



CIRANO

Allier savoir et décision

ANIMALS

OAK

RETOUR DES ENFANTS À L'ÉCOLE : INTENTIONS DES PARENTS D'ENFANTS ATTEINTS D'ASTHME EN CONTEXTE DE PANDÉMIE (COVID-19)

OLIVIER DROUIN
CLAUDE MONTMARQUETTE
ALEXANDRE PRUD'HOMME
PIERRE FONTAINE
YANN ARNAUD
ROXANE BORGÈS DA SILVA

2022RP-10
RAPPORT DE PROJET



Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not destined for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires corporatifs – Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Énergir
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique Canada
Intact Corporation Financière
Investissements PSP
Manuvie Canada
Ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation
Ministère des finances du Québec
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Rio Tinto
Ville de Montréal

Partenaires universitaires – Academic Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.
CIRANO collaborates with many centers and university research chairs; list available on its website.

© Mars 2021. Olivier Drouin, Claude Montmarquette, Alexandre Prud'homme, Pierre Fontaine, Yann Arnaud et Roxane Borgès Da Silva. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not necessarily represent the positions of CIRANO or its partners.*

Retour des enfants à l'école : intentions des parents d'enfants asthmatiques en contexte de pandémie (COVID-19)

Olivier Drouin^{}, Claude Montmarquette[†], Alexandre Prud'homme[‡], Pierre Fontaine[§], Yann Arnaud^{**} et Roxane Borgès Da Silva^{††}*

Résumé

En juillet 2020, 55 000 personnes avaient été infectées par la COVID-19 au Québec et on déplorait le décès de 5 500 personnes. La fermeture des écoles est apparue au début de la pandémie comme une mesure clé pour freiner la propagation du virus. Depuis, des études ont montré que fermer les écoles pouvait avoir des conséquences négatives sur les enfants et que d'autres mesures de distanciation sociale étaient plus efficaces. Le retour à l'école en septembre 2020 a néanmoins été une grande source d'anxiété chez plusieurs parents.

Dans le cadre de cette étude fondée sur une approche expérimentale novatrice, Roxane Borges da Silva et ses collègues montrent que des outils simples de sensibilisation et des informations claires et fondées sur des données probantes peuvent avoir un impact sur les choix que font les parents pour le bien-être et la sécurité de leurs enfants. Des parents d'enfants atteints d'asthme ont été sélectionnés à partir d'une base de données administratives fournie par une clinique spécialisée d'asthme au Québec. En sondant les parents sur leurs perceptions et intentions, les auteurs ont trouvé que parmi les parents ayant initialement indiqué qu'ils ne comptaient pas renvoyer leur enfant à l'école, la lecture de la fiche d'informations a fait en sorte qu'un peu plus du quart d'entre eux revoient leur décision : 16,3 % envisagent plutôt de renvoyer leur enfant à l'école et 11,6 % sont devenus indécis. Certains parents s'étant peut-être moins informés par rapport à ces sujets ont pu développer une certaine inquiétude à la lecture de la fiche d'information, les amenant à changer d'avis. Le concept de « surcharge cognitive » pourrait entrer en ligne de compte ici.

Le niveau d'inquiétude des parents liés à la COVID-19 s'est révélé être un facteur déterminant de l'intention de retourner son enfant à l'école. Cette étude démontre qu'il est important de rassurer et d'informer les parents sur les facteurs de risques à développer une COVID-19 sévère chez les enfants. La vulgarisation des données probantes sur l'impact de la COVID-19 sur la population pédiatrique et sur les recommandations des associations médicales peuvent modifier la décision des parents quant au retour de leurs enfants à l'école.

Les auteurs ont mené une autre étude CIRANO, mais pour une population de parents d'enfants ne présentant pas de problème d'asthme → [2022RP11](#)

* Pédiatre, CHU Sainte Justine, Professeur adjoint de clinique, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal et Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal

† Professeur Émérite, Département de Sciences Économiques, Université de Montréal, Fellow CIRANO

‡ Professionnel de recherche, CIRANO

§ Étudiant (candidat MD) Faculté de médecine, Université de Montréal

** Étudiant, École d'économie-CERDI, Université de Clermont-Auvergne

†† Professeure agrégée, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal, Fellow CIRANO

Abstract

By July 2020, 55,000 people had been infected with COVID-19 in Quebec and 5,500 people had died. School closures were identified early in the pandemic as a key measure to curb the spread of the virus. Since then, studies have shown that closing schools can have negative consequences for children and that other social distancing measures are more effective. Nevertheless, the return to school in September 2020 has been a major source of anxiety for many parents.

In this study based on an innovative experimental approach, Roxane Borges da Silva and colleagues show that simple outreach tools and clear, evidence-based information can impact the choices parents make for their children's well-being and safety. Parents of children with asthma were selected from an administrative database provided by a specialized asthma clinic in Quebec. In surveying parents about their perceptions and intentions, the authors found that of those parents who initially indicated that they didn't plan to send their child to school, reading the information sheet caused just over a quarter to reconsider their decision: 16.3% were considering sending their child to school instead, and 11.6% became undecided. Some parents who may have been less informed about these issues may have become concerned when they read the information sheet, leading them to change their minds. The concept of "cognitive overload" may be relevant here.

The level of parental concern related to COVID-19 was found to be a major determinant of intention to return to school. This study demonstrates the importance of reassuring and informing parents about the risk factors for developing severe COVID-19 in children. Publicizing the evidence on the impact of COVID-19 on the pediatric population and the recommendations of medical associations may change parents' decision to return their children to school.

The authors conducted another CIRANO study, but for a population of parents of children without asthma → [2022RP11](#)

Mots-clés / Keywords : fermeture des écoles, Covid-19, Retour à l'école, information fiable, vulgarisation, donnée probante / school closure, Covid-19, back to school, reliable information, outreach, evidence

Pour citer ce document / To quote this document

Drouin O., Montmarquette C., Prud'homme A., Fontaine P., Arnaud Y. et Borgès Da Silva R. (2022). Retour des enfants à l'école : intentions des parents d'enfants asthmatiques en contexte de pandémie (COVID-19) (2022RP-10, CIRANO).

<https://doi.org/10.54932/NMAF4163>

Table des matières

Table des matières

Introduction	7
Objectifs	8
Méthode	9
<i>Approche</i>	9
<i>Devis</i>	10
<i>Population à l'étude</i>	10
<i>Collecte de données</i>	10
<i>Structure du questionnaire et procédure expérimentale</i>	10
<i>Variables dépendantes</i>	11
Résultats	13
<i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	13
<i>Intention de retourner l'enfant à l'école</i>	14
Discussion	20
Conclusion et impacts des résultats	22
Annexe : Questionnaire (version française)	26

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des parents ayant participé à l'étude	13
Tableau 2 : Proportion (%) des parents ayant l'intention de retourner leur enfant à l'école (1re décision) selon les différentes variables indépendantes à l'étude.....	15
Tableau 3 : (Probit ordonné) Déterminants de l'intention des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (1re décision) (n=247)	17
Tableau 4 : (Post-estimation Probit ordonné) Distribution prédite (%) : intention des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (1re décision) (n=247)	17
Tableau 5 : (Probit ordonné) Déterminants du changement d'opinion des parents quant à leur intention de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (2e décision) (n=92*).....	19
Tableau 6 : (Post-estimation Probit ordonné) Distribution prédite (%) : intention des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (2e décision) (n=92*).....	19

Liste des figures

Figure 1 : Arbre de décision : Distribution des parents selon leur intention de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école lors de la rentrée des classes	15
---	----

Introduction

Au 1^{er} juillet 2020, alors que cette étude était en préparation, le nouveau coronavirus (COVID-19) était responsable de plus de 10 millions d'infections et de 500 000 décès dans le monde (John Hopkins University, 2020). Pour la province de Québec, 55 000 individus avaient été infectés et 5 500 décès étaient confirmés (Institut national de Santé Publique, 2020). L'une des caractéristiques les plus frappantes de la pandémie de COVID-19 est la différence dans les manifestations cliniques et la gravité des résultats chez les enfants par rapport aux adultes (Yuanyuan Dong et al., 2020 ; Lazzerini et al., 2020 ; « Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020, » 2020). Avec des taux de mortalité liée à la COVID-19 au Québec de 3 % chez les adultes de plus de 80 ans, on dénombre au Québec 4 décès chez les moins de 19 ans. (Institut national de Santé Publique). Comme pour de nombreux autres pays, très peu d'enfants avaient été hospitalisés (3,5 % de tous les cas confirmés au mois de mars 2022) (Y. Dong et al., 2020).

L'infection des enfants à la COVID-19 est généralement bénigne. Elle est légèrement symptomatique ou asymptomatique et se rétablit rapidement, tandis que chez les personnes âgées, le virus a été le principal facteur de mortalité mondiale au cours des premiers mois de la pandémie (Ayoub et al., 2020). Chez les adultes, en plus de l'âge avancé et de l'immunosuppression, l'un des facteurs de risque de la COVID-19 plus sévère est la présence de maladies chroniques coexistantes, telles que les maladies cardiaques et pulmonaires. Pour les enfants, l'impact de la présence de maladies chroniques sur la gravité de l'infection à la COVID-19 était encore méconnu (*Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020, 2020*; Tagarro et al., 2020). En pédiatrie, l'asthme est la maladie chronique la plus répandue, affectant un enfant sur dix et plus de 3 millions de Canadiens (Ismaila, Sayani, Marin, & Su, 2013). L'asthme n'a pas été identifié comme un facteur de risque dans la cohorte rétrospective la plus étendue d'adultes (Wu & McGoogan, 2020). Une étude suggérait même que l'asthme et les allergies environnementales pourraient protéger contre la COVID-19 en réduisant l'expression des récepteurs ACE2 (Jackson et al., 2020).

La fermeture des écoles est apparue au début de la pandémie comme une mesure préventive pour freiner la propagation du virus. Cette action pouvait alors se justifier par la contribution connue des enfants à la propagation de nombreux autres virus. En août 2020, des voix s'élevaient indiquant que la fermeture des écoles n'était pas une mesure efficace pour freiner la transmission de la COVID-19 et pouvait entraîner une série de conséquences collatérales sur les enfants (Christakis, 2020). Le retour à l'école en septembre 2020 a néanmoins été une grande source d'anxiété chez les

parents. Par exemple, bien qu'il a été démontré que la fermeture des écoles n'apportait que de légers bénéfices de santé publique et que d'autres mesures de distanciation sociale étaient plus efficaces (Viner et al., 2020), 240 000 Québécois ont signé une pétition demandant au gouvernement de ne pas reprendre l'école avant septembre (« Fermeture des garderies et des écoles au Québec jusqu'au mois de Septembre, » 2020). Dans ce contexte, où l'insécurité des parents devait être considérée dans l'organisation du calendrier scolaire, il était primordial de comprendre plus en détail les facteurs qui sous-tendent l'intention des parents de retourner l'enfant à l'école ainsi que l'impact des données probantes vulgarisées sur la prise de décision parentale.

La recherche en santé a élargi nos connaissances sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, mais aussi sur les facteurs comportementaux connexes et leurs déterminants psychologiques et sociaux (Thaler & Sunstein) impliqués dans la propagation des maladies infectieuses émergentes (Glanz et al., 2015). Un certain nombre d'études ont examiné les réponses comportementales à des risques fulgurants pour la santé, tels que la dengue, l'encéphalopathie spongiforme bovine ou l'épidémie de MERS-CoV en Corée (Adda, 2007 ; Barron, Gamboa, & Rodriguez-Lesmes, 2019 ; Jang et al., 2019). D'autres études ont examiné les différents comportements de prévention selon le sexe ou le niveau d'éducation (Gamboa & Lesmes, 2019 ; Kiss et al., 2014). Ces études s'appuient soit sur l'observation des comportements réels lors de chocs épidémiques, soit sur les déclarations des individus à propos de leurs comportements. Ces deux approches sont extrêmement utiles, mais ont leurs limites : les premières sont tributaires de contextes très particuliers (un choc épidémique donné), les secondes sont sujettes aux biais déclaratifs particulièrement dans le contexte de prescription collective émanant des instances gouvernementales assorties de sévères sanctions en cas de non-respect. En offrant une approche originale et innovante, l'économie expérimentale peut compléter ces approches en tentant de comprendre les arbitrages que les individus effectuent lorsqu'ils prennent des décisions engageant leur santé et celle des autres dans des contextes spécifiés et créés par l'expérimentateur.

Notre étude visait à identifier les mécanismes causaux qui sous-tendent certaines des différences sociales observées dans les études empiriques, notamment le rôle des connaissances et des croyances, qui se prêtent à la politique.

Objectifs

Les objectifs de cette étude étaient d'identifier les déterminants sociodémographiques, médicaux et psychologiques influençant :

- 1) la décision des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école en septembre 2020 ;
- 2) le changement d'opinion des parents par rapport au retour à l'école de leur enfant suite à la lecture de données probantes vulgarisées.

Méthode

Approche

La présente étude repose sur une approche empirique récente dont le potentiel est déjà bien établi : l'approche expérimentale. Ses inventeurs, Vernon Smith et Daniel Kahneman ont été reconnus en 2002 en remportant le prix Nobel d'économie. Depuis lors, l'économie expérimentale s'est avérée un outil d'aide à la décision notoire (Denant-Boemont et al., 2008). Plusieurs économistes spécialisés en économie expérimentale ont dès lors remporté le prix Nobel, notamment Abhijit Banerjee et Esther Duflo, en appliquant l'approche expérimentale aux problèmes de santé et d'éducation. L'économie expérimentale permet d'observer le comportement d'individus soumis à diverses situations de prise de décision économique et sociale. Les recherches menées dans ce domaine peuvent être basées sur des travaux de terrain, des travaux de laboratoire ou des expériences en ligne. L'expérimentation implique différents scénarios où les participants sont invités à prendre des décisions dans un environnement contrôlé. En contrôlant l'environnement, le chercheur peut atténuer les effets indésirables de variables confondantes, et aussi assurer la reproductibilité de l'étude (Kagel & Roth, 2016 ; Levitt & List, 2007). L'observation de situations et de décisions multiples est un moyen efficace de révéler les préférences des individus par rapport à différents facteurs psychologiques et sociaux qui influencent le comportement économique tel que l'aversion au risque en présence d'incertitudes, les motivations intrinsèques et extrinsèques, la coopération, le désir de faire respecter les normes sociales et de considérer les effets que leurs actions ont sur autrui. L'économie expérimentale s'éloigne des hypothèses de rationalité parfaite tout en intégrant l'irrationalité dans son approche empirique. Elle s'appuie également sur des hypothèses de rationalité partielle et de motivations extrinsèques, ce qui la différencie de la psychologie comportementale. Les comportements observés lors d'expériences en ligne résultent inévitablement d'une interaction entre l'histoire personnelle de l'individu et les conditions expérimentales créées par l'observateur (Kagel & Roth, 2016). Haushofer et Metcalf réfèrent aux méthodes de l'économie expérimentale pour analyser les comportements préventifs pendant la pandémie actuelle en vue de tirer des leçons d'éventuelles pandémies futures (Haushofer & Metcalf, 2020 ; Jacquemet & L'haridon, 2016 ; Rice, 2013). Il existe un réel besoin d'utiliser les

sciences sociales et comportementales pour répondre aux questionnements générés par la pandémie de COVID-19 (Van Bavel et al., 2020).

Devis

Un devis quantitatif transversal évaluant les risques perçus en lien avec le contexte de pandémie (COVID-19) par les parents d'enfants asthmatiques a été utilisé pour les fins de cette étude.

Population à l'étude

Une liste de parents d'enfants atteints d'asthme (moins de 18 ans) suivis dans une clinique spécialisée d'asthme du Québec a été extraite d'une base de données administratives. Seuls les parents ayant préalablement consenti à participer à des études ont été invités à remplir le questionnaire (n=582).

Collecte de données

La collecte de données s'est déroulée du 30 juillet au 17 août 2020. Les 582 parents admissibles à l'enquête ont été invités par courriel à remplir un questionnaire en ligne (Lime Survey) d'une durée d'environ 20 minutes. Trois rappels ont été effectués par courriel à une semaine d'intervalle à tous les participants potentiels n'ayant pas rempli le questionnaire.

Structure du questionnaire et procédure expérimentale

Le questionnaire était structuré en deux grandes sections. La première section incluait des questions sur la perception des risques et l'anxiété en lien à la COVID-19, et l'intention des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (ci-après appelée « première décision »). Les participants étaient invités à consulter une fiche d'information contenant des données factuelles sur les risques de la COVID-19 chez les enfants en général et ceux atteints d'asthme en particulier, ainsi que sur les recommandations de santé publique par rapport au retour à l'école. Suite à la lecture de cette fiche d'information, les participants étaient à nouveau interrogés sur leur intention de retourner leur enfant à l'école (ci-après appelée « deuxième décision »). Par la suite, les capacités de raisonnement (réflexion cognitive) et d'application de calculs rapides (numératie) des participants ont été mesurées à l'aide de tests fréquemment utilisés en économie expérimentale (K. B. Lavoie, S 2020 ; Micoulaud-Franchi et al., 2016 ; Wallston, Strudler Wallston, & DeVellis, 1978). À la fin de l'enquête, les participants étaient invités à répondre à des questions sur leurs caractéristiques sociodémographiques.

Modèle économétrique

Nous avons considéré le choix des parents de retourner leur enfant à l'école à la rentrée des classes en septembre 2020 comme un choix rationnel pouvant être influencé par une série de facteurs tels que les caractéristiques sociodémographiques, l'état psychologique du parent, les perceptions de contrôle des risques, la consultation récente d'un professionnel de la santé pour l'enfant et la condition médicale de l'enfant. Nous avons postulé également que les capacités cognitives, le niveau de numératie et la tolérance aux risques étaient des facteurs déterminants de l'intention des parents de retourner leur enfant à l'école. Nous avons créé un premier modèle d'analyse, où tous les facteurs contribueraient à expliquer de façon exogène la première décision des parents. Ce modèle a été estimé à partir d'un Probit ordonné, assumant que les termes d'erreur suivent une distribution normale. Un second modèle Probit ordonné a été estimé parmi les participants ayant initialement indiqué ne pas avoir l'intention ou ne pas savoir s'ils retourneraient leur enfant à l'école dès la rentrée. Ce modèle avait pour objectif de déterminer les caractéristiques des parents qui pourraient potentiellement changer leur opinion initiale et sont inspirés de modèles économiques largement utilisés dans ce domaine d'étude (Löwe et al., 2008 ; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006).

Variables dépendantes

Intention de retourner son enfant à l'école

Nous avons questionné les parents quant à leur intention de retourner leur enfant à l'école à la rentrée des classes, en automne 2020. Les participants avaient trois choix de réponse : « 0. Non » ; « 1. Je ne sais pas » ; « 2. Oui ». Cette question a également été posée après la présentation des fiches d'informations (données probantes).

Variables indépendantes

Caractéristiques psychologiques

Nous avons évalué le niveau d'inquiétude des participants par rapport à la situation pandémique actuelle à partir de l'outil développé par Lavoie et Bacon (K. Lavoie & Bacon, 2020). L'anxiété générale des participants a quant à elle été mesurée à l'aide de la version à 7 items de l'instrument *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7) (Spitzer et al., 2006)

Contrôle du risque et perception des risques

Les parents ont également été interrogés sur leur niveau de contrôle perçu dans la prévention de l'infection à la COVID-19 chez leur enfant (Wallston et al., 1978). Les participants ont été interrogés sur la probabilité perçue que leur enfant soit infecté à la COVID-19 dans les mois suivants sur une échelle de 0 à 100 points où 0 signifiait « impossible », et où 100 signifiait

« absolument certain ». Cette même question a été complétée avant et après la présentation des fiches d'informations.

Caractéristiques médicales

Les participants ont été invités à se prononcer sur le contrôle de l'asthme de leur enfant à l'aide d'un test validé et utilisé dans le cadre d'autres études (Cao et al., 2020 ; Johnson, Ulvenes, Øktedalen, & Hoffart, 2019 ; Löwe et al., 2008). Un score de perception du contrôle de l'asthme par le parent a ainsi été constitué. La présence d'autres problèmes de santé chroniques (Wu & McGoogan, 2020) est une autre information clinique qui a été collectée.

Sources d'informations médicales

Les parents ont été questionnés sur les types de professionnels de la santé consultés pour leur enfant depuis le début de la pandémie.

Exposition à la COVID-19

L'exposition à la COVID-19 a été couverte en demandant aux parents si eux-mêmes ou leur enfant avaient été testés pour la COVID-19 et s'ils connaissaient quelqu'un qui avait été infecté par le virus.

Capacités de raisonnement, numératie et aversion au risque

Les participants ont été soumis au test de réflexion cognitive de Frederick (Frederick, 2005). Ce test mesure la capacité d'un individu à raisonner lentement et correctement plutôt qu'intuitivement et de manière erronée, en utilisant la terminologie de Kahneman (Kahneman, 2011). Les participants ont également été invités à compléter le test de numératie de Jappelli, utilisé pour analyser les compétences en calcul des répondants et pour évaluer leur capacité à comprendre les informations quantitatives (Jappelli, 2010). Finalement, une question spécifiquement formulée afin de mesurer l'aversion au risque a été utilisée (Harrison, 2008). L'aversion au risque et la réflexion cognitive ont été mesurées par des tests validés utilisés pour d'autres projets d'économie expérimentale (Mishagina & Montmarquette, 2018).

Sociodémographiques

Enfin, le questionnaire a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques suivantes du parent participant : sexe, âge, niveau de scolarité, statut d'emploi et lieu de résidence. Le sexe et l'âge de l'enfant ont aussi été demandés.

Résultats

Sur les 582 invitations lancées, 305 parents ont rempli le questionnaire pour un taux de réponse de 52 %. Parmi ces 305 parents, 247 ont déclaré avoir un enfant d'âge scolaire. Ce sont ces parents qui ont été sélectionnés dans le cadre de l'analyse présentée dans ce rapport.

Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les participants à l'étude, une majorité (n=232 ; 93,9 %) était des femmes, la majorité avait entre 35 et 44 ans et possédait des études universitaires (Tableau 1). Le niveau de scolarité des répondants était plus élevé que dans la population générale avec 68,5 % déclarant avoir fait des études universitaires. Alors que 65,6 % de notre échantillon avait un niveau d'anxiété générale faible, 57,9 % déclaraient avoir un niveau d'inquiétude associé à la COVID-19 élevé.

Tableau 1 : Caractéristiques des parents ayant participé à l'étude

			n	%
Caractéristiques psychologiques	Niveau d'anxiété générale	Faible	162	65,6
		Moyen	57	23,1
		Élevé	28	11,3
	Niveau d'inquiétude en lien avec la COVID-19	Faible	21	8,5
		Moyen	83	33,6
Élevé		143	57,9	
Contrôle du risque et perception des risques	Contrôle perçu sur le risque d'infection à la COVID-19 de l'enfant	Moins de contrôle	87	35,2
		Plus de contrôle	160	64,8
	Probabilité perçue que l'enfant soit infecté par la COVID-19	Moins de 50 %	97	39,3
		50 %	96	38,9
	Plus de 50 %	54	21,9	
Caractéristiques médicales	Contrôle de l'asthme de l'enfant	Non contrôlé	42	17,0
		Contrôlé	205	83,0
	Présence d'une autre maladie chronique chez l'enfant	Non	234	94,7
	Oui	13	5,3	
Sources d'informations médicales	Consultation d'un professionnel de la santé depuis le début de la pandémie	Non	107	43,3
		Oui	140	56,7
Exposition à la COVID-19	L'enfant ou le parent a passé un test de dépistage pour la COVID-19	Non	196	79,4
		Oui	51	20,6
	Connaissance d'au moins une personne infectée par la COVID-19	Non	121	49,0
		Oui	126	51,0
Capacités de raisonnement, numératie et aversion au risque	Tolérance au risque	Aversion au risque	216	87,4
		Goût du risque	31	12,6
	Score de numératie	Faible	150	60,7
		Élevé	97	39,3
	Score de réflexion cognitive	Faible	184	74,5
Élevé		63	25,5	
Caractéristiques sociodémographiques du parent	Sexe	Masculin	15	6,1
		Féminin	232	93,9

	Moins de 35 ans	35	14,2	
Âge	35-44 ans	145	58,7	
	45 ans et +	67	27,1	

Lieu de résidence	Région de Montréal	227	91,9	
	Extérieur de Montréal	20	8,1	

Niveau de scolarité	Diplôme d'études secondaires	47	19,0	
	Études collégiales	31	12,6	
	Études universitaires	169	68,4	

Statut d'emploi	Ne travaille pas	53	21,5	
	En emploi	194	78,5	

Sexe	Masculin	139	56,3	
	Féminin	108	43,7	

Caractéristiques sociodémographiques de l'enfant (déclarées par le parent)	Âge	4-5 ans	23	9,3
		6-10 ans	133	53,8
		Plus de 10 ans	91	36,8

Intention de retourner l'enfant à l'école

Avant la lecture de données probantes, 62,8 % des participants (n=155) avaient l'intention de retourner leur enfant à l'école à la rentrée scolaire, 24,7 % n'avaient pas l'intention de retourner leur enfant à l'école et 12,5 % étaient encore indécis (Figure 1).

Suite à la lecture de la fiche d'information contenant des données probantes, la majorité des parents ayant l'intention de renvoyer leur enfant à l'école ont conservé le même avis. Par contre, 48,4 % des indécis ont changé d'idée et avaient maintenant l'intention de retourner leur enfant à l'école. Parmi les participants ayant initialement indiqué qu'ils ne comptaient pas renvoyer leur enfant à l'école, la lecture de données probantes a mené à ce que 26,2 % d'entre eux aient l'intention de renvoyer leur enfant à l'école et 49,2 % d'entre eux sont devenus indécis. Au final, la proportion de parents ayant l'intention de retourner leur enfant à l'école est passée de 62,8 % à 72,1 % après la lecture de données probantes, alors que la proportion n'ayant pas l'intention de renvoyer leur enfant à l'école est passée de 24,7 % à 6,5 % (Figure 1)

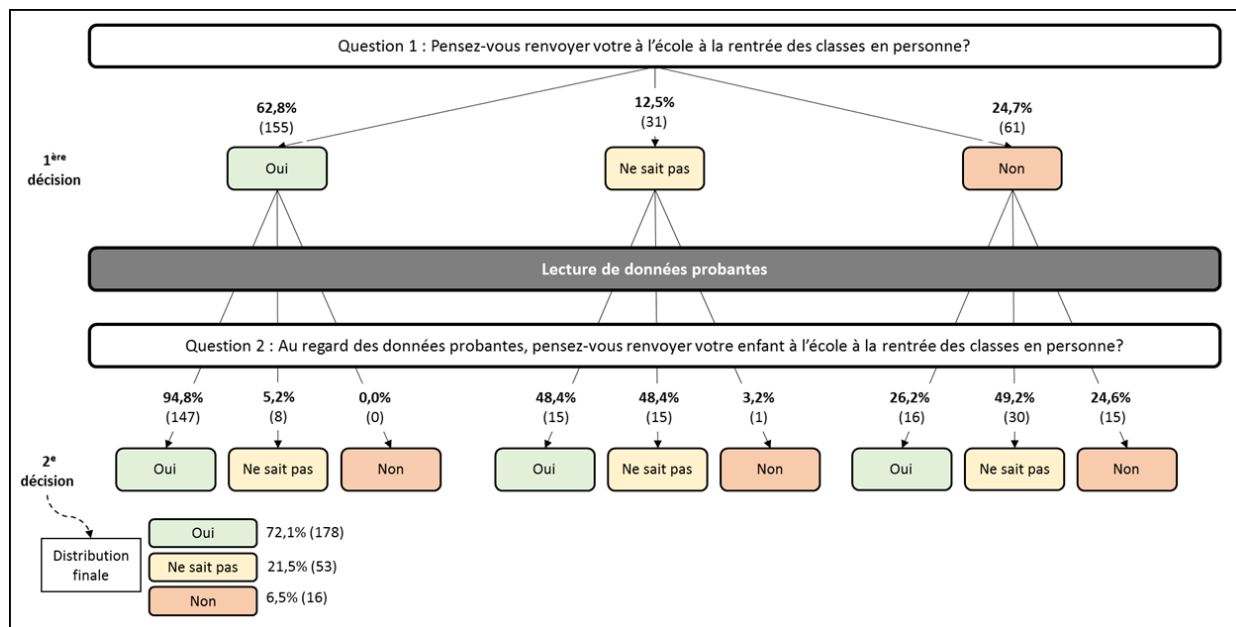


Figure 1 : Arbre de décision : Distribution des parents selon leur intention de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école lors de la rentrée des classes

Nous avons par la suite examiné les caractéristiques des participants ayant initialement exprimé leur intention de renvoyer leur enfant à l'école. Le tableau 2 montre que parmi les caractéristiques étudiées, seulement deux caractéristiques étaient statistiquement différentes entre les participants ayant l'intention de renvoyer leur enfant à l'école versus ceux qui n'avaient pas l'intention de le faire ou étaient incertains : le niveau d'inquiétude relié à la COVID-19 et le statut d'emploi. La distribution des autres caractéristiques ne différait pas significativement entre les deux groupes (Tableau 2).

Tableau 2 : Proportion (%) des parents ayant l'intention de retourner leur enfant à l'école (1^{re} décision) selon les différentes variables indépendantes à l'étude

		Non	Ne sait pas	Oui	p
Total		24,7	12,5	62,8	
Niveau d'anxiété générale	Faible	21,0	11,7	67,3	0,274 ²
	Moyen	29,8	14,1	56,1	
	Élevé	35,7	14,3	50,0	
Niveau d'inquiétude en lien avec la COVID-19	Faible	4,8	4,7	90,5	< 0,001 ²
	Moyen	13,3	9,6	77,1	
	Élevé	34,3	15,4	50,3	
Contrôle perçu sur le risque d'infection à la COVID-19 de l'enfant	Moins de contrôle	23,0	11,5	65,5	0,802 ¹
	Plus de contrôle	25,6	13,1	61,3	
Probabilité perçue que l'enfant soit infecté par la COVID-19	Moins de 50 %	19,6	14,4	66,0	0,444 ²
	50 %	25,0	11,5	63,5	
	Plus de 50 %	33,3	11,1	55,6	
Contrôle de l'asthme de l'enfant	Non contrôlé	33,3	16,7	50,0	0,172 ¹
	Contrôlé	22,9	11,7	65,4	
Présence d'une autre maladie chronique chez l'enfant	Non	25,2	12,8	62,0	0,699 ²
	Oui	15,4	7,7	76,9	
	Non	21,0	11,1	67,9	0,502 ¹

Consultation d'un professionnel de la santé depuis le début de la pandémie	Oui	26,5	13,3	60,2	
L'enfant ou le parent a passé un test de dépistage pour la COVID-19	Non	27,6	11,7	60,7	0,119 ¹
	Oui	13,7	15,7	70,6	
Connaissance d'au moins une personne infectée par la COVID-19	Non	21,5	14,0	64,5	0,467 ¹
	Oui	27,8	11,1	61,1	
Tolérance au risque	Aversion au risque	25,9	13,0	61,1	0,417 ²
	Goût du risque	16,1	9,7	74,2	
Score de numératie	Faible	24,7	16,6	58,7	0,046 ¹
	Élevé	24,7	6,2	69,1	
Score de réflexion cognitive	Faible	26,6	13,6	59,8	0,256 ¹
	Élevé	19,0	9,6	71,4	
Sexe	Masculin	20,0	13,3	66,7	,999 ²
	Féminin	25,0	12,5	62,5	
Âge	Moins de 35 ans	28,6	5,7	65,7	0,435 ²
	35-44 ans	26,9	13,1	60,0	
	45 ans et +	17,9	14,9	67,2	
Lieu de résidence	Région de Montréal	24,7	12,3	63,0	0,888 ²
	Extérieur de Montréal	25,0	15,0	60,0	
Niveau de scolarité	Diplôme d'études secondaires	29,8	19,1	51,1	0,238 ²
	Études collégiales	32,3	9,6	58,1	
	Études universitaires	21,9	11,2	66,9	
Statut d'emploi	Ne travaille pas	34,0	17,0	49,0	0,067 ¹
	En emploi	22,2	11,3	66,5	
Sexe	Masculin	23,0	14,4	62,6	0,552 ¹
	Féminin	26,8	10,2	63,0	
Âge	4-5 ans	13,0	26,1	60,9	0,244 ²
	6-10 ans	25,6	9,7	64,7	
	Plus de 10 ans	26,4	13,2	60,4	

¹ Test du Chi-Deux

² Test exact de Fisher

Les tableaux 3 et 4 présentent les résultats du Probit ordonné dans lequel nous analysons les déterminants de l'intention de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école lors de la première décision. Alors que le tableau 3 présente les résultats bruts du Probit ordonné, le tableau 4 présente les distributions prédites. Le niveau d'inquiétude en lien avec la COVID-19 représentait un déterminant important de l'intention de ne pas retourner son enfant à l'école. Le niveau de scolarité est positivement associé à l'intention de retourner son enfant à l'école : 66,6 % des personnes déclarant avoir des études universitaires relativement à 53,6 % des personnes titulaires d'un diplôme secondaire ont l'intention de retourner leur enfant à l'école selon les distributions prédites dans le tableau 4. Les résultats montrent également que les parents ne travaillant pas sont moins enclins à retourner leur enfant à l'école.

Tableau 3 : (Probit ordonné) Déterminants de l'intention des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (1re décision) (n=247)

		Coef.	p
Niveau d'anxiété générale	Moyen	0,125	0,560
(réf. : Faible)	Élevé	-0,012	0,966
Niveau d'inquiétude en lien avec la COVID-19	Moyen	-0,494	0,245
(réf. : Faible)	Élevé	-1 232	0,002
Contrôle perçu sur le risque d'infection à la COVID-19 de l'enfant (réf. : moins de contrôle)	Plus de contrôle	-0,104	0,589
Probabilité perçue que l'enfant soit infecté par la COVID-19	50 %	0,171	0,383
(réf. : Moins de 50 %)	Plus de 50 %	-0,208	0,356
Contrôle de l'asthme de l'enfant (réf. : non contrôlé)	Contrôlé	0,278	0,241
Présence d'une autre maladie chronique chez l'enfant (réf. : Non)	Oui	0,157	0,717
Consultation d'un professionnel de la santé depuis le début de la pandémie (réf. : Non)	Oui	-0,192	0,301
L'enfant ou le parent a passé un test de dépistage pour la COVID-19 (réf. : Non)	Oui	0,335	0,137
Connaissance d'au moins une personne infectée par la COVID-19 (réf. : Non)	Oui	-0,088	0,617
Tolérance au risque (réf. : Aversion au risque)	Goût du risque	0,515	0,073
Score de numératie (réf. : Faible)	Élevé	-0,061	0,770
Score de réflexion cognitive (réf. : Faible)	Élevé	0,179	0,436
Sexe (réf. : Masculin)	Féminin	0,384	0,322
Âge	35-44 ans	-0,283	0,298
(réf. : Moins de 35 ans)	45 ans et +	-0,017	0,960
Lieu de résidence (réf. : Extérieur de Montréal)	Région de Montréal	-0,293	0,391
Niveau de scolarité	Études collégiales	0,040	0,891
(réf. : Diplôme d'études secondaires)	Études universitaires	0,391	0,090
Statut d'emploi (réf. : ne travaille pas)	En emploi	0,419	0,044
Sexe (réf. : Masculin)	Féminin	0,099	0,574
Âge	6-10 ans	-0,296	0,273
(réf. : 4-5 ans)	Plus de 10 ans	-0,399	0,190
Log pseudolikelihood = -197 557		p = 0,001	
Wald chi2 = 51,43		Pseudo R2 = 0,110	

Tableau 4 : (Post-estimation Probit ordonné) Distribution prédite (%) : intention des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (1re décision) (n=247)

		Non Pr (IF _i = 0)	Ne sait pas Pr (IF _i = 1)	Oui Pr (IF _i = 2)
Niveau d'anxiété générale	Faible	25,6	12,7	61,7
	Moyen	22,2	12,1	65,7
	Élevé	25,9	12,8	61,3
Niveau d'inquiétude en lien avec la COVID-19	Faible	5,8	6,1	88,1
	Moyen	13,3	10,2	76,5
	Élevé	33,4	15,1	51,5
	Moins de contrôle	22,9	12,3	64,8

Contrôle perçu sur le risque d'infection à la COVID-19 de l'enfant	Plus de contrôle	25,7	12,8	61,5
	Moins de 50 %	25,2	12,7	62,1
Probabilité perçue que l'enfant soit infecté par la COVID-19	50 %	20,7	11,8	67,5
	Plus de 50 %	31,2	13,6	55,2
Contrôle de l'asthme de l'enfant	Non contrôlé	31,2	13,7	55,1
	Contrôlé	23,2	12,4	64,4
Présence d'une autre maladie chronique chez l'enfant	Non	24,9	12,7	62,4
	Oui	20,8	11,8	67,4
Consultation d'un professionnel de la santé depuis le début de la pandémie	Non	21,3	11,9	66,8
	Oui	26,3	13,0	60,7
L'enfant ou le parent a passé un test de dépistage pour la COVID-19	Non	26,5	13,0	60,5
	Oui	17,8	11,1	71,1
Connaissance d'au moins une personne infectée par la COVID-19	Non	23,5	12,4	64,1
	Oui	25,8	12,9	61,3
Tolérance au risque	Aversion au risque	26,3	13,0	60,7
	Goût du risque	14,0	9,8	76,2
Score de numératie	Faible	24,1	12,5	63,4
	Élevé	25,8	12,8	61,4
Score de réflexion cognitive	Faible	25,9	12,9	61,2
	Élevé	21,1	11,9	67,0
Sexe	Masculin	35,6	13,8	50,6
	Féminin	24,2	12,5	63,3
Âge	Moins de 35 ans	20,2	11,7	68,1
	35-44 ans	27,8	13,2	59,0
	45 ans et +	20,6	11,8	67,6
Lieu de résidence	Région de Montréal	18,1	11,0	70,9
	Extérieur de Montréal	25,5	12,7	61,8
Niveau de scolarité	Diplôme d'études secondaires	32,5	13,9	53,6
	Études collégiales	31,2	13,8	55,0
	Études universitaires	21,3	12,1	66,6
Statut d'emploi	Ne travaille pas	34,2	14,0	51,8
	En emploi	22,0	12,1	65,9
Sexe	Masculin	26,0	12,8	61,2
	Féminin	23,3	12,3	64,4
Âge	4-5 ans	17,1	10,8	72,1
	6-10 ans	24,4	12,6	63,0
	Plus de 10 ans	27,3	13,1	59,6

Les tableaux 5 et 6 présentent les déterminants du changement d'opinion des parents quant à leur intention de retourner leur enfant à l'école à la suite de la lecture de la fiche d'information présentant des données probantes vulgarisées. Alors que le tableau 5 présente les résultats bruts du Probit ordonné, le tableau 6 présente les distributions prédites. Le contrôle de l'asthme, l'âge des parents et l'âge des enfants sont les seules variables significatives du modèle.

Tableau 5 : (Probit ordonné) Déterminants du changement d'opinion des parents quant à leur intention de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (2e décision) (n=92*)

		Coef.	p
Niveau d'anxiété générale	Moyen	-0,020	0,958
	(réf. : Faible) Élevé	-0,502	0,193
Niveau d'inquiétude en lien avec la COVID-19	Moyen	0,070	0,949
	(réf. : Faible) Élevé	0,179	0,869
Contrôle perçu sur le risque d'infection à la COVID-19 de l'enfant (réf. : moins de contrôle)	Plus de contrôle	-0,182	0,568
Probabilité perçue que l'enfant soit infecté par la COVID-19	50 %	0,479	0,163
	(réf. : Moins de 50 %) Plus de 50 %	-0,013	0,974
Contrôle de l'asthme de l'enfant (réf. : non contrôlé)	Contrôlé	0,637	0,040
Présence d'une autre maladie chronique chez l'enfant (réf. : Non)	Oui	0,624	0,386
Consultation d'un professionnel de la santé depuis le début de la pandémie (réf. : Non)	Oui	-0,389	0,234
L'enfant ou le parent a passé un test de dépistage pour la COVID-19 (réf. : Non)	Oui	-0,352	0,314
Connaissance d'au moins une personne infectée par la COVID-19 (réf. : Non)	Oui	0,136	0,647
Tolérance au risque (réf. : Aversion au risque)	Goût du risque	0,109	0,847
Score de numératie (réf. : Faible)	Élevé	-0,153	0,647
Score de réflexion cognitive (réf. : Faible)	Élevé	-0,161	0,663
Sexe (réf. : Masculin)	Féminin	-0,443	0,505
Âge	35-44 ans	0,393	0,303
	(réf. : Moins de 35 ans) 45 ans et +	0,971	0,040
Lieu de résidence (réf. : Extérieur de Montréal)	Région de Montréal	0,212	0,613
Niveau de scolarité	Études collégiales	-0,091	0,845
	(réf. : Diplôme d'études secondaires) Études universitaires	0,069	0,832
Statut d'emploi (réf. : ne travaille pas)	En emploi	0,320	0,308
Sexe (réf. : Masculin)	Féminin	0,045	0,876
Âge	6-10 ans	-1 080	0,030
	(réf. : 4-5 ans) Plus de 10 ans	-1 185	0,024
Log pseudolikelihood = -82 636		p = 0,084	
Wald chi2 = 35,23		Pseudo R2 = 0,120	

* Parmi les parents ayant indiqué « Non » ou « Ne sait pas » à la première décision

Tableau 6 : (Post-estimation Probit ordonné) Distribution prédite (%) : intention des parents de retourner leur enfant atteint d'asthme à l'école (2e décision) (n=92*)

		Non Pr (IF _i = 0)	Ne sait pas Pr (IF _i = 1)	Oui Pr (IF _i = 2)
Niveau d'anxiété générale	Faible	15,4	48,6	36,0
	Moyen	15,8	48,8	35,4
	Élevé	27,9	50,6	21,5

Niveau d'inquiétude en lien avec la COVID-19	Faible	20,7	50,4	28,9
	Moyen	19,1	49,9	31,0
	Élevé	16,6	49,0	34,4
Contrôle perçu sur le risque d'infection à la COVID-19 de l'enfant	Moins de contrôle	14,7	47,8	37,5
	Plus de contrôle	18,6	49,6	31,8
Probabilité perçue que l'enfant soit infecté par la COVID-19	Moins de 50 %	21,5	50,1	28,4
	50 %	11,7	44,6	43,7
	Plus de 50 %	21,8	50,1	28,1
Contrôle de l'asthme de l'enfant	Non contrôlé	29,5	51,4	19,1
	Contrôlé	13,5	48,9	37,6
Présence d'une autre maladie chronique chez l'enfant	Non	17,7	49,3	33,0
	Oui	7,3	39,0	53,7
Consultation d'un professionnel de la santé depuis le début de la pandémie	Non	11,8	45,6	42,6
	Oui	19,6	50,3	30,1
L'enfant ou le parent a passé un test de dépistage pour la COVID-19	Non	15,9	48,9	35,2
	Oui	24,5	50,8	24,7
Connaissance d'au moins une personne infectée par la COVID-19	Non	18,8	49,8	31,4
	Oui	15,9	48,5	35,6
Tolérance au risque	Aversion au risque	17,4	49,3	33,3
	Goût du risque	15,1	48,2	36,7
Score de numératie	Faible	16,2	48,6	35,2
	Élevé	19,6	49,9	30,5
Score de réflexion cognitive	Faible	16,7	48,7	34,6
	Élevé	20,3	50,0	29,7
Sexe	Masculin	9,6	43,1	47,3
	Féminin	17,7	49,6	32,7
Âge	Moins de 35 ans	29,3	51,1	19,6
	35-44 ans	18,7	50,9	30,4
	45 ans et +	8,1	42,2	49,7
Lieu de résidence	Région de Montréal	21,7	50,5	27,8
	Extérieur de Montréal	16,8	49,0	34,2
Niveau de scolarité	Diplôme d'études secondaires	17,8	49,5	32,7
	Études collégiales	19,9	50,2	29,9
	Études universitaires	16,3	48,8	34,9
Statut d'emploi	Ne travaille pas	22,8	50,3	26,9
	En emploi	15,4	48,0	36,6
Sexe	Masculin	17,7	49,3	33,0
	Féminin	16,7	48,9	34,4
Âge	4-5 ans	3,4	28,8	67,8
	6-10 ans	18,3	50,1	31,6
	Plus de 10 ans	20,7	50,9	28,4

* Parmi les parents ayant indiqué « Non » ou « Ne sait pas » à la première décision

Discussion

Cette étude fait partie des rares études réalisées auprès des parents d'enfants au Québec pour analyser l'intention de retour à l'école suite à la première vague de la pandémie. De plus, c'est la seule étude qui s'est intéressée aux parents d'enfants asthmatiques suivis dans un centre hospitalier. Nos résultats montrent que suite à la lecture de la fiche d'information comportant des données

probantes vulgarisées sur les facteurs de risque associés à la COVID chez les enfants, plusieurs parents ont changé d'opinion quant à l'intention de renvoyer leur enfant à l'école. La proportion de parents ayant l'intention de retourner leur enfant à l'école est passée de 62,8 % à 72,1 % après la lecture de données probantes, alors que la proportion n'ayant pas l'intention de renvoyer leur enfant à l'école est passée de 24,7 % à 6,5 %. Le niveau d'inquiétude des parents liés à la COVID-19 s'est révélé être un facteur déterminant de l'intention de retourner son enfant à l'école. Ce résultat démontre qu'il est important de rassurer et d'informer les parents sur les facteurs de risques à développer une COVID-19 sévère chez les enfants. Un résultat majeur de cette étude est le fait que la présentation d'une fiche d'information a permis d'augmenter d'environ 10 points de pourcentage la proportion des parents ayant l'intention de retourner leur enfant à l'école. La vulgarisation des données probantes sur l'impact de la COVID-19 sur la population pédiatrique ainsi que sur les enfants atteints d'asthme en plus des recommandations des associations médicales quant au retour à l'école a modifié la décision des parents quant au retour de leurs enfants à l'école. Cette étude a ainsi montré que des politiques publiques centrées sur l'accès à l'information et la transmission vulgarisée des publications scientifiques sur le sujet pouvaient avoir un impact majeur dans le changement de comportement et la prise de décision de la population.

Cette étude a également montré que certains parents qui avaient l'intention de retourner leurs enfants à l'école se sont montrés plus hésitants à la suite à la lecture de la fiche d'information (5,2 % des participants ayant répondu avoir l'intention de renvoyer leur enfant à l'école au début de l'étude ont par la suite répondu « je ne sais pas »). De plus, 3,2 % des participants ayant répondu « je ne sais pas » au début de l'étude ont répondu ne plus avoir l'intention de renvoyer leurs enfants à l'école. Ces résultats dans la direction opposée de notre hypothèse de base (soit celle que la présentation des données probantes allait rassurer les parents et favoriser le retour à l'école) peuvent être expliqués de plusieurs façons. Certains participants s'étant peut-être moins informés par rapport à ces sujets ont pu développer une certaine inquiétude à la lecture de la fiche d'information et modifier leur décision de retourner leur enfant à l'école. Le concept de « surcharge d'information » peut également expliquer ces résultats. Plusieurs études ont montré qu'une trop grande exposition à l'information peut provoquer du stress, de l'anxiété et de l'épuisement et entraîner un impact négatif dans la prise de décision en provoquant davantage d'inquiétude (Fu, Li, Liu, Pirkkalainen, & Salo, 2020 ; Soroya, Farooq, Mahmood, Isoaho, & Zara, 2021). Malgré le fait que la fiche d'information était courte, précise et basée sur un langage facilement compréhensible, ces informations ont pu provoquer une surcharge informationnelle chez certains participants et modifier de manière pessimiste leurs décisions quant au retour de leurs enfants

atteints d'asthme à l'école. Cette étude comportait plusieurs limites. Le faible échantillon de répondants correspond à une première limite, pouvant pénaliser la répliquabilité de nos résultats. De plus, nos participants étaient suivis à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et venaient principalement de la grande grande région de Montréal ce qui limite ainsi la généralisation de nos résultats à l'ensemble du Québec. Par ailleurs, les questions liées à la capacité de raisonnement, la numératie et l'aversion au risque n'étaient pas obligatoires. Elles comportaient donc beaucoup de valeurs manquantes et n'ont pas pu être utilisées dans les analyses économétriques.

Conclusion et impacts des résultats

Le retour à l'école en période de pandémie a été un événement générant beaucoup de préoccupations pour de nombreuses familles. Cette étude a permis une meilleure compréhension des facteurs qui influencent la décision des parents de renvoyer leurs enfants à l'école, et sur lesquels des mesures peuvent être prises. Le niveau d'inquiétude était un facteur principal qui influençait la prise de décision. Réduire ce niveau d'inquiétude face à des événements générant des préoccupations est important pour influencer la prise de décision dans une population. Notre étude a également montré que la lecture d'une fiche d'information basée sur les données probantes pouvait influencer la prise de décision. Il est donc essentiel de proposer des sources d'informations valides, précises et simples pour informer et rassurer la population des effets. Comprendre et agir sur les déterminants de l'acceptabilité des différentes politiques de santé publique (comme le retour à l'école) reste important pour aider les autorités à lutter contre la pandémie actuelle, mais aussi pour l'acceptation de politiques publiques futures.

Références

- Adda, J. (2007). Behavior towards health risks: An empirical study using the “Mad Cow” crisis as an experiment. *Journal of Risk and Uncertainty*, 35(3), 285-305.
- Ayoub, H. H., Chemaitelly, H., Seedat, S., Mumtaz, G. R., Makhoul, M., & Abu-Raddad, L. J. (2020). Age could be driving variable SARS-CoV-2 epidemic trajectories worldwide. *medRxiv*, 2020.2004.2013.20059253. doi:10.1101/2020.04.13.20059253
- Barron, K., Gamboa, L. F., & Rodriguez-Lesmes, P. (2019). Behavioural response to a sudden health risk: Dengue and educational outcomes in Colombia. *The Journal of Development Studies*, 55(4), 620-644.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
- Christakis, D. A. (2020). School Reopening-The Pandemic Issue That Is Not Getting Its Due. *JAMA Pediatr.* doi:10.1001/jamapediatrics.2020.2068
- Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020. (2020). Retrieved from https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6914e4.htm?s_cid=mm6914e4_w
- Denant-Boemont, L., Malgrange, P., Masclet, D., & Montmarquette, C. (2008). L'économie expérimentale comme outil d'aide à la décision. *Economie prevision* (1), 1-6.
- Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z., & Tong, S. (2020). Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*.
- Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z., & Tong, S. (2020). Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2020-0702
- Fermeture des garderies et des écoles au Québec jusqu'au mois de Septembre. (2020). Retrieved from <https://www.change.org/p/assembl%C3%A9e-nationale-fermeture-des-%C3%A9coles-au-qu%C3%A9bec-jusqu-au-mois-de-septembre>
- Frederick, S. (2005). Cognitive reflection and decision making. *Journal of Economic Perspectives*, 19(4), 25-42.
- Fu, S., Li, H., Liu, Y., Pirkkalainen, H., & Salo, M. (2020). Social media overload, exhaustion, and use discontinuance: Examining the effects of information overload, system feature overload, and social overload. *Information Processing & Management*, 57(6), 102307. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ipm.2020.102307>
- Gamboa, L. F., & Lesmes, P. R. (2019). The fertility-inhibiting effect of mosquitoes: Socio-economic differences in response to the Zika crisis in Colombia. *Economics & Human Biology*, 35, 63-72.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*: John Wiley & Sons.
- Harrison, G. W. (2008). *Risk aversion in experiments*: Emerald Group Publishing.
- Haushofer, J., & Metcalf, J. (2020). Combining behavioral economics and infectious disease epidemiology to mitigate the COVID-19 outbreak. *Princeton University, March, 6*, 1-10.
- Institut national de Santé Publique. (2020). Données COVID-19 au Québec. Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- Ismaila, A. S., Sayani, A. P., Marin, M., & Su, Z. (2013). Clinical, economic, and humanistic burden of asthma in Canada: a systematic review. *BMC pulmonary medicine*, 13(1), 1-23.
- Jackson, D. J., Busse, W. W., Bacharier, L. B., Kattan, M., O'Connor, G. T., Wood, R. A., . . . Altman, M. C. (2020). Association of respiratory allergy, asthma, and expression of the SARS-CoV-2 receptor ACE2. *J Allergy Clin Immunol.* doi:10.1016/j.jaci.2020.04.009

- Jacquemet, N., & L'haridon, O. (2016). Économie expérimentale : comportements individuels, stratégiques et sociaux—Introduction. *L'Actualité économique*, 92 (1-2), 7-10.
- Jang, W. M., Cho, S., Jang, D. H., Kim, U.-N., Jung, H., Lee, J. Y., & Eun, S. J. (2019). Preventive Behavioral Responses to the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Outbreak in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2161.
- Jappelli, T. (2010). Economic literacy: An international comparison. *The Economic Journal*, 120(548), F429-F451.
- John Hopkins University. (2020). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Retrieved from <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric properties of the general anxiety disorder 7-item (GAD-7) scale in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in psychology*, 10, 1713.
- Kagel, J. H., & Roth, A. E. (2016). *The handbook of experimental economics* (Vol. 2): Princeton university press.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*: Macmillan.
- Kiss, H. J., Rodriguez-Lara, I., & Rosa-Garcia, A. (2014). Do women panic more than men? An experimental study of financial decisions. *Journal of behavioral and experimental economics*, 52, 40-51.
- Lavoie, K., & Bacon, S. (2020). The International Assessment of COVID-19-related Attitudes, Concerns, Responses and Impacts in Relation to Public Health Policies (iCARE) study: Can we optimise strategies to flatten the COVID-19 infection curve? *Montreal Behavioural Medicine Centre (MBMC)*.
- Lavoie, K. B., S (2020). The International Assessment of COVID-19-related Attitudes, Concerns, Responses and Impacts in Relation to Public Health Policies (iCARE) study: Can we optimise strategies to flatten the COVID-19 infection curve? . Retrieved from <https://mbmc-cmcm.ca/fr/covid19/>
- Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., & Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. doi:10.1016/S2352-4642(20)30108-5
- Levitt, S. D., & List, J. A. (2007). What do laboratory experiments measuring social preferences reveal about the real world? *Journal of Economic Perspectives*, 21(2), 153-174.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 266-274.
- Micoulaud-Franchi, J. A., Lagarde, S., Barkate, G., Dufournet, B., Besancon, C., Trebuchon-Da Fonseca, A., . . . McGonigal, A. (2016). Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy Behav*, 57(Pt A), 211-216. doi:10.1016/j.yebeh.2016.02.015
- Mishagina, N., & Montmarquette, C. (2018). *The Demand for Economic Policies, Beliefs, and Willingness-to-Pay: The Case of the Minimum Wage Policy in Quebec*: Center for Interuniversity Research and Analysis on Organizations.
- Rice, T. (2013). The behavioral economics of health and health care. *Annual Review of Public Health*, 34, 431-447.
- Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. (2020). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69(12), 343-346. doi:10,155 85/mmwr.mm6912e2

- Soroya, S. H., Farooq, A., Mahmood, K., Isoaho, J., & Zara, S.-e. (2021). From information seeking to information avoidance: Understanding the health information behavior during a global health crisis. *Information Processing & Management*, 58(2), 102440. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ipm.2020.102440>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092 %J Archives of Internal Medicine
- Tagarro, A., Epalza, C., Santos, M., Sanz-Santaefemia, F. J., Otheo, E., Moraleda, C., & Calvo, C. (2020). Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain. *JAMA Pediatr.* doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1346
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. In: HeinOnline.
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., . . . Druckman, J. N. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 1-12.
- Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., . . . Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health.* doi:10.1016/S2352-4642(20)30095-X
- Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239-1242.

Annexe : Questionnaire (version française)

Questionnaire (Français)

Perception des risques chez les parents d'enfant asthmatique en période de COVID-19

Section A : Informations générales

1. Êtes-vous le parent d'un enfant asthmatique ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - Si non, vous n'êtes pas éligible
2. Combien de vos enfants souffrent d'asthme ?
 - a. Un enfant
 - b. Plus d'un enfant

Questions au format conditionnel selon la réponse à la question précédente : question 3 OU question 4

3. [Si un enfant]: Quel âge à votre enfant asthmatique ? ____ ans
4. [Si plus d'un enfant] : L'un de vos enfants asthmatiques est-il d'âge scolaire?
 - a. Oui
 - [Si oui] : Pour cette enquête, pensez à votre enfant avec l'asthme le plus sévère qui va à l'école (le plus jeune si les enfants ont une sévérité de l'asthme semblable).
 - Quel âge a cet enfant? _____ ans
 - b. Non
 - [Si non] : Pour cette enquête, pensez à votre enfant avec l'asthme le plus sévère qui ne va pas encore à l'école (le plus vieux si les enfants ont une sévérité de l'asthme semblable).. Quel âge a cet enfant? _____ ans
5. Quel est le sexe de cet enfant?
 - a. Féminin
 - b. Masculin

Section B : Exposition et risque relié à la COVID-19

6. Depuis le début de la pandémie, votre enfant a-t-il été testé pour la COVID-19 ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas / je préfère ne pas répondre
7. [Question conditionnelle à la précédente] Si oui, le test était-il positif ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas / je préfère ne pas répondre
8. Si un vaccin pour COVID-19 était disponible aujourd'hui, quelle est la probabilité que vous vous fassiez vacciner votre enfant ?
- a. Très probable
 - b. Assez probable
 - c. Assez improbable
 - d. Très improbable
 - e. Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
9. Depuis le début de la pandémie, avez-vous été testé pour la COVID-19
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas / je préfère ne pas répondre
10. [Question conditionnelle à la précédente] Si oui, le test était-il positif ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas / je préfère ne pas répondre
11. Si un vaccin pour COVID-19 était disponible aujourd'hui, quelle est la probabilité que vous vous fassiez vacciner?
- a. Très probable
 - b. Assez probable
 - c. Assez improbable
 - d. Très improbable
 - e. Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
12. Connaissez-vous une ou plusieurs personne(s) qui a été infecté par la COVID-19 ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas / je préfère ne pas répondre
13. [Si votre enfant n'a pas été testé positif à la COVID-19] : Quelle est, selon vous, la probabilité que votre enfant soit infecté par la COVID-19 au cours des prochains mois?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

14. Quelle est, selon vous, la probabilité que votre enfant soit hospitalisé à cause du COVID-19 ?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

Section C : Retour à l'école

[Si votre enfant est d'âge scolaire : 5 ans et plus]

15. Quelle est la probabilité que vous renvoyiez votre enfant à l'école à l'automne?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

16. [Si l'enfant habite à l'extérieur de la communauté métropolitaine de Montréal] : Vous a-t-on proposé de renvoyer votre enfant à l'école?

- a. Oui
- b. Non

17. [Si oui]: Avez-vous renvoyé votre enfant à l'école?

- a. Oui
- b. Non

[Si votre enfant est d'âge préscolaire : moins de 5 ans]

18. Votre enfant fréquentait-il la garderie avant la pandémie de la COVID-19?

- a. Oui
- b. Non

19. Si oui, vous a-t-on proposé de renvoyer votre enfant à la garderie?

- a. Oui
- b. Non

20. Si oui, avez-vous renvoyé votre enfant à la garderie?

- a. Oui
- b. Non

21. Sinon, quelle est la probabilité de renvoyer votre enfant à la garderie quand cela sera possible?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

•

Section D : Niveau de contrôle et d'anxiété

22. Pour chacun des éléments suivants, évaluez votre niveau d'inquiétude pour chaque situation :

Inquiétude potentielle	Niveau personnel					
	Très inquiet	Assez inquiet	Très peu inquiet	Pas du tout inquiet	Je ne sais pas / je ne préfère pas répondre	
À cause de la COVID-19, je m'inquiète...						Ne s'applique pas
... d'être infecté(e)						
... des conséquences d'une infection sur ma santé, incluant le risque de décès						
... d'infecter les personnes avec qui je vis						
... qu'une personne avec qui je vis soit infectée et/ou décède						
... qu'un membre de ma famille avec qui je ne vis pas soit isolé socialement						
... qu'il y ait une deuxième vague d'infections de COVID-19 dans le futur						

23. Dans quelle mesure pensez-vous qu'un parent exerce un contrôle sur la prévention de l'infection de la COVID-19 de son enfant?

- a. Énormément de contrôle
- b. Beaucoup de contrôle
- c. Un contrôle modéré
- d. Un peu de contrôle

e. Pas de contrôle du tout

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

24. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension

- a. Jamais
- b. Plusieurs jours
- c. Plus de la moitié des jours
- d. Presque tous les jours

25. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes

- a. Jamais
- b. Plusieurs jours
- c. Plus de la moitié des jours
- d. Presque tous les jours

26. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien

- a. Jamais
- b. Plusieurs jours
- c. Plus de la moitié des jours
- d. Presque tous les jours

27. Difficulté à se détendre

- a. Jamais
- b. Plusieurs jours
- c. Plus de la moitié des jours
- d. Presque tous les jours

28. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille

- a. Jamais
- b. Plusieurs jours
- c. Plus de la moitié des jours
- d. Presque tous les jours

29. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable

- a. Jamais
- b. Plusieurs jours
- c. Plus de la moitié des jours
- d. Presque tous les jours

30. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver

- a. Jamais
- b. Plusieurs jours
- c. Plus de la moitié des jours
- d. Presque tous les jours

Section E : L'asthme et votre enfant

31. À votre avis, quelle est la probabilité que votre enfant fasse une crise d'asthme au cours des prochains mois qui vous obligera à consulter un médecin de toute urgence (salle d'urgence ou clinique sans rendez-vous)?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

32. Quelle est, selon vous, la probabilité que votre enfant se rendent aux urgences / soit hospitalisé pour une crise d'asthme due à la grippe (le virus de la grippe annuelle) cet hiver?

•

• Veuillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

•

• *[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]*

Test de contrôle de l'asthme - ACT (Modifié pour que ce soit au sujet de l'enfant)

33. Au cours des 4 dernières semaines, l'asthme de votre enfant l'a-t-il empêché de pratiquer ses activités (école, jeux)?

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Quelques fois
- Rarement
- Jamais

34. Au cours des 4 dernières semaines, votre enfant a-t-il été essoufflé ?

- Plus d'une fois par jour
- 1 fois par jour
- 3 à 6 fois par semaine
- 1 à 2 fois par semaine
- Jamais

35. Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) ont-ils réveillé votre enfant la nuit ?

- 4 nuits ou plus par semaine
- 2 à 3 nuits par semaine
- 1 nuit par semaine
- Juste 1 ou 2 fois
- Jamais

36. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois votre enfant a-t-il utilisé son inhalateur/aérosol-doseur de secours ?

- 3 fois ou plus par jour
- 1 ou 2 fois par jour
- 2 ou 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- Jamais

37. Comment évalueriez-vous la maîtrise de l'asthme de votre enfant au cours des 4 dernières semaines ?
- a. Pas maîtrisé du tout
 - b. Très peu maîtrisé
 - c. Un peu maîtrisé
 - d. Bien maîtrisé
 - e. Totalement maîtrisé
38. Avez-vous parlé ou eu un rendez-vous avec le médecin de votre enfant depuis le début de la pandémie (mi-mars)?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Incertain
39. Avez-vous lu un ou plusieurs des bulletins de la clinique de l'asthme depuis le début de la pandémie (mi-mars)?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Incertain

Section F : Fiche d'information sur l'asthme pédiatrique et la COVID-19

1. La COVID-19 chez les enfants

La COVID-19 semble comporter peu de risques chez les enfants comparativement aux adultes. En effet, les nourrissons, enfants et adolescents sont peu touchés par le virus et, lorsqu'ils le sont, ont peu de complications sévères¹. Selon les premières études, les enfants et les adolescents représentent entre 1% et 5% des cas de COVID-19 diagnostiqués². Les symptômes observés chez les enfants sont similaires à ceux retrouvés chez les adultes, avec de la fièvre, de la toux et des difficultés respiratoires. Très peu sont hospitalisés et les cas graves sont extrêmement rares.

2. L'asthme en période de COVID-19

Pour l'instant, les études ne montrent pas que les enfants asthmatiques soient plus affectés par la COVID-19. Les experts insistent toutefois sur l'importance de maintenir l'asthme sous contrôle, pour éviter les hospitalisations liées aux crises d'asthme d'une part, et pour éviter une trop forte inflammation bronchique d'autre part (qui pourrait être aggravée par le virus). En effet, les enfants avec un asthme bien contrôlé ne sont pas plus malades que les autres enfants sans asthme. Les recommandations actuelles sont donc de poursuivre le traitement habituel pendant la pandémie³.

3. Contamination chez les enfants

Contrairement à l'influenza, les enfants qui ne présentent pas de symptômes de la COVID-19 sont possiblement peu contagieux et ne sont pas reconnus comme étant des grands vecteurs de transmission⁴. Pour le moment, les études semblent montrer que ce sont généralement les adultes qui transmettent le virus aux enfants, et non l'inverse⁵. Les mesures de distanciation sociale et de protection qui seront recommandées dans les garderies et les écoles diminueront encore plus ce risque. Les mesures sanitaires de base de lavage des mains dès le retour à la maison sont recommandées.

4. Recommandation concernant le retour à l'école

Le Gouvernement du Québec a annoncé, dans son plan de déconfinement, le retour volontaire à l'école primaire et au préscolaire. Selon les recommandations de l'association des pédiatres du Québec et l'association des Allergologues et Immunologues du Québec, la très vaste majorité des enfants asthmatiques peut retourner en milieu éducatif de façon sécuritaire. Pour les enfants asthmatiques, ces associations recommandent de contacter le médecin traitant de votre enfant avant de le retourner en milieu éducatif dans certaines situations précises⁶:

- Si votre enfant a été hospitalisé aux soins intensifs pour une crise d'asthme dans la dernière année
- Si votre enfant prend un corticostéroïde (cortisone) par voie orale (sirop ou comprimés) quotidiennement depuis un mois ou plus
- Si votre enfant a présenté plus de 2 exacerbations (crises, bronchospasmes) ayant nécessité une consultation médicale urgente ou la prise d'un corticostéroïde systémique (« cortisone » en sirop, comprimé ou injection) dans les 6 derniers mois.

Références :

1. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. 2020.
2. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*. 2020;109(6):1088-1095.
3. Abrams EM, 't Jong GW, Yang CL. Asthma and COVID-19. 2020;192(20):E551-E551.
4. Posfay-Barbe KM, Wagner N, Gauthey M, et al. COVID-19 in Children and the Dynamics of Infection in Families. 2020.
5. Lee B, Raszka WV, Jr. COVID-19 Transmission and Children: The Child is Not to Blame. *Pediatrics*. 2020.

6. Mon enfant asthmatique peut-il retourner à l'école ou en milieu de garde ? [press release]. 2020.

Questions suivant la fiche d'information :

40. Au regard des informations précédentes, quelle est, selon vous, la probabilité de renvoyer votre enfant à l'école à l'automne?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

41. Au regard des informations précédentes, quelle est, selon vous, la probabilité que votre enfant soit infecté par la COVID-19 au cours des prochains mois?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

42. Quelle est la probabilité de renvoyer votre enfant à l'école si les mesures suivantes sont prises ?

Veillez évaluer la probabilité en entrant un nombre entre 0 et 100 ou 0 signifie « impossible » et 100 signifie « absolument certain ».

[Zone de texte qui accepte les nombres de 0 à 100]

- a. Classes plus petites :
- b. Mesures sanitaires (masque, visières):
- c. Classes d'enfants uniquement asthmatiques ou à risque :
- d. Télé éducation :
- e. Vaccin :

Section G : Informations personnelles sur la santé de l'enfant

43. Avez-vous fait vacciner votre enfant pour l'influenza l'année dernière ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas/je préfère ne pas répondre

44. Pensez-vous le faire vacciner cette année contre l'influenza ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne sais pas/je préfère ne pas répondre

45. À votre connaissance, un médecin ou un professionnel de la santé vous a-t-il dit que votre enfant présente une autre condition chronique que l'asthme ?

- a. Oui
- b. Non

- Si oui, précisez : _____

Section H : Économie expérimentale

Test d'aversion au risque

46. On vous propose de gagner 6\$ avec certitude ou de participer à une loterie qui vous donne 50% de chance (de probabilité) d'obtenir 0\$ et 50% de chances d'obtenir 10\$. Que choisissez-vous ?
- Gagner 6\$ avec certitude
 - Participer à la loterie
47. Quand vous pensez au mot "risque", lequel des mots suivants vous vient immédiatement en tête ?
- Perte
 - Gain

Test de numératie

Nous allons maintenant vous poser 4 questions. Vous pouvez utiliser une calculatrice pour répondre aux questions. Il n'y a pas de limite de temps. Cliquez sur SUIVANT lorsque vous voudrez commencer.

48. Si la probabilité d'attraper une maladie est de 10 %, combien de personnes sur 1 000 courent le risque d'être atteintes de la maladie?
- 10
 - 900
 - 100
 - 90
 - 108
 - 999
49. Une boutique solde tous les articles à moitié prix. Un canapé qui coûtait 300 \$ coûtera combien en solde?
- 600 \$
 - 300 \$
 - 150 \$
50. Un concessionnaire de voitures d'occasion vend une voiture 6 000 \$. Cela représente les deux tiers du coût de la voiture neuve. Combien la voiture neuve a-t-elle coûté?
- 9 000 \$
 - 4 000 \$
 - 8 000 \$
 - 12 000 \$
 - 18 000 \$
51. Si vous aviez 2 000 \$ dans un compte d'épargne et que ce compte rapportait 10 % d'intérêt chaque année, combien auriez-vous dans votre compte après deux ans?
- 2 420 \$
 - 2 020 \$
 - 2 040 \$
 - 2 400 \$
 - 2 100 \$
 - 2 200 \$

Test de réflexion cognitive - CRT

Nous allons maintenant vous poser 3 questions. Cliquez sur SUIVANT lorsque vous voudrez commencer.

52. Un bâton de baseball et une balle coûtent 1,10 \$ au total. Le bâton coûte 1,00 \$ de plus que la balle. Combien coûte la balle?

- Veuillez entrer le montant en cents : _____ cents

•

53. S'il faut 5 minutes à 5 machines pour faire 5 gadgets, combien de temps faudrait-il à 100 machines pour faire 100 gadgets?

- Veuillez entrer le nombre de minute : _____ minutes

•

54. Dans un lac, il y a une étendue de nénuphars. Chaque jour, l'étendue double de taille. S'il faut 50 jours pour que l'étendue de nénuphars couvre tout le lac, combien de temps faudrait-il pour que celle-ci couvre la moitié du lac?

- Veuillez entrer le nombre de jours : _____ jours

Section I : Caractéristiques sociodémographiques des parents

55. À quel genre vous identifiez-vous?

- a. Féminin
- b. Masculin
- c. Autre, précisez : _____

56. Quel âge avez-vous ?

[Liste déroulante de 0 à 99 ans]

57. Veuillez inscrire ci-dessous les 3 premiers caractères de votre code postal de résidence principale (sans espace) :

58. Quel est votre pays de naissance?

[Liste déroulante des 15-20 pays d'origine des résidents du Québec, en mettant Canada en premier et Autre, précisez : _____ en dernier]

59. En quelle année êtes-vous arrivé(e) au Canada?

[Liste déroulante décroissante de 2020 à 1950]

60. Quel est votre statut marital ?

- a. Célibataire
- b. Conjoint(e) de fait
- c. Marié(e)
- d. Séparé(e)
- e. Divorcé(e)
- f. Veuve/Veuf

61. Quel est le plus haut niveau de scolarité complété par un des parents*?

* Il s'agit du dernier diplôme que vous avez obtenu, que ce soit au Québec ou ailleurs.

- a. Études secondaires ou professionnelles (DES, DEP)
- b. Études collégiales (DEC, AEC)
- c. Études universitaires de 1^{er} cycle (baccalauréat, certificat ou l'équivalent)
- d. Études universitaires de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle (maîtrise, DESS, doctorat ou l'équivalent)

62. Quel a été le revenu annuel brut de votre ménage en 2019*?

* Il s'agit du revenu combiné de tous les membres de votre ménage avant impôts.

- a. Moins de 20,000\$
- b. De 20,000 à 39,999\$
- c. De 40,000 à 59,999\$
- d. De 60,000 à 79,999\$
- e. De 80,000 à 99,999\$
- f. De 100,000 à 119,999\$
- g. De 120,000 à 139,999\$
- h. De 140,000 à 159,999\$
- i. De 160,000 à 199,999\$
- j. 200,000\$ ou plus
- k. Je refuse de répondre

63. Quel est votre statut d'emploi actuel?

- a. Employé(e) à temps plein
- b. Employé(e) à temps partiel
- c. Travailleur(se) autonome
- d. Femme ou homme au foyer
- e. Étudiant(e)
- f. Sans emploi ou au chômage

Si a, b ou c, répondre aux deux questions suivantes

64. Quel est le secteur d'activité du principal emploi que vous occupez actuellement?

- a. Services financiers, immobiliers, professionnels et administratifs
- b. Enseignement
- c. Santé ou services sociaux
- d. Fabrication
- e. Commerce
- f. Culture, information, loisirs et hébergement
- g. Administration publique
- h. Autre, précisez : _____

65. Quelles sont vos principales sources d'information sur la COVID-19?

- a. Télévision
- b. Journaux imprimés / en ligne
- c. Réseaux sociaux (Facebook, LinkedIn)
- d. Radio
- e. Forums en ligne
- f. Amis et famille
- g. Sources médicales
- h. Autre, précisez : _____