernières décennies, les systèmes de santé ont été restructurés de manière à favoriser la décentralisation de la planification de la santé, de sorte que les organisations locales soient davantage imputables de la santé de leur population (Shoveller & Green, 2002). Au Québec, selon la *Loi sur la santé et les services sociaux*, chacune des 18 régions sociosanitaires doit être développée sur un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Au cœur de chaque RLS, nous trouvons un établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS). Les CSSS sont nés de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH). Les intervenants de chaque RLS doivent partager collectivement une responsabilité envers la population de son territoire local. C'est cette responsabilité qui est appelée responsabilité populationnelle.

Pour ce faire, ils doivent, ensemble, rendre accessible un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de leur population locale (Gouvernement du Québec, 2005). Pour répondre de manière optimale aux besoins spécifiques de leur population locale, la planification de la santé dans les RLS doit être arrimée à une surveillance continue de l'état de santé. Ceci facilite grandement l'identification des besoins prioritaires et assure un monitoring continu de la santé d'une population (Litvak et al., 2005; Pinault et Daveluy, 2005).

De manière paradoxale, alors qu'on décentralise les systèmes de santé et qu'on préconise une planification locale des services de santé, la fonction surveillance de la santé, telle que définie dans la *Loi sur la santé publique*, est confiée exclusivement aux instances régionales et provinciales (Gouvernement du Québec, 2001). Derrière cette incongruité législative se cache également un autre problème, celui de l'accès à des données locales de qualité. En effet, la plupart des données utilisées dans le domaine de la surveillance de la santé sont tirées d'enquêtes provinciales et/ou régionales qui, limitées par la taille de leur échantillon, ne permettent pas de générer des estimés directs et précis à une échelle locale. C'est pourtant à cette échelle locale que les CSSS, soutenus par les directions régionales de santé publique, doivent travailler si elles souhaitent répondre à leur obligation de responsabilité populationnelle envers les besoins spécifiques des divers sous-groupes de leur population. Dans ce contexte, nous croyons qu'il est impératif de bonifier les systèmes de surveillance locaux et régionaux actuels, afin d'être en mesure d'identifier les problèmes locaux prioritaires, et ainsi, d'optimiser la planification de la santé à une échelle infra-régionale.

2.2 Des besoins spécifiques en Estrie

Divers enjeux de santé préoccupent plus particulièrement les intervenants de la DSPE 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 inégalités 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.

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 DSPE aux fins de constitution de l'ESPE 2014, et ensuite sélectionnées par un comité scientifique interne à la DSPE sur la base de leur congruence avec sa planification stratégique, ont été priorisées. L'examen approfondi de ces thématiques de santé permettra aux intervenants de la DSPE, ainsi qu'aux chercheurs estriens, de proposer des interventions de santé tenant compte des besoins spécifiques de la population estrienne et de certains sous-groupes d'individus qui la constituent.

2.2.1 Des environnements intérieurs et extérieurs sains et sécuritaires

Deux enjeux de santé publique ont été retenus par la DSPE sous la priorité d'action *Des environnements intérieurs et extérieurs sains et sécuritaires* de sa planification stratégique. Il s'agit de l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) et de la perception à l'égard de son quartier de résidence.

2.2.1.1 L'exposition aux rayons UV

Une exposition soutenue et prolongée aux rayons UV augmente considérablement le risque de cancer de la peau (Lucas, Repacholi, & McMichael, 2006). Ce type de cancer est d'ailleurs le cancer le plus fréquent au Canada (Ellison & Wilkins, 2012), aux États-Unis et dans les autres pays industrialisés (Diegpen & Mahler, 2002). Malgré sa faible létalité, il affecte préférentiellement les populations de type caucasienne et, par conséquent, la population québécoise (Ellison & Wilkins, 2012). Son traitement peut être très invasif (*e.g.* chirurgie esthétique) et nécessite plusieurs ressources de santé (Diegpen & Mahler, 2002; Marks, 1995). L'incidence du cancer de la peau augmente sans cesse et les personnes qui en sont atteintes le sont de plus en plus jeunes (Marks, 1995). Il est estimé qu'une personne sur six développera un cancer de la peau non mélanocytaire au cours de sa vie (Gloster & Broadland, 1996), alors qu'un canadien sur 110 développera plutôt un mélanome de la peau (Ellison & Wilkins, 2012). Le mélanome de la peau est associé à un moins bon pronostic de survie que le cancer de la peau non mélanocytaire (Green, Baade, Coory, Aitken, & Smithers, 2012). Il est particulièrement attribuable aux coups de soleil, alors que les cancers non mélanocytaires sont plutôt associés à une exposition soutenue aux rayons UV (Green et al., 2012). Une exposition soutenue aux rayons UV est également associée à d'autres issues de santé négatives, telles qu'un vieillissement accéléré de la peau, un risque plus élevé de cataractes et diverses réactions immunosuppressives (Zemstov, 2010).

L'exposition aux rayons UV est donc un enjeu important de santé publique. Toutefois, nous ne possédons acuellement aucune donnée locale sur les comportements d'exposition au soleil et aux rayons UV de la population estrienne. Nous ne connaissons pas plus les taux de fréquentation des salons de bronzage, l'historique personnelle de coups de soleil et les pratiques d'utilisation de crème solaire. À notre connaissance, une seule étude québécoise a porté sur la fréquentation des adultes aux salons de bronzage dans les régions de Montréal et de Québec (Rhains, De Guire, & Claveau, 1999). La prévalence à vie d'exposition aux salons de bronzage dans cette étude était de 20,2 %. Cette proportion était plus élevée chez les femmes, chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans et chez les célibataires (Rhains et al., 1999). Fait plus inquiétant encore, 26,0 % des gens exposés aux salons de bronzage se sont plaints d'effets secondaires sur la peau (*i.e.* brûlures), malgré que 60,0 % de ceux-ci considéraient qu'il n'y a pas de risque associé à leur pratique d'exposition.

2.2.1.2 La perception à l'égard du quartier de résidence

La perception des individus à l'égard de leur quartier de résidence 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).

D'abord attribuées à certains facteurs individuels (*i.e.* niveau de scolarité, revenu, comportements de santé), ces associations, entre un environnement local de qualité et de meilleures issues de santé physique et mentale, sont de plus en plus observées, et ce, malgré un contrôle statistique de plusieurs variables individuelles (Macintyre, Ellaway, & Cummins, 2002; Vlahov, Gibble, Freudenberg, & Galea, 2004). Ceci suggère donc un effet de l'environnement sur la santé des individus allant au-delà des caractéristiques personnelles des gens vivant dans les différents quartiers.

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. À notre connaissance, aucune mesure de perception du quartier de résidence n'est actuellement disponible à l'échelle régionale en Estrie et donc encore moins à une échelle infrarégionale. Il s'agit là d'une limitation à laquelle nous souhaitons remédier dans l'ESPE 2014.

2.2.2) L'immunisation

Deux enjeux de santé publique ont également été retenus par la DSPE sous la priorité d'action « *Immunisation* » de sa planification stratégique. Il s'agit de l'adhérence au programme d'immunisation du Québec ainsi que le recours au vaccin contre la grippe saisonnière.

2.2.2.1 L'adhérence au programme québécois d'immunisation

La vaccination est la plus grande réalisation de l'histoire de la santé publique moderne. De toutes les interventions sanitaires, la vaccination est l'une des plus efficaces. Elle a permis d'éradiquer la variole, de réduire de 99 % l'incidence mondiale de la poliomyélite et de faire baisser de façon spectaculaire la morbidité, les incapacités et la mortalité dues à la diphtérie, au tétanos, à la coqueluche et à la rougeole (Vivion, 2013). Son efficacité et sa capacité dans le contrôle des maladies infectieuses ne sont donc plus à démontrer (Turnhock, 2011). Toutefois, et malgré les nombreuses preuves scientifiques existantes et de haut calibre, certains individus refusent encore d'être vacciné ou de faire vacciner leurs enfants (Bénin, Wisler-Scher, Colson, Shapiro, & Holmboe, 2006). La DSPE souhaite aller de l'avant avec cette thématique de santé en examinant les raisons et les motivations sous-jacentes au refus à la vaccination.

Nous n'avons qu'une idée partielle des facteurs expliquant l'adhésion des Estriens au programme québécois d'immunisation. Bien qu'en général, la population soit favorable à la vaccination, plusieurs études scientifiques ont démontré une faiblesse des connaissances sur la vaccination ainsi qu'une recrudescence des attitudes négatives à son sujet (Gust, 2008). Il est possible que la vaccination soit victime de son succès. En effet, les craintes relatives à la sécurité des vaccins s'accroissent au fur et à mesure que diminue l'exposition de la population aux maladies évitables par la vaccination. Il est de plus en plus question d'un phénomène nommé l'hésitation à la vaccination (Vivion, 2013). Plutôt que de répartir les individus en deux groupes distincts (*i.e.* ceux qui acceptent la vaccination et ceux qui la refusent), les recherches récentes suggèrent plutôt de se représenter l'acceptation de la vaccination le long d'un continuum, allant des individus qui refusent fermement toute vaccination à ceux qui en font la demande active (Bénin et al., 2006; Burton-JeanGros, 2004).

Entre les deux pôles du continuum se situe un groupe intermédiaire, les individus « hésitants » à la vaccination (Bénin et al., 2006; Burton-JeanGros, 2004 ; Vivion, 2013). Ceux-ci peuvent refuser certains vaccins mais en accepter d'autres, retarder la vaccination de leurs enfants ou alors suivre les recommandations vaccinales des autorités de santé publique tout en ayant des craintes et des doutes importants sur son efficacité (Burton-JeanGros, 2004). L'importance du programme d'immunisation du Québec chez les enfants n'est pourtant plus à démontrer scientifiquement (Vivion, 2013). Des questions portant sur l'adhérence des Estriens quant au programme québécois d'immunisation, ainsi qu'à leur perception à son égard, seront donc intégrées à l'ESPE 2014 afin d'obtenir de l'information sanitaire permettant d'optimiser les messages de santé publique véhiculés lors des campagnes de promotion de la vaccination.

2.2.2.2 Le recours au vaccin contre la grippe saisonnière

La vaccination antigrippale est le principal moyen de prévention permettant de réduire l'impact des épidémies d'influenza saisonnière (Vivion, Dubé, & Gagnon, 2013). Il s'agit aussi de l'intervention la plus efficace pour réduire la morbidité, les hospitalisations et la mortalité dues à la grippe saisonnière (Valiquette et al., 2007). La prévention des complications de la grippe saisonnière par la vaccination est d'ailleurs l'une des priorités de santé au Québec (MSSS, 2008). En lien avec cette priorité, le MSSS a mis sur pied un programme de vaccination massif et gratuit contre la grippe saisonnière au Québec. Les personnes visées par ce programme sont celles présentant un risque élevé de complications liées à la grippe (*e.g.* personnes âgées, personnes avec maladies chroniques, jeunes enfants) ou celles étant susceptibles de transmettre l'infection aux personnes vulnérables, notamment les travailleurs de la santé et des services sociaux (MSSS, 2012).

Au Québec, malgré les efforts consentis, l'objectif du *Programme national de santé publique* de vacciner 80 % des personnes à risque de complications est loin d'être atteint (Vivion et al., 2013). En effet, les résultats des enquêtes sur les couvertures vaccinales réalisées au Québec indiquent que 21 % des travailleurs du réseau de la santé avaient été vaccinés contre la grippe saisonnière entre janvier et avril 2010 (Dubé et al., 2011). Lors de la campagne de vaccination de 2011-2012, cette prévalence n'était que de 44 % chez les travailleurs de la santé âgés de 18 à 59 ans (Dubé et al., 2013), et cette prévalence était encore plus faible en Estrie. Bien que la vaccination soit offerte gratuitement aux travailleurs de la santé sur leur lieu de travail et que plusieurs activités de promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière aient lieu chaque automne au Québec, sa pénétration auprès des travailleurs de la santé est sous-optimale. C'est pourquoi il est important de bien comprendre les barrières et les facteurs qui facilitent la vaccination contre la grippe saisonnière auprès des groupes ciblés par le programme québécois, afin d'améliorer les stratégies et les interventions de promotion de la vaccination. En Estrie, des données fiables et précises sur les couvertures vaccinales antigrippales au niveau régional et infrarégionale ne sont pas disponibles. Nous voyons dans l'ESPE 2014 une occasion d'innover à cet égard.

2.2.3 La consommation et les dépendances

La priorité d'action *Consommation et dépendances* de la planification stratégique de la DSPE a aussi été abordée. L'ESPE 2014 traitera donc de la consommation de substances psychoactives (prescrites et non prescrites).

Une substance psychoactive se définit comme étant une substance agissant sur le cerveau humain et modifiant l'activité mentale, les sensations et/ou les comportements. Les troubles sociaux liés à la consommation d'une telle substance sont estimés à 10 milliards de dollars au Canada, en 2002 uniquement (Rehm et al., 2006). La consommation de substances psychoactives est en cause dans de nombreux problèmes de santé publique, tels que les traumatismes, les suicides, les blessures, les homicides, diverses maladies infectieuses (e.g. hépatites, syndrome de l'immuno-déficience acquise) et non infectieuses (e.g. cancers, dépression) (Rehm et al, 2006 ; Silquini, Piat, & Renga; 2007).

Aux États-Unis, les coûts annuels liés à la prise d'opioïdes sur ordonnance, mais à des fins non médicales, s'élèvent à plus de 50 milliards de dollars (Manchikanti et al, 2012). Par ailleurs, le renouvellement rapide des drogues de synthèse et leur grande accessibilité font craindre le pire quant aux effets potentiels et encore méconnus qu'elles peuvent engendrer sur la santé des individus et des populations. Pour l'heure, il n'existe pas de système local de surveillance des médicaments et des substances psychoactives au Québec. Les données existantes à ce sujet sont parcellaires et quasi inexistantes à l'échelle des régions administratives. Bien que certaines enquêtes menées par l'Institut de la statistique du Québec permettent des analyses par région, les données les plus récentes chez les adultes datent de l'année 2008 (Enquête québécoise sur la santé de la population). Une enquête plus récente (2010-2011) a bien abordé la question, mais chez des jeunes du secondaire uniquement (Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaire). De nouvelles tendances de consommation se dessinent en raison de la diversification importante des produits disponibles, ainsi que de la multiplication des sources d'approvisionnement (e.g. Internet). On n'a qu'à penser à la hausse phénoménale de la consommation de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales observée en Amérique du Nord avec, pour conséquences, d'importantes éclosions de surdoses mortelles dues aux opioïdes (Manchikanti et al, 2012). Au Québec, les intoxications mortelles par opioïdes dans la population auraient augmenté d'environ 10 % par année entre les années 2000 et 2009 (Gagné et al., 2013). La DSPE souhaite donc joindre le mouvement et obtenir de l'information locale et fiable sur ces comportements de santé.

2.2.4 La détresse psychologique chez les adultes

Deux thématiques de santé publique ont été retenues par la DSPE sous la priorité d'action « *Détresse psychologique chez les adultes* » de sa planification stratégique. Ces deux thématiques abordent le même construit (i.e. la santé mentale), mais différemment. La première thématique traite du pendant négatif de la santé mentale, alors que la seconde aborde plutôt la santé mentale positive.

2.2.4.1 La détresse psychologique

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). 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 & Nanhou, 2008). Selon l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (2005), c'est un québécois sur cinq qui présente une détresse psychologique élevée (Camirand & Nanhou, 2008).

Une enquête menée par les autorités de santé publique du Québec démontre également que près d'un québécois sur 10 rapporte avoir vécu une période de dépression au cours des 12 derniers mois (Institut national de santé publique du Québec, 2006). Encore une fois, peu de données locales existent sur la détresse psychologique en Estrie. Nous croyons donc qu'il est nécessaire d'actualiser l'information sanitaire régionale sur ce sujet. Nous croyons également qu'il est pertinent de le faire dès maintenant en regard des événements qui se sont produits dans la municipalité de Lac-Mégantic en juillet 2013, découlant du déraillement d'un train.

2.2.4.2 La santé mentale positive

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 DSPE, qui reconnaît l'importance d'agir à la fois sur les facteurs de risque et de protection, croit que ce type d'approche peut grandement faciliter l'élaboration d'interventions spécifiques en promotion de la santé. C'est pourquoi elle a intégré deux mesures de santé positive à l'ESPE 2014, soit la résilience et la santé mentale positive.

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

2.2.5 Les maladies chroniques et le continuum d'interventions et de services préventifs

Deux enjeux de santé publique ont été retenus par la DSPE sous les priorités d'action « *Maladies chroniques* » et « *Continuum d'interventions et de services préventifs* » de sa planification stratégique. Il s'agit des services préventifs en milieu clinique ainsi que de la pratique régulière d'activité physique.

2.2.5.1 Les services préventifs en milieu clinique

Les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité de par le monde (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). Plus l'âge d'un individu augmente, plus sa probabilité d'être atteint d'une maladie chronique augmente également, si bien que près de 100 % des personnes âgées de 65 ans et plus rapportent au moins la présence d'une maladie chronique (www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/information/factsheets_FR_web.pdf). 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. Les systèmes de surveillance de la santé doivent tenir compte de cet objet, afin que les RLS puissent adapter leur offre de service en fonction des besoins spécifiques de leur population locale.

Les écrits scientifiques démontrent depuis longtemps que les médecins de famille peuvent servir de catalyseur et/ou de modèles afin d'influencer positivement et de manière durable les comportements de santé de leurs patients (Groulx, 2007; Lipkin, Putnam, & Lazare, 1995). Les occasions des médecins de famille d'agir à titre d'agent promoteur de la santé sont effectivement nombreuses. Ceux-ci rencontrent en effet près de 70 % de la population au moins une fois sur une base annuelle (Kikano, Gross, Stange, 1999).

Les médecins ne se sentent toutefois pas toujours compétents afin de conseiller leurs patients au sujet de leurs habitudes de vie. Il importe donc de connaître en quoi ceux-ci se sentent parfois incompetents et quels sont les facteurs pouvant mieux les armer dans ce type de mission. D'autres professionnels de la santé pourraient également avoir une influence positive et durable sur le changement de comportement, ainsi que sur l'adoption et le maintien de saines habitudes de vies chez les individus et les populations. Forts de ces observations, les acteurs de la région souscrivent à une démarche intégrative de prévention et de gestion des maladies chroniques dans les services de santé de première ligne en Estrie. Pour améliorer les interventions préventives et thérapeutiques, il devient donc incontournable de considérer le patient comme un partenaire expert de sa propre santé et de la gestion de sa maladie (Lipkin et al. 1995). Dans cette perspective, la connaissance de la perception des patients sur la prestation de certains services préventifs, ainsi que sur le type de professionnel de la santé jugé apte à aider l'individu dans sa quête de santé (en fonction de caractéristiques sociodémographiques, telles que l'âge, le sexe, la défavorisation matérielle et sociale, l'immigration, le lieu de résidence), permettrait sans doute de maximiser l'atteinte des résultats de santé escomptés et d'adapter les services en fonction de besoins spécifiques.

2.2.5.2 La pratique régulière d'activité physique

Des résultats provenant d'une étude scientifique mesurant l'activité physique à l'aide d'accéléromètres démontrent que moins de 5 % des adultes rencontreraient le niveau quotidien recommandé d'activité physique (Troiano et al., 2008). Pourtant, lors d'études populationnelles effectuées sur des échantillons d'adultes semblables, ceux-ci croient à tort, ou du moins, déclarent pratiquer suffisamment d'activité physique sur une base journalière (National Obesity Observatory, 2011; <http://www.noo.org.uk/>). Cette différence dans la perception des recommandations de santé publique quant à la pratique quotidienne d'activité physique et sa pratique réelle peut-elle s'expliquer par une méconnaissance des directives relatives à cet égard? Une étude canadienne a récemment mis en lumière que seulement 4 à 5 % des adultes peuvent énoncer correctement le niveau recommandé d'activité physique quotidien pour leur catégorie d'âge (Cameron, Craig, Bull et Bauman, 2007).

Afin de mieux saisir cette problématique et éventuellement pour développer des stratégies pouvant bonifier la pratique d'activité physique chez les individus et dans la population, il importe de s'attarder à la connaissance de la population quant à la durée quotidienne requise d'activité physique (de même qu'à son intensité) recommandée par les principaux organismes internationaux. À notre connaissance, aucune enquête locale et/ou régionale ne traite des connaissances de la population concernant les directives relatives à la pratique quotidienne d'activité physique. La DSPE souhaite innover à cet égard en confrontant les recommandations actuelles concernant l'activité physique à la perception de la population, quant à ces recommandations et aux facteurs facilitant l'atteinte de ces recommandations.

2.2.6 Participation des aînés dans leur communauté

On propose d'aborder la priorité d'action *Participation des aînés dans leur communauté* de la planification stratégique de la DSPE sous l'angle plus spécifique de la participation sociale. 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).

Puisque la région sociosanitaire de l'Estrie n'échappe pas au vieillissement de sa population, la DSPE souhaite obtenir de l'information locale et fiable quant à la participation de ses membres âgés de 60 ans et plus aux activités de leurs divers groupes sociaux. Cette information servira de substrat nourrissant les équipes d'intervention visant à développer des stratégies faisant la promotion d'un vieillissement réussi et en santé.

2.2.7 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.

En plus des caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques de santé habituelles, il est pertinent de tenir compte du statut de minorité sexuelle. En effet, les écrits suggèrent que l'orientation sexuelle (*i.e.* hétérosexuel, bisexuel ou homosexuel) puisse être une source de discrimination sociale basée sur les préférences sexuelles. De plus, il semble que les personnes ayant une préférence sexuelle pour les personnes du même sexe rencontrent plus fréquemment certains problèmes de santé, dont la consommation abusive de substances psychoactives, la détresse psychologique et la dépression (Institute of Medicine, 2011).

Bien que le statut de minorité sexuelle soit relativement facile à évaluer, cette question n'est pas fréquemment incluse dans les enquêtes populationnelles par crainte d'offusquer les participants. Or, il est établi que cette crainte, bien que légitime, soit à l'origine d'un manque d'information sanitaire permettant de mieux planifier l'offre de services de santé envers cette population d'individus considérés plus vulnérables à divers enjeux de santé publique.

Par ailleurs, la région de l'Estrie a été marquée d'une catastrophe sans précédent à l'été 2013 dans la municipalité de Lac-Mégantic. Les recherches démontrent que ce genre de catastrophe est fortement susceptible d'être à l'origine de diverses répercussions négatives sur la santé physique et mentale de différents types de victimes (primaires, secondaires, tertiaires et périphériques). Les victimes primaires sont les personnes traumatisées, blessées, évacuées, endeuillées et celles ayant subi des dommages ou des pertes. Les victimes secondaires sont les proches des victimes primaires. Les victimes tertiaires sont les divers intervenants (et leurs proches), rémunérés ou non, de première et de deuxième ligne, qui ont été impliqués dans les phases d'intervention et de rétablissement. Les victimes périphériques sont les individus vivant dans la communauté, sans avoir été témoins de la catastrophe ou n'ayant pas subi de pertes de proches ou à leurs biens, mais qui peuvent être affectés par l'évènement, ainsi que les individus qui subissent involontairement les contrecoups de la tragédie (e.g. perte d'emploi en raison de dommages subis dans leur milieu de travail). Il est donc proposé de considérer le statut de victime de la catastrophe de Lac-Mégantic dans l'ESPE 2014 à titre de caractéristique individuelle pouvant être mise en relation avec les problématiques de santé publique retenues.

2.2.8 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 DSPE en regard de leur congruence avec sa planification stratégique, ont été introduites dans l'ESPE 2014. 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 2014, classées sous leur priorité d'action respective (en regard de la planification stratégique de la DSPE)

Priorités d'action de la planification stratégique	Thématiques de santé publique exploitées
1) Des environnements intérieurs et extérieurs sains et sécuritaires	a) L'exposition aux rayons UV b) La perception à l'égard du quartier de résidence
2) L'immunisation	a) L'adhérence au programme québécois de vaccination b) Le recours au vaccin contre la grippe saisonnière
3) La consommation et les dépendances	a) La consommation de substances psychoactives (prescrites et non prescrites)
4) La détresse psychologique chez les adultes	a) La détresse psychologique b) La santé mentale positive
5 et 6) Les maladies chroniques et le continuum d'interventions et de services préventifs	a) Les services préventifs en milieu clinique b) La pratique régulière d'activité physique
7) La participation des aînés dans leur communauté	a) La participation sociale

Nous croyons que l'inclusion de questions visant l'étude de ces thématiques de santé dans l'ESPE 2014 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 DSPE 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, trois objectifs spécifiques de recherche sont proposés :

1. Estimer la prévalence en Estrie (et dans chaque territoire de CSSS et arrondissement de la Ville de Sherbrooke) des issues et des déterminants de santé (facteurs de risque ou de protection) proposés dans l'ESPE 2014.
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 2014, en fonction d'indicateurs sociaux et géographiques.
3. Étudier l'impact des issues et des déterminants de santé retenus dans l'ESPE 2014 sur l'utilisation des soins et des services de santé.

Hypothèses de recherche

Malgré l'insuffisance des écrits scientifiques portant sur les issues et les déterminants de santé à une échelle locale, certaines hypothèses de recherche générales peuvent tout de même être formulées :

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 de CSSS 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, suivie d'une étude de cohorte prospective. Une étude transversale est appropriée en regard de nos deux premiers 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. Sous l'approbation des participants, nous souhaitons également mettre sur pied une cohorte prospective en jumelant les données issues de l'étude téléphonique (ou Web) transversale, considérées comme les données d'entrée dans la cohorte, aux données issues de banques médico-administratives, afin d'assurer un suivi longitudinal « passif » de ces participants et ainsi de pouvoir répondre à notre troisième objectif de recherche spécifique.

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.

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 8 700. De ce nombre, près de la moitié ($n = 3\,900$) proviendra de la Ville de Sherbrooke. Le reste des participants sera issu des autres territoires de CSSS en Estrie. La répartition exacte de l'échantillon d'enquête souhaité est la suivante :

Tableau 2.

La répartition des participants dans l'ESPE 2014 selon l'unité géographique échantillonnée

Unité géographique	Nombre de répondants souhaités
CSSS du Granit	800
CSSS des Sources	800
CSSS du Haut-Saint-François	800
CSSS du Val-Saint-François	800
CSSS de la MRC de Coaticook	800
CSSS de Memphrémagog	800
CSSS-IUGS (sommation des arrondissements)	3 900
Arrondissement de Brompton	350
Arrondissement de Fleurimont	800
Arrondissement de Lennoxville	350
Arrondissement du Mont-Bellevue	800
Arrondissement de Jacques-Cartier	800
Arrondissement de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville	800
ESTRIE	8 700

Les 8 700 répondants seront de plus nichés à l'intérieur d'une des 66 communautés estriennes existantes (Annexes 3 et 4). Les communautés estriennes, dont 33 sont localisées à Sherbrooke, ont été identifiées au printemps 2008 à l'aide d'une démarche participative impliquant une soixantaine d'acteurs estriens du développement des communautés (incluant l'ASSS de l'Estrie). Les communautés estriennes sont des entités géographiques plus fines que les territoires de CSSS. 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 environ 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 ≥ 18 ans) et 3) sélection aléatoire d'un membre du ménage âgé ≥ 18 ans. Le répondant sélectionné aléatoirement dans le ménage ne pourra pas être substitué. En cas de non-disponibilité du répondant choisi, des rappels seront faits pour compléter l'entrevue au moment de son choix. Les répondants seront contactés à leur domicile à des moments variés pour une participation volontaire à une entrevue téléphonique (réalisée en français ou en anglais, dépendamment de la langue choisie par le répondant sélectionné) d'une durée approximative de 25 à 30 minutes. Les répondants qui le préfèrent pourront répondre au sondage par voie électronique sur un site Web.

Étant donné la nature du sujet à l'étude, le peu d'inconvénients occasionnés pour le répondant (hormis la perte de temps) et la possibilité de répondre au questionnaire 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).

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 CSSS et par arrondissement de la Ville de Sherbrooke permettra donc d'estimer avec une bonne précision la prévalence des problématiques de santé publique retenues pour l'ESPE 2014 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 8 700 répondants nichés dans 66 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 2014 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 leurs réponses puissent être jumelées avec diverses données de banques médico-administratives (*e.g.* les données cliniques du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke) à des fins de recherche uniquement. Autrement dit, certains répondants accepteront de faire partie à la fois de l'étude transversale téléphonique (ou Web) et de l'étude de cohorte prospective, alors que d'autres n'accepteront que de participer à l'étude transversale téléphonique (ou Web)

6. VARIABLES

6.1 Variables utilisées pour l'étude téléphonique transversale (Objectifs spécifiques 1 et 2)

Dans cette première partie du projet de recherche, nous répondrons aux deux premiers objectifs spécifiques du protocole de recherche. Pour répondre à ces deux objectifs de recherche spécifiques, voici les principales variables qui seront examinées. 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 2014 réparties sous forme de bloc de questions proposées par les chercheurs

Principales variables	Opérationnalisation
Bloc 1 : Activité physique (Sylvain Turcotte)	
Connaissance des niveaux recommandés d'activité physique	Définition : Nombre de minutes par jour que : a) les adultes et b) les enfants devraient être physiquement actifs Catégories : 10, 20, 30, 60, 120 minutes. Filtre : Question posée a) à tous et b) aux parents d'enfants de moins de 18 ans.
Facteurs favorisant une augmentation de la pratique d'activité physique	Définition : Éléments permettant d'augmenter la pratique : a) individuelle ou b) familiale d'activité physique. Catégories : Se sentir compétent (bonnes habiletés), des infrastructures sportives à proximité, une meilleure offre à moindre coût, avoir du temps à son horaire, rien. Filtre : Question posée : a) à tous et b) aux parents d'enfants de moins de 18 ans.
Actions soutenant l'activité physique des enfants	Définition : Fréquence des actions adoptées pour soutenir la pratique d'activité physique des enfants. Sous-items : 4 items (e.g. pratique de l'activité physique avec ses enfants une fois/semaine, accompagnement à travers leur pratique d'activité physique. Catégories : Jamais, rarement, à l'occasion, souvent, toujours. Filtre : Question posée aux parents d'enfants de moins de 18 ans.
Bloc 2 : Perception de son quartier de résidence (Paul Morin)	
Sentiment d'appartenance à la communauté locale	Définition : Sentiment d'appartenance à la communauté locale. Catégories : Très fort, plutôt fort, plutôt faible, très faible. Filtre : Question posée à tous.
Satisfaction quant au quartier	Définition : Le fait d'être satisfait du quartier. Catégories : Tout à fait satisfait, plutôt satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait. Filtre : Question posée à tous.
Sécurité perçue	Définition : Degré auquel on se sent en sécurité dans le quartier. Catégories : Tout à fait en sécurité, plutôt en sécurité, peu en sécurité, pas du tout en sécurité. Filtre : Question posée à tous.
Qualité de vie du quartier	Définition : Évolution de la qualité de vie dans le quartier dans les deux dernières années. Catégories : Améliorée, empirée, restée pareille. Filtre : Question posée à tous.

Présence de problèmes dans le quartier	<p>Définition : Degré auquel certaines situations sont problématiques dans le quartier.</p> <p>Sous-items : 14 items (e.g. pollution de l'air, manque d'arbres sur les rues, manque de trottoirs pour marcher).</p> <p>Catégories : Un très gros problème, un assez gros problème, un petit problème, aucun problème.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Bloc 3 : Accès aux soins et aux services de santé (Marie-France Langlois)	
Accès à un médecin de famille	<p>Définition : Le fait d'avoir accès à un médecin de famille.</p> <p>Catégories : Oui, non. Si oui, fait-il partie d'un groupe de médecine familiale (GMF)?</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Consultation de professionnels de la santé	<p>Définition : Le fait d'avoir consulté les professionnels de santé suivants au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Sous-items : 6 items (médecin de famille, médecin spécialiste, infirmière, nutritionniste, kinésiologue, pharmaciens).</p> <p>Catégories : Oui, non.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Paramètre de santé mesuré par un professionnel de la santé	<p>Définition : Paramètres de santé mesurés par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Sous-items : 3 items (poids, tour de taille, pression artérielle).</p> <p>Catégories : Oui, non. Si oui, choix parmi : médecin de famille, médecin spécialiste, infirmière, nutritionniste, kinésiologue, pharmacien.</p> <p>Filtre : Question posée aux adultes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 12 derniers mois.</p>
Conseil d'un professionnel de la santé	<p>Définition : Conseils reçus par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Sous-items : 6 items (poids, alimentation, activité physique, stress, alcool, tabac si fumeur).</p> <p>Catégories : Oui, non. Si oui, choix parmi : médecin de famille, médecin spécialiste, infirmière, nutritionniste, kinésiologue, pharmacien.</p> <p>Filtre : Question posée aux adultes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 12 derniers mois.</p>
Bloc 4 : Exposition aux rayons UV (Chantal Bouffard)	
Type de peau	<p>Définition : Situation qui correspond le plus à sa peau.</p> <p>Catégories : Type 1 à 6 (voir détails dans le questionnaire).</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Intensité de l'exposition à un salon de bronzage	<p>Définition : Fréquence d'exposition à un salon de bronzage au cours des 5 dernières années.</p> <p>Catégories : 0 à 9, 10 à 19, 20 à 49, 50 et plus.</p> <p>Filtre : Question posée aux adultes de 18-64 ans ayant déjà fréquenté un salon de bronzage.</p>
Impact négatif d'une exposition au salon de bronzage	<p>Définition : Le fait d'avoir eu des coups de soleil ou des brûlures à la suite d'une séance au salon de bronzage au cours des 5 dernières années.</p> <p>Catégories : Jamais, quelques fois, plusieurs fois.</p> <p>Filtre : Question posée aux adultes de 18-64 ans ayant déjà fréquenté un salon de bronzage.</p>
Intensité de l'exposition au soleil	<p>Définition : Fréquence d'exposition à des séances d'exposition au soleil dans le seul but de se faire bronzer au cours des 5 dernières années.</p> <p>Catégories : 0 à 9, 10 à 24, 25 à 74, 75 et plus.</p> <p>Filtre : Question posée aux adultes de 18-64 ans ayant déjà été exposés au soleil dans le seul but de se faire bronzer.</p>

Voyages dans le Sud	<p>Définition : Fréquence des vacances dans le Sud pour prendre du soleil.</p> <p>Catégories : Jamais, une fois seulement, à l'occasion, une fois toutes les 2-3 ans, au moins une fois/année.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Moyens de protection face aux rayons UV	<p>Définition : Moyens de protection utilisés lors des expositions au soleil (bronzage, voyages dans le Sud, activités extérieures).</p> <p>Sous-items : 4 items (crème solaire, vêtements, rester à l'ombre, éviter les moments où le soleil est le plus fort).</p> <p>Catégories : Toujours, souvent, occasionnellement, rarement, jamais.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Perception quant au bronzage	<p>Définition : Éléments (positifs ou négatifs) associés au bronzage ou le fait de se faire bronzer.</p> <p>Catégories : Beauté, santé, bien-être, relaxation, pouvoir, confiance en soi, succès, cancer de la peau, vieillissement accéléré de la peau, vitamine D, séduction, traitement de maladies cutanées comme l'acné et le psoriasis, autres.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Risques du bronzage	<p>Questions : Risques à se faire bronzer.</p> <p>Catégories : Aucun risque, coups de soleil-brûlures, tâches brunâtres-changements de la couleur de la peau, risque de cancer de la peau, risque d'accélérer le vieillissement de la peau, autres.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Historique de coups de soleil	<p>Définition : Nombre de coups de soleil (peau rouge et douloureuse) au cours de la vie.</p> <p>Catégories : 0, 1 à 9, 10 à 19, 20 et plus.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Historique de cancer de la peau	<p>Définition : Le fait d'avoir déjà eu un cancer de la peau.</p> <p>Catégories : Oui, non.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Bloc 5 : Vaccination (Arnaud Gagneur)	
Connaissances sur la vaccination	<p>Définition : Degré de connaissances sur la vaccination.</p> <p>Catégories : Très satisfaisantes, plutôt satisfaisantes, plutôt insatisfaisantes, très insatisfaisantes.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Perception de la vaccination (général)	<p>Définition : Opinion quant au fait que : a) une bonne hygiène de vie, b) le recours aux médecines alternatives peut éliminer la nécessité de la vaccination, ou c) les enfants reçoivent trop de vaccins.</p> <p>Catégories : Tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, tout à fait en désaccord.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Perception de vaccins spécifiques	<p>Définition : Opinion quant à des vaccins spécifiques.</p> <p>Sous-items : 3 items (vaccins contre la rougeole, le rotavirus, et le virus du papillome humain).</p> <p>Catégories : Très favorable, favorable, assez favorable, très défavorable.</p> <p>Filtre : Questions posées aux parents d'enfants de moins de 18 ans.</p>
Vaccin contre la grippe saisonnière	<p>Définition : Le fait d'avoir reçu le vaccin contre la grippe depuis octobre 2013.</p> <p>Catégories : Oui, non.</p> <p>Filtre : Question posée aux groupes ciblés par le programme.</p>

Perception de la grippe ou du vaccin contre la grippe	<p>Définition : Degré d'accord avec certains énoncés relatifs à la grippe ou le vaccin contre la grippe.</p> <p>Sous-items : 9 items (e.g. ne pas se considérer pas à risque d'attraper la grippe, le vaccin contre la grippe peut causer la grippe).</p> <p>Catégories : Tout à fait en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, tout à fait en désaccord.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Bloc 6 : Santé positive (Mathieu Roy)	
Participation sociale (indice calculé à partir de 8 items)	<p>Définition : Fréquence de participation à diverses activités sociales au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Sous-items : 8 items (e.g. des activités familiales ou avec des amis à l'extérieur du ménage).</p> <p>Catégories : Au moins 1 fois/jour, au moins 1 fois/semaine, au moins 1 fois/mois, au moins 1 fois/an, jamais.</p> <p>Filtre : Question posée aux adultes de 60 ans et plus.</p>
Résilience (indice calculé à partir de 10 items)	<p>Définition : Degré auquel diverses propositions conviennent ou peuvent s'appliquer à sa situation au cours du dernier mois.</p> <p>Sous-items : 10 items (e.g. être capable de s'adapter lorsque des changements surviennent).</p> <p>Catégories : Pratiquement tout le temps, souvent, parfois, rarement, pas du tout.</p> <p>Filtre : Questions posées à tous.</p>
Santé mentale positive (indice calculé à partir de 14 items)	<p>Définition : Fréquence à laquelle on s'est senti au cours du dernier mois...</p> <p>Sous-items : 14 items (e.g. heureux, intéressé par la vie, satisfait à l'égard de la vie).</p> <p>Catégories : Jamais, rarement, quelquefois, souvent, la plupart du temps, tout le temps.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Bloc 7 : Détresse psychologique (France Saint-Hilaire)	
Détresse psychologique	<p>Définition : Fréquence à laquelle on s'est senti au cours des 6 dernier mois...</p> <p>Sous-items : 6 items (e.g. nerveux, désespéré).</p> <p>Catégories : Jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Symptômes dépressifs	<p>Définition : Le fait de s'être senti triste, mélancolique, déprimé ou plus, ou d'avoir connu une perte d'intérêt pour les choses que l'on aime habituellement, pour une période de 2 semaines consécutives au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Catégories : Oui, non. Si oui, ce problème était-il partiellement, complètement ou pas du tout relié à l'emploi principal actuel.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Niveau de stress	<p>Définitions : Niveau de stress la plupart des journées.</p> <p>Catégories : Pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressante, assez stressante, extrêmement stressantes.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>
Source de stress	<p>Définition : Principale source de stress.</p> <p>Catégories : Travail, inquiétudes financières, famille, manque de temps, problèmes personnels, autre.</p> <p>Filtre : Question posée à tous.</p>

Bloc 8 : Comportements sexuels (Alexa Martin-Storey)

Orientation sexuelle

Définition : Orientation sexuelle en fonction de l'attraction romantique ou des relations sexuelles.

Catégories : Hétérosexuel, principalement hétérosexuel, bisexuel, homosexuel.

Filtre : Question posée à tous.

Type de partenaire sexuel

Définition : Sexe des partenaires sexuels au cours de sa vie.

Catégories : Femmes, hommes, les deux, aucun.

Filtre : Question posée à tous.

Discrimination sexuelle

Définition : Le fait d'avoir été appelé, insulté, menacé ou harcelé à cause : 1) du sexe et 2) de l'orientation sexuelle au cours des 12 derniers mois.

Catégories : Jamais, rarement, parfois, fréquemment, très fréquemment

Filtre : Question posée à tous.

Bloc 9 : Consommation et dépendance (Élise Roy)

Consommation de médicaments psychoactifs sous ordonnance

Définition : Utilisation de médicaments antidouleur (ou stimulants, ou sédatifs) parce qu'un médecin ou un dentiste en avait prescrit au cours des 12 derniers mois.

Catégories : Oui, non. Si oui, arrive-t-il d'en prendre davantage ou plus fréquemment que ce qui est prescrit?

Filtre : Question posée à tous, sauf pour les questions sur les stimulants qui ne s'adressent qu'aux adultes de 18 à 64 ans.

Consommation de médicaments psychoactifs sans prescription médicale

Définition : Fréquence d'utilisation de médicaments antidouleur (ou stimulants, ou sédatifs), sans ordonnance médicale, au cours des 12 derniers mois.

Catégories : Jamais, 1-2 fois, 3-11 fois, environ une fois par mois, 2 à 3 fois par mois, une fois ou deux par semaine, 3 à 4 fois par semaine, tous les jours ou presque.

Filtre : Question posée à tous, sauf pour les questions sur les stimulants qui ne s'adressent qu'aux adultes de 18 à 64 ans.

Consommation de cannabis

Définition : Fréquence de consommation de cannabis (marijuana, haschich, huile de haschich ou autres produits dérivés) au cours des 12 derniers mois.

Catégories : Jamais, 1-2 fois, 3-11 fois, 1 à 3 fois par mois, une fois/semaine, plusieurs fois/semaine, tous les jours.

Filtre : Question posée à tous.

Consommation d'autres drogues

Définition : Drogues utilisées au cours des 12 derniers mois, à part le cannabis et les médicaments.

Sous-items : 9 items (e.g. cocaïne, amphétamine, ecstasy).

Catégories : Oui, non.

Filtre : Question posée à tous, sauf les sous-items qui ne s'adressent qu'aux adultes de 18 à 64 ans.

Bloc 10 : La catastrophe de Lac-Mégantic (Danielle Maltais)

Exposition à la tragédie de Lac-Mégantic

Définition : Le fait d'avoir vécu certaines situations pendant ou après le déraillement du train du 6 juillet 2013 à Lac-Mégantic.

Sous-items : 9 items (e.g. avoir subi des blessures ou craint pour votre vie).

Catégories : Oui, non.

Filtre : Question posée aux résidents du CSSS du Granit.

Évaluation cognitive de l'évènement de Lac-Mégantic

Définition : Degré auquel certaines implications s'appliquent à sa situation en lien le déraillement du train de la municipalité de Lac-Mégantic et des explosions qui ont suivies.

Sous-items : 5 items (e.g. ce déraillement du train a été stressant pour moi ou a représenté un défi pour moi).

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

Filtre : Question posée aux résidents du CSSS du Granit.

Bloc 11 : Les questions de la directrice (Mélissa Généreux)

Perception sur la fluoruration de l'eau

Définition : Degré d'accord avec le fait que la municipalité ajoute du fluorure dans l'eau potable.

Catégories : Tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, tout à fait en désaccord.

Filtre : Question posée à tous les adultes approvisionnés par un réseau d'aqueduc municipal.

Perception de la capacité d'aide en cas de problématique de santé mentale d'un proche

Définition : Support et outils nécessaires pour aider une personne de l'entourage ayant un problème important de santé mentale (ex. : dépression majeure, anxiété généralisée).

Catégories : Oui, non.

Filtre : Question posée à tous.

Voici également les variables du 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 2014

Variables du tronc commun	Opérationnalisation
Niveau 1 (Individus)	
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).

Minorité visible	Appartenance à une minorité visible basée sur la descendance ou originaire de régions du monde (oui, non).
Locataire	Logement actuel n'appartenant pas à l'une des personnes qui y habitent (oui, non).
Type de locataire	Logement subventionné dans une coopérative ou un organisme sans but lucratif, d'un logement dans une habitation à loyer modique (HLM) ou d'un logement sur le marché privé subventionné par un supplément au loyer (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 \$).
État de santé globale	Mesure d'autodéclaration (excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise).
Pratique d'activité physique	Autodéclaration du cumul d'activités domestiques, de loisir, de transport et au travail considéré comme une activité physique (en minutes).
Consommation d'alcool	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).
Tabagisme à vie	Le fait d'avoir fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets) (oui, non).
Tabagisme actuel	Le fait de fumer actuellement des cigarettes (tous les jours, à l'occasion, jamais).
Fumée de tabac dans l'environnement	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).
Consommation de fruits et de légumes	Nombre de fruits, de légumes ou de portions de ces produits mangés chaque jour (moins de 2, 2, 3, 4, 5 ou plus)
Indice de masse corporelle	Mesure calculée à partir de la mesure auto-rapportée de la taille sans chaussures et du poids (kg/m ²).
Objectif de poids	Le fait d'avoir fait quelque chose concernant son poids au cours des 6 derniers mois (perdre du poids, maintenir son poids, gagner du poids, ne rien faire).
Problème de santé chronique	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).
Médecin de famille	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).
Niveau 2 (communautés)	
Communauté estrienne	Communauté de résidence parmi les 66 communautés estriennes
Résidence à Sherbrooke	Localisation de la communauté de résidence à Sherbrooke versus ailleurs en Estrie (oui, non).
Milieu urbain	Localisation de la communauté de résidence en milieu urbain versus en milieu rural, mesuré en fonction de la densité résidentielle (oui, non).
CSSS	Territoire de CSSS où est localisée la communauté de résidence (un des sept territoires de CSSS).
Arrondissement	Arrondissement où est localisée la communauté de résidence, pour les personnes résidant à Sherbrooke (un des six arrondissements).
Niveau socioéconomique de la communauté	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 dérivée 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 66 communautés estriennes à chaque participant, puis ensuite de caractériser cette communauté à l'aide de diverses variables socioéconomiques tirées du recensement canadien 2011 (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.

6.2 Variables utilisées pour l'étude de cohorte prospective (Objectif spécifique 3)

Dans cette seconde partie du projet de recherche, nous répondrons au troisième objectif spécifique du protocole de recherche. Pour répondre à ce troisième objectif, nous devons créer une cohorte prospective en jumelant les données de l'ESPE 2014, considérées comme les données d'entrée dans la cohorte, aux banques de données médico-administratives permettant de tester les différentes hypothèses de recherche envisagées. Dans le tableau suivant, certaines des banques de données médico-administratives qui pourraient faire l'objet d'un jumelage sont énumérées.

Tableau 5.

Des banques de données médico-administratives potentielles pour le suivi longitudinal passif des participants à l'ESPE 2014

Nom de la banque de données	Type d'information contenue
LOGIVAC	Banque de données régionale unique portant sur tous les actes vaccinaux posés en Estrie (à l'exception du vaccin contre la grippe).
Centre informatisé de recherche évaluative en services et soins de santé (CIRESSS)	Banque de données régionale unique regroupant toutes les données électroniques du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (i.e. urgences, hospitalisations, médicaments, laboratoires, radiologie, pathologie).
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Banque de données sur les actes médicaux facturés à la RAMQ et les médicaments remboursés par la RAMQ.
Med-Écho	Banque de données provinciale sur les visites aux urgences et le recours aux services d'hospitalisation dans les centres hospitaliers.

Il va de soi que tout projet de jumelage à l'une ou l'autre de ces banques de données, à des fins de recherche, devra faire l'objet d'une demande additionnelle au comité d'éthique ainsi qu'à la Commission d'accès à l'information.

6.3 Instrument de mesure

L'instrument de mesure utilisé dans l'enquête téléphonique transversale est un questionnaire développé spécifiquement aux fins de l'ESPE 2014 (Annexe 2). Les professionnels chargés de la création de ce questionnaire à la DSPE 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.

6.3.1 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.

6.3.2 L'appel de questions auprès de la communauté universitaire estrienne

Afin de stimuler la recherche estrienne en santé publique, la DSPE a lancé un concours d'appels de proposition à la fin de l'année 2013 auprès des chercheurs de la région, pour que ceux-ci puissent soumettre leurs propres questions à intégrer à l'ESPE 2014. Bien sûr, les questions proposées devaient être en lien avec l'une ou l'autre des 14 priorités d'action contenues dans la planification stratégique de la DSPE. Ainsi, le projet d'enquête populationnelle répond non seulement aux besoins de surveillance et de planification locale de la santé de la DSPE, mais il favorise le développement de nouvelles connaissances et partenariats scientifiques.

Un comité scientifique interne à la DSPE 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 devraient être issus des milieux de recherche estriens ou avoir des collaborations avec ceux-ci.

6.3.2.1 Les critères d'évaluation utilisés par le comité scientifique de la DSPE

Il y avait quatre principaux critères d'évaluation sur la grille d'évaluation du comité scientifique chargés de réviser les demandes de questions d'enquête à ajouter à l'ESPE 2014. Ces critères étaient :

1. La justification de la pertinence des questions proposées en fonction de leur ampleur connue ou estimée, ou encore de la sévérité du phénomène
2. La justification de la variabilité attendue selon les variables identifiées dans le profil du répondant

3. Les besoins internes de la DSPE en matière d'information
 - 3.1. Données non disponibles aux niveaux régional et local
 - 3.2. Élément touchant une problématique où la situation estrienne est défavorable par rapport à la situation provinciale
 - 3.3. Thématique peu documentée parmi les 14 priorités d'action dans la planification stratégique de la DSPE, soit :
 - 3.3.1. Environnements intérieur et extérieur sains et sécuritaires
 - 3.3.2. Traumatismes
 - 3.3.3. Consommation et dépendances
 - 3.3.4. Détresse psychologique chez l'adulte
 - 3.3.5. Continuum d'interventions et des services préventifs
 - 3.3.6. Participation des aînés dans leur communauté
 - 3.4. Sujet non couvert par une autre enquête populationnelle
4. Le potentiel post-enquête
 - 4.1. Au niveau du chercheur
 - 4.2. Au niveau de l'opportunité d'intervention pour les acteurs du réseau estrien de la santé et des services sociaux (en lien avec leur responsabilité populationnelle)
 - 4.3. Potentiel d'utilisation des données à des fins de surveillance ou de planification locale

6.3.2.2 La sélection des questions retenues pour l'ESPE 2014

Au départ, il y avait 11 blocs de questions soumis. Toutefois, sur la base des critères ci-haut mentionnés, seulement 9 blocs de questions ont été retenus pour un examen plus approfondi. Pour chacun des 9 blocs de questions restants et soumis par différents chercheurs, une identification des questions les plus pertinentes, toujours en regard des critères énoncés en 6.3.2.1, était également effectuée par le comité scientifique interne de la DSPE. Ainsi, seules les questions les plus pertinentes en regard des priorités d'action de notre planification stratégique étaient conservées et intégrées à l'ESPE 2014.

Il est à noter que la plupart des questions proposées par les chercheurs et retenues au questionnaire final de l'ESPE 2014 sont des questions ayant été maintes fois validées, en anglais et/ou en français, au cours d'études antérieures. Un effort a été consenti afin de se conformer le plus possible au libellé original des questions ayant été validées, ce qui peut avoir pour impact notamment que : 1) les horizons temporels varient d'une question à l'autre (e.g. au cours du dernier mois versus des 12 derniers mois) et 2) les choix de réponses varient d'une question à l'autre (e.g. jamais, parfois, souvent versus rarement, à l'occasion, tout le temps).

7. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Ce projet de recherche se déroulera en trois phases : 1) la réalisation d'une enquête téléphonique (et Web), 2) le jumelage des données de l'enquête (via le code postal) et leur analyse transversale, et 3) le jumelage des données de l'enquête (via le numéro d'assurance maladie) et leur analyse longitudinale.

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).

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 2014. 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).

7.3 Troisième phase : Le jumelage des données (via le numéro d'assurance maladie) et leur analyse longitudinale

Dans cette troisième phase du projet de recherche, les co-chercheurs qui le désirent pourront demander à ce que les données de l'enquête téléphonique soient jumelées (via le numéro d'assurance maladie) aux banques de données médico-administratives énumérées à l'étape 6.2 du présent protocole de recherche. À la suite de ce jumelage, l'objectif spécifique 3 du protocole de recherche pourra être réalisé en procédant à l'analyse longitudinale passive des données de l'ESPE 2014. 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). Une demande de certificat d'éthique au comité d'éthique à la recherche du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CR-CHUS), ainsi qu'à la Commission de l'accès à l'information, sera alors réalisée pour chaque projet de jumelage envisagé.

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 par différents professionnels de la DSPE l'ayant déjà prétesté avec des proches. 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.

Les individus admissibles, rejoints par téléphone, mais ne souhaitant pas répondre à l'enquête téléphonique et/ou n'ayant pas le temps de le faire au moment contacté, se verront offrir une alternative, soit un lien Internet individualisé pour que le participant sélectionné puisse lui-même répondre à l'enquête téléphonique via le Web lorsqu'il le désirera. Toujours afin de maximiser le taux de réponse, la collecte de données sera étalée sur trois mois afin de permettre aux individus difficiles à joindre ou à ceux pressés par le temps de répondre au questionnaire ultérieurement, au moment de leur choix.

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 DSPE. 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 66 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 2014 sera mesurée en Estrie, à Sherbrooke et ailleurs en Estrie, pour chaque territoire de CSSS 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 2014 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.

9.4 Objectif 3

Étudier l'impact des issues et des déterminants de santé sur l'utilisation des soins et des services de santé

Tel que mentionné plus haut, chaque co-chercheur pourra, en fonction de ses questions et de ses hypothèses de recherche spécifiques, demander un jumelage des données de la présente enquête à certaines données médico-administratives (*e.g.* CIRESSS), créant ainsi une banque de données longitudinales. Bien que cela reste à préciser pour chaque étude connexe découlant de cette possibilité de jumelage, nous anticipons l'utilisation d'analyses de régression linéaire ou logistique, de même que des analyses de survie et des régressions de Cox pour cette fin.

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.* médicaments antidouleur, stimulants ou sédatifs) 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.* exposition aux salons de bronzage), 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 admissible à l'ESPE 2014 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 2014, 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.

Pour répondre à l'objectif 3 du présent projet de recherche (*i.e. Étudier l'impact des issues et des déterminants de santé sur l'utilisation des soins et des services de santé*), nous devons jumeler les données individuelles des participants aux données de certaines banques de données médico-administratives (voir section 6.2 du protocole de recherche) qui permettront le suivi longitudinal passif des individus de notre enquête téléphonique. Seuls les participants qui fourniront leur approbation à ce volet spécifique de notre enquête seront suivi de manière longitudinale. Nous devons alors demander le numéro d'assurance maladie (NAM) de ces individus (la clé d'appariement qui permet de jumeler nos données aux autres données existantes). Ce NAM sera alors contenu dans une autre banque de donnée qui sera conservée sous clé, avec un accès strictement limité à la chercheuse principale et au coordonnateur de cette étude pour la durée du projet. Les co-chercheurs n'auront accès qu'à un identifiant unique permettant à la chercheuse principale et au coordonnateur de faire le lien avec le NAM conservé en lieu sûr. Tel que mentionné plus tôt, un jumelage avec des données médico-administratives à des fins de recherche ne sera possible que suivant l'approbation du comité d'éthique ET de la Commission d'accès à l'information.

Si un individu décide de devenir participant à l'ESPE 2014, le seul inconvénient qu'il subira est celui de prendre 25 à 30 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. 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.

La réalisation de cette enquête est également un premier pas vers la constitution de banque de données contenant des informations sanitaires à portée infrarégionale. Ceci représente en soi une retombée vitale et prioritaire pour la DSPE qui possède peu de données permettant d'inférer à un niveau aussi fin de la population qu'elle dessert.

Les collaborations qui se développeront entre la DSPE 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.

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 DSPE, 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 janvier 2014.

Janvier 2014

1. Clôture de l'appel de questions auprès de la communauté universitaire estrienne.
2. Sélection des questions retenues pour l'ESPE 2014 par le comité scientifique de la DSPE

Février 2014

3. Préparation et validation de l'instrument de mesure (questionnaire).

Mars 2014

4. Dépôt du projet de recherche au comité scientifique du CR-CHUS.
5. Dépôt du projet de recherche au comité éthique de la recherche du CR-CHUS.
6. Appel d'offre pour la sélection d'une firme de sondage.

Avril 2014

7. Sélection d'une firme de sondage pour la constitution de l'ESPE.

Mai à aout 2014

8. Annonce en mai dans les médias (communiqué de presse) de la survenue de l'ESPE.
9. Collecte de données auprès des répondants estriens par la maison de sondage embauchée.

Août-septembre 2014

10. Fin de la collecte des données.
11. Validation et pondération des données.
12. Accessibilité à un extrait de banque de données (questions soumises par les chercheurs avec les variables du tronc commun des répondants).
13. 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).

Septembre à décembre 2014

14. Analyse des données en lien avec les objectifs spécifiques 1 et 2.
15. Rédaction et diffusion d'un portrait descriptif régional des problématiques de santé publique en Estrie et campagne médiatique.

Août 2015

16. Fin de l'embargo. Accessibilité à l'ensemble de la banque de données.
Fin de la première phase.

2015-2016

17. Deuxième phase.
Analyse des données en lien avec l'objectif spécifique 3.

15. BUDGET

Notons que 100 % du budget 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, selon la décision prise au préalable par le conseil d'administration de l'Agence.

16. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD (2007). Enquête santé Côte-Nord. Disponible en ligne à : <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Default.aspx?section=static&id=671>
- AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN (2005). Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Disponible en ligne à : http://www.santesaglac.gouv.qc.ca/web/document/U225/Enqu%C3%AAt%20de%20sant%C3%A9%202007_Rapport%20sommaire.pdf
- BÉNIN, A.D., WISLER-SCHER, E., COLSON, E. SHAPIRO, E., & HOLMBOE, S. (2006). Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: The importance of trust. *Pediatrics*, 117, 1532-1541.
- BLUMBERG, S.J., & LUKE, J.V. (2009). Reevaluating the need for concern regarding noncoverage bias in landline surveys. *American Journal of Public Health*, 99, 1806-1810.
- 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.
- BURTON-JEANGROS, C. (2004) *Cultures familiales du risque*. Paris, Anthropos.
- 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.
- 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.
- CAMPBELL-SILLS, L., FORDE, D.R., & STEIN, M.B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1007-1012.
- DEGER, L., PLANTE, C., SMIARGASSI, A., PERRON, S., THIVIERGE, R.L., ET AL., (2010). Home environmental factors associated with poor asthma control in Montreal children: A population-based study. *Journal of Asthma*, 47, 513-520.
- 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.
- DIEGPEN, T.L., & MAHLER, V. (2002). The epidemiology of skin cancer. *British Journal of Dermatology*, 146, S1-S6.
- DUBÉ, E., DEFAY, F., KIELY, M., GUAY, M., BOULIANNE, N., SAUVAGEAU, C., ET AL. (2013). Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole en 2012. Québec : Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux. 82 p.
- DUBÉ, E., KIELY, M., DEFAY, F., GUAY, M., BOULIANNE, N., SAUVAGEAU, C., ET AL. (2011). Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe A(H1N1), la grippe saisonnière et le pneumocoque. Québec : Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux. 73 p.
- 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.
- ÉCO-SANTÉ QUÉBEC (2011). Calcul de précision et comparaisons des indicateurs. Disponible en ligne à : <http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/40500.html>.
- ELLISON, L.F., & WILKINS, K. (2012). Tendances de la prévalence du cancer au Canada. *Rapports sur la santé*, 23. Statistique Canada, no 82-003-XPF au catalogue.

EVANS, G.M., & MARCYNYSZYN, L.A. (2004). Environmental injustice, cumulative environmental risk, and health among low-and middle-income children in upstate New York. *American Journal of Public Health, 94*, 1942-1944.

GAGNÉ, M., DUBÉ, P.A., PERRON, P.A., LANGLOIS, E., LÉGARÉ, G., SIROIS, M.J., ET AL. (2013). Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec : 2000 à 2009. Québec : Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux. 45 p.

GLOSTER H.M., & BRODLAND, D.G. (1996). The epidemiology of skin cancer. *Dermatologic Surgery, 22*, 217-226.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2001). Loi sur la santé publique. *L.R.Q.*, chapitre S-2.2. Accédé le 11 décembre 2009 : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2005). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. *L.R.Q.*, chapitre A-8.1. Accédé le 11 décembre 2009 : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_8_1/A8_1.html

GREEN, A.C., BAADE, P. COORY, M., AITKEN, J.F., & SMITHERS, M.. (2012). Population-based 20-year survival among people diagnosed with thin melanomas in Queensland, Australia. *Journal of Clinical Oncology*. DOI: 10.1200/JCO.2011.38.8561.

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.

GROVES, R.M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly, 70*, 646-675.

GUST, D.C., BROWN, K., SHEEDY, B., HIBBS, D., WEAVER, C., & NOWAK, G. (2005). Immunization attitude and beliefs among parents: Beyond a dichotomous perspective. *American Journal of Health Behavior, 29*, 81-92.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS, 2006). *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*. Ottawa : ICIS.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : Pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Québec : Gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006) EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population. Québec : Gouvernement du Québec. 330 p.

INSTITUTE OF MEDICINE (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. USA: Washington, D.C.,

KEMPF, A.M., & REMINGTON, P.L., 2007. New challenges for telephone survey research in the twenty-first century. *Annual Review of Public Health, 28*, 113-126.

KEYES, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*, 95.

KEYES, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539.

KEYES, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 207-222.

KIKANO, G., GROSS, D., & STANGE, K. (1999). Practical ways to improve patient satisfaction with visit length. *American Academy of Family Practice, 52*.

- KUNST, A.E., & MACKENBACH, J.P., 1994. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: World Health Organization regional office for Europe.
- LEE, S., BROWN, R., GRANT, D., BELIN, T.R., & BRICK, M., (2009). Exploring nonresponse bias in a health survey using neighbourhood characteristics. *American Journal of Public Health*, 99, 1811-1817.
- LÉONARD, T., FOULON, C., & GUELF, J.D. (2005). Les troubles alimentaires chez l'adulte. *EMC-Psychiatrie*, 2, 96-127.
- LIPKIN, M., PUTNAM, S.M., & LAZARE, A. (1995). *The medical interview: Clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag.
- LITVAK, E., ALLARD, D., CLAPPERTON, I., DESROCHERS, M., DUPONT, M.A., & LACROIX, C. (2005). Guide de planification populationnelle pour soutenir le plan d'action régional et les plans d'action locaux de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Canada. 18p.
- LUCAS, R.M., REPACHOLI, M.H., & MCMICHAELM, A.J. (2006). Is the current public health message on uv exposure correct? *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 485-491.
- MARKS, R. (1995). An overview of skin cancers: Incidence and causation. *Cancer*, 75, 607-612.
- MACINTYRE, S., ELLAWAY, A., & CUMMINS, S. (2002). Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55, 125-139.
- MANCHIKANTI, L., STANDIFORD, H., FELLOWS, B., JANATA, J.W., PAMPATI, V., GRIDLER, J.S. ET AL., (2012). Opioid epidemic in the United States. *Pain Physician*, 15, ES9-ES38.
- MÉNARD, C., GIRARD, D., LÉON, C., & BECK F. (2008). *Baromètre santé environnement 2007*. St-Denis, INPES, 2008, 421 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (MSSS, 2012). Protocole d'immunisation du Québec. Édition 2009. Mise à jour d'octobre 2012. Québec : Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux. 78 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS, 2008). Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008. Québec : Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux. 103 p.
- PALMIERI, S. 2007. Campagne de prévention des intoxications au monoxyde de carbone. Automne-hiver 2005/2006. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 38 p.
- PINEAULT, R., & DAVELUY, C. (1995). La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies. Éditions Nouvelles, Montréal, Canada. 480 p.
- POTVIN, L., & HAYES, M.V. (2007). La recherche sur le lieu et la santé au Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 98, S58-S59.
- 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.
- REHM, J., BALIUNAS, D., BROCHU, B., FISCHER, S., GNAM, W., PETRA, J., ET AL. (2006). The costs of substance abuse in Canada, 2002. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- RHAINDS, M., DE GUIRE, L., & CLAVEAU, J. (1999). A population-based survey on the use of artificial tanning devices in the province of Québec, Canada. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 40, 572-576.
- ROLF, J., MASTEN, A.S., & CICHETTI, D. (1993). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge University Press.

- ROY, M., & O'NEILL, M. (2012). *La salutogénèse : Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec : Les Presses de l'Université Laval. 109 p.
- SHIELDS, M. (2008). Appartenance à la communauté et l'autoévaluation de l'état de santé, Statistiques Canada.
- SHOVELLER, J.A., & GREEN, L.W. (2002). Decentralization and public health. *Encyclopedia of Public Health*. Accédé le 11 décembre 2009 à : <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000255.html>
- SILQUINI, R., PIAT, S.C., & RENGA, G.G., (2007). Drivers involved in road traffic accidents in piedmont region: Psychoactive substances consumption. *Journal of Preventive Medicine & Hygiene*, 48, 123-128.
- SOURNIA, J.C. (1991). Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. Paris, Franterm.
- STATISTIQUE CANADA (2011). Recensement du Canada 2011. Ottawa : Gouvernement du Canada. Disponible en ligne à : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/index-fra.cfm>
- STATISTIQUE CANADA (2007). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- 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.
- THE AMERICAN ASSOCIATION FOR PUBLIC OPINION RESEARCH. (AAPOR, 2009). Standard definitions: Final dispositions of case codes and outcome rates for surveys. 6th edition. 51p.
- TURNHOCK, B.J. (2011). *Public Health: What it is and how it works*, 5th Edition. USA: Burlington. Jones and Bartlett Learning Books.
- 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. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40, 181-188.
- VALIQUETTE, L., GUAY, M., CAMARA, B., BOULIANNE, N., BOUCHER, F., DE WALS, P., ET AL. (2007). Programme d'immunisation contre l'influenza du Québec. Québec : Institut national de santé publique du Québec. 184 p.
- VIVION, M. (2013). Influence de la moralité populaire et des stratégies de gestion du risque dans le cadre de la vaccination des nourrissons au Québec. Mémoire présenté au Département d'anthropologie de l'Université Laval. Québec, Canada. 127 p.
- VIVION, M., DUBÉ, E., & GAGNON, D. (2013). Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière : des stratégies efficaces pour rejoindre les travailleurs de la santé. Gouvernement du Québec. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- VLAHOV, D., GIBBLE, E., FREUDENBERG, N., & GALEA, S. (2004). Cities and health: History, approaches, and key questions. *Academic Medicine*, 79, 1133-1138.
- ZEMTSOV, A. (2010). Association between basal, squamous cell carcinomas, dysplastic nevi and myotonic muscular dystrophy indicates an important role of RNA-binding proteins in development of human skin cancer. *Archives of dermatological Research*, 302, 169-170.

17-SIGNATURES

Mélissa Généreux	2014-03-01
Chercheure principale (Mélissa Généreux)	Date
Chantal Bouffard	2014-03-07
Chercheure 1 (Chantal Bouffard)	Date
Arnaud Gagneur	2014-03-11
Chercheur 2 (Arnaud Gagneur)	Date
Marie-France Langlois	2014-03-11
Chercheure 3 (Marie-France Langlois)	Date
Danielle Maltais	2014-03-12
Chercheure 4 (Danielle Maltais)	Date
Alexa Martin-Storey	2014-03-06
Chercheure 5 (Alexa Martin-Storey)	Date
Paul Morin	2014-03-10
Chercheur 6 (Paul Morin)	Date
France St-Hilaire	2014-03-11
Chercheure 7 (France St-Hilaire)	Date
Élise Roy	2014-03-12
Chercheure 8 (Élise Roy)	Date
Mathieu Roy	2014-03-01
Chercheur 9 (Mathieu Roy)	Date
Sylvain Turcotte	2014-03-06
Chercheur 10 (Sylvain Turcotte)	Date

18. ANNEXES AU PROTOCOLE DE RECHERCHE

Annexe 1 : Appel d'offres à la communauté scientifique pour la constitution de l'ESPE 2014

Annexe 2 : Questionnaire en français

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

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