

**À L'HEURE DES
VÉRITÉS PLURIELLES**



JOURNÉES ANNUELLES
DE SANTÉ PUBLIQUE

Communications affichées

**5 et 6 décembre 2017
Centre des congrès de Québec**

Table des matières

Catégorie Nouvelles connaissances	3
1 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) : appréciation par les femmes enceintes et les mères de Lanaudière	1
2 Vaccination systématique en cours de grossesse : serait-il possible d'intégrer cette stratégie aux soins existants?	2
3 Séroprévalence des anticorps contre la rubéole et déterminants de la susceptibilité à la rubéole dans une cohorte des femmes enceintes	3
4 Exploration des besoins et des attentes du personnel éducateur en services éducatifs à la petite enfance relativement aux formations continues en ligne sur la saine alimentation	4
5 Ce que savoir cuisiner signifie pour des adolescents québécois	5
6 Achats alimentaires dans des kiosques maraîchers : une méthode d'analyse novatrice	6
7 Projet d'élaboration et de suivi des cibles de qualité nutritionnelle des aliments au Québec – Phase I	8
8 Le panier d'épicerie collectif pour identifier les principaux contributeurs en sodium dans l'alimentation des Québécois et modéliser l'impact de leur réduction en sodium	9
9 Initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation en gras, sel et sucre des aliments transformés	11
10 Le fardeau sociosanitaire du jeu : des préjudices additionnels pour les joueurs en ligne	13
11 Exposition aux facteurs de risque pour le tabagisme: le rôle du statut socioéconomique.	14
12 Analyse des enjeux perçus par les directions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la mise en place de la Politique pour un environnement sans fumé	15
13 Environnement bâti et maladies chroniques : la contribution de l'activité physique de transport	17
14 Saillie de trottoir & dos d'âne à Montréal : effet sur le nombre de blessés aux intersections	18
15 Pas fous, les espaces verts : associations entre la santé mentale et l'environnement bâti à l'aide des données de la cohorte québécoise CARTaGENE	19
16 Le point de vue des adolescents et des jeunes adultes de la MRC du Granit sur leur milieu de vie, trois ans après un déraillement de train	20
17 Deuil compliqué chez les adultes dans le cas d'une catastrophe : ce qu'en disent les experts	21
18 Exploration de l'effet de la salubrité du logement et de l'aménagement sur la santé mentale et le bien-être	22
19 Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la tuberculose latente chez les réfugiés de l'Estrie	24
20 Projet de démonstration pour soutenir la mise en place d'une surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens dans la communauté à partir des données des centres hospitaliers du Québec	25
21 La surveillance du SARM en Montérégie : la poursuivre ou non?	26
22 Mieux comprendre les motivations de prendre la Prophylaxie Pré-exposition pour le VIH. Résultats d'une étude qualitative auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes à Montréal	27
23 La vaccination des préadolescentes contre les virus du papillome humain (VPH) au Québec et les premières pratiques sexuelles	28
24 Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec : une éclosion en évolution	29
25 Sondage des besoins en éthique des intervenants en santé publique au Canada	30
26 La santé cognitive : un nouvel enjeu de santé publique au Québec?	31
27 Échecs de traitement d'infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> au Québec, résultats préliminaires d'une vigie rehaussée	32
28 Réseau sentinelle de surveillance des infections gonococciques, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec : résultats de la première année.	33
29 Les médias sociaux en santé publique : regard sur l'expérience de l'Estrie	35
30 Les impacts du temps-écrans sur le développement langagier des enfants d'âge scolaire	37
31 Pour réduire les inégalités sociales liées à la carie : des scellants dentaires dans les écoles	39

32	Persistance des symptômes de maladie de Lyme chez les cas déclarés entre 2012 et 2016 en Montérégie.....	40
Catégorie Pratiques inspirantes.....		41
33	Sensibilisation des voyageurs visitant famille et amis (VFA) : un défi pour les professionnels de la santé!.....	43
34	Dépistage de tuberculose par unité de radiologie mobile chez une population vulnérable de Montréal.....	45
35	Lutte contre l'antibiorésistance : nouveaux guides d'usage optimal sur le traitement de la cellulite infectieuse	47
36	Stratégie participative en transfert des connaissances : l'exemple des journées de formation sur le cytomégalovirus.....	48
37	Quand la recherche s'allie à l'expertise terrain : Programme Empreinte — Agir ensemble contre les agressions à caractère sexuel.....	49
38	Réduire l'usage des antipsychotiques en CHSLD : la perspective des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires	51
39	Orthophonie communautaire : un continuum de services sur le territoire montréalais	52
40	Concentration des services de santé dentaire préventive en milieu scolaire : projet clé en main.....	53
41	Une démarche de planification populationnelle concrète et réussie : exemple de la MRC de Coaticook.....	55
42	Continuum intégré de formations en intervention interculturelle	57
43	La Maison Bleue — un modèle novateur d'intervention interdisciplinaire	58
44	Lutte à la berce du Caucase : la portée d'une intervention régionale concertée	60
45	Le projet dépanneur : « Des aliments sains, accessibles pour tous! »	62
46	La diversité corporelle : soutenir pour mieux intervenir.....	64



Catégorie Nouvelles connaissances

1 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) : appréciation par les femmes enceintes et les mères de Lanaudière

Auteurs

Caroline Richard

Christine Garand, Marie-Andrée Bossé, Élise Coutu

Contexte et objectifs

Une étude portant sur l'appréciation du programme SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité a été réalisée dans Lanaudière. Elle visait à répondre à une demande d'Agrément Canada sur la nécessité d'évaluer la satisfaction de la clientèle dans une optique d'amélioration continue de la qualité des services. L'évaluation a été menée par la Direction de santé publique, à la demande et en collaboration avec la Direction programme jeunesse du CISSS de Lanaudière.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

L'approche participative et négociée a été préconisée. Un comité, composé de représentants des deux directions engagées dans la démarche, a assuré le suivi des différentes étapes de l'étude. Un groupe de travail formé d'intervenantes SIPPE a aussi collaboré au processus.

Toutes les installations de CLSC de Lanaudière étaient ciblées. L'évaluation s'est tenue auprès de l'ensemble des femmes enceintes et des mères qui recevaient des services du programme SIPPE entre le 11 octobre et le 11 novembre 2016.

Méthode et démarche

Un questionnaire comportant principalement des questions fermées a été produit. Il portait sur le niveau de satisfaction des femmes enceintes et des mères au regard du programme SIPPE et dans quelle mesure les services reçus les avaient aidés. Il comportait aussi des questions ouvertes sur ce qu'elles aimaient le plus et le moins du programme, ainsi que sur les suggestions pour l'améliorer. Les intervenantes pivots SIPPE avaient la responsabilité de la distribution et de la récupération du questionnaire remis à toutes les femmes enceintes et aux mères lors des rencontres avec elles.

Résultats et outils développés

La majorité des femmes enceintes et des mères ciblées a été rejointe (N = 434). Six répondantes sur dix provenaient de Lanaudière-Nord et quatre sur dix de Lanaudière-Sud. Environ 45 % étaient âgées de 20 à 24 ans. Près de deux sur cinq recevaient des services du programme SIPPE depuis un à deux ans.

La quasi-totalité (99 %) des répondantes était satisfaite de l'ensemble des services reçus. Elles se disaient également satisfaites des modalités d'intervention (visites à domicile, communications téléphoniques) et des rencontres, ainsi que des interventions du personnel (81 % à 99 %). Les répondantes considéraient que les services répondaient à leurs besoins (98 %) et qu'ils étaient utiles pour elles (96 %). Avec de fortes proportions (80 % à 97 %), les services les avaient aidés sur différentes dimensions de leur vie personnelle et familiale (grossesse, santé et développement de leur enfant, rôle de mère, santé mentale, etc.).

Les aspects les plus appréciés du programme concernaient l'aide ou le soutien reçu (22 %), les qualités professionnelles des intervenantes (19 %) et les informations transmises (15 %). Selon une répondante sur cinq, les aspects les moins appréciés se rapportaient respectivement au personnel (changement, roulement), aux rencontres et aux services ou au programme. Les suggestions les plus fréquentes avaient trait à la poursuite des services (21 %), aux services ou au programme (17 %) et à l'aide financière ou aux coupons OLO (œuf, lait, jus d'orange) (13 %).

Conclusion et recommandations

L'évaluation du programme SIPPE dans Lanaudière s'est avérée fort positive. Les femmes enceintes et les mères appréciaient grandement l'ensemble des services reçus. Elles considéraient qu'ils répondaient à leurs besoins et qu'ils les avaient aidés sur divers aspects de leur vie.

Une rencontre régionale de développement des pratiques a permis, en avril dernier, de favoriser l'appropriation des résultats de l'étude auprès des gestionnaires et des intervenantes SIPPE. Des ajustements pourront, par la suite, être apportés au programme afin d'assurer une amélioration continue de la qualité des services.

2 Vaccination systématique en cours de grossesse : serait-il possible d'intégrer cette stratégie aux soins existants?

Auteurs

Nicholas Brousseau

Caroline Boudreault-Fiset, Gaël Chetaille, Dominique Gagnon, Josiane Rivard, Marilynne Vivion, Chantal Sauvageau, Aurélie Maurice, Ève Dubé

Contexte et objectifs

La vaccination en cours de grossesse permet d'accroître la protection contre certaines infections chez la mère et le nouveau-né. Un nombre grandissant de pays recommande la vaccination systématique des femmes enceintes contre la coqueluche. Cette stratégie pourrait être adoptée au Québec puisqu'elle est très efficace pour prévenir les hospitalisations liées à la coqueluche chez les nouveau-nés, un groupe vulnérable. D'autres vaccins destinés aux femmes enceintes pourraient également être disponibles dans un avenir rapproché. Les enjeux organisationnels reliés à la vaccination systématique des femmes enceintes n'ont cependant pas été décrits au Québec. Le mode d'implantation peut grandement influencer les couvertures vaccinales obtenues. Les objectifs de cette étude étaient de décrire 1) le processus de suivi des grossesses et 2) la faisabilité d'intégrer aux soins existants une éventuelle recommandation de vaccination systématique des femmes enceintes au Québec.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Cette étude descriptive reposait sur un devis quantitatif. Un questionnaire en ligne a été distribué à des infirmières et des gestionnaires impliqués en périnatalité et travaillant dans l'ensemble des CLSC du Québec.

Méthode et démarche

Un professionnel de chaque CLSC du Québec (n = 158) a été invité à répondre au questionnaire (FluidSurveys™). Le questionnaire incluait 20 questions fermées et ouvertes à réponses courtes afin de décrire l'organisation des suivis de grossesse et les possibilités d'intégration de la vaccination aux soins existants. Un pré-test a été réalisé auprès de quatre infirmières. La collecte a eu lieu en novembre-décembre 2016. Deux rappels ont été envoyés par courriel.

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour l'ensemble des variables. Les analyses ont été stratifiées par région sociosanitaire afin de pouvoir faire une rétroaction régionale personnalisée. Les réponses ont été analysées selon le caractère rural ou urbain du CLSC à l'aide de comparaisons de proportions (test de Fisher). Les questions ouvertes courtes ont été soumises à une analyse de contenu thématique. Un code a été attribué à chaque catégorie pour permettre une analyse quantitative des réponses.

Résultats et outils développés

Une réponse a été obtenue pour 127 CLSC (taux de participation de 80 %). Au total, 69 CLSC (54 %) recevaient du médecin un avis de grossesse pour la majorité des femmes enceintes. Par contre, au 1^{er} trimestre, seulement 24 % des CLSC prévoyaient une rencontre avec une infirmière pour une majorité de femmes enceintes. Pour le 2^e et le 3^e trimestre, les proportions étaient de 10 % et 11 %, respectivement. Une plus proportion significativement plus grande de CLSC ruraux offraient un tel suivi (p = 0,003). Selon les répondants, des vaccins étaient disponibles dans une minorité de cliniques médicales faisant des suivis de grossesse. Les répondants ont proposé des avenues variées pour rejoindre et vacciner les femmes enceintes, tels les prélèvements de la 28^e semaine et l'échographie de la 21^e semaine. Pour les clientèles vulnérables, 80 % des répondants ont mentionné que la vaccination pourrait être intégrée aux visites de suivi SIPPE.

Conclusion et recommandations

Cette étude montre que l'implantation d'une éventuelle recommandation de vaccination systématique chez les femmes enceintes comporte plusieurs défis. Il semble difficile de déterminer un modèle unique, ce modèle pouvant être influencé par le caractère urbain ou rural du CLSC. Pour une proportion importante de femmes enceintes, l'absence de vaccination en clinique médicale et l'absence de suivi en CLSC impliquerait la création d'un rendez-vous supplémentaire. Advenant une recommandation de vaccination systématique, il apparaît nécessaire de prévoir des ressources supplémentaires en CLSC.

Le questionnaire a permis de cerner quelques avenues prometteuses pour faciliter l'implantation d'une éventuelle recommandation de vaccination systématique des femmes enceintes. Des projets d'évaluation seront nécessaires pour cibler l'ensemble des enjeux relatifs à l'intégration de la vaccination dans les soins existants.

3 Séroprévalence des anticorps contre la rubéole et déterminants de la susceptibilité à la rubéole dans une cohorte des femmes enceintes

Auteurs

Nicolas L. Gilbert

Jenny Rotondo, Janna Shapiro, Lindsey Sherrard, William D. Fraser, Brian J. Ward

Contexte et objectifs

Le maintien de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) nécessite une couverture vaccinale élevée, en particulier chez les femmes en âge de procréer. La société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommande que l'immunité des femmes enceintes contre la rubéole soit testée, et que la vaccination soit offerte aux nouvelles mères susceptibles à l'infection avant leur congé de l'hôpital. La présente étude a été entreprise pour mesurer la susceptibilité à la rubéole dans une cohorte des femmes enceintes de six provinces canadiennes et pour identifier les facteurs démographiques et socio-économiques associés à la susceptibilité à l'infection.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

MIREC (Maternal-Infant Research on Environmental Chemicals) est une étude sur les contaminants environnementaux chez les mères et les nourrissons dans laquelle des femmes enceintes ont été recrutées dans six provinces (Québec, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Alberta et Colombie-Britannique) de 2008 à 2011. Le consentement signé par les participantes permettait l'usage des échantillons recueillis pour d'autres projets de recherche.

Méthode et démarche

Des échantillons de plasma ont été obtenus de la biobanque de l'Étude MIREC. Les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire obstétricale des participantes avaient été recueillies lors de leur recrutement. Les échantillons de plasma de 1752 participantes ont été testés pour les anticorps IgG anti-rubéole.

Résultats et outils développés

Les pourcentages de femmes ayant des titres IgG inférieurs à 5 UI/ml, de 5 à 10 UI/ml et égaux ou supérieurs à 10 UI/ml étaient respectivement de 2,3 %, 10,1 % et 87,6 %. Les taux de séronégativité (définie comme étant un titre IgG inférieur à 5 UI/ml) étaient de 3,1% chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant et de 1,6 % chez celle qui en avaient eu au moins un. Parmi ces dernières, la séronégativité était plus fréquente chez les femmes n'ayant pas complété d'études collégiales (rapport de cotes ajusté (RCa) 5,93; IC 95 % : 2,08 à 16,96) et chez celles ayant un diplôme d'études collégiales ou un diplôme technique (RCa 3,82, IC 95 % : 1,45 à 10,12) que chez les diplômées de l'université. La séronégativité était également plus fréquente chez les femmes nées hors du Canada (RCa 2,60; IC 95 % : 1,07 à 6,31).

Conclusion et recommandations

La grande majorité des femmes enceintes étaient immunisées contre la rubéole. Davantage d'efforts seraient toutefois nécessaires pour promouvoir la vaccination de rattrapage avec le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) chez les femmes des milieux défavorisés et chez les immigrantes.

4 Exploration des besoins et des attentes du personnel éducateur en services éducatifs à la petite enfance relativement aux formations continues en ligne sur la saine alimentation

Auteurs

Marie-Claude Beaudet

Catherine Dufour, Julia Gaudreault-Perron

Contexte et objectifs

La formation continue est un élément important pour améliorer et maintenir la qualité des services éducatifs à la petite enfance. Depuis plusieurs années, le Web et les technologies de l'information et de la communication façonnent les systèmes éducatifs, notamment la formation professionnelle. Cependant, les attentes et les besoins du personnel éducateur des services éducatifs à la petite enfance (PESEPE) du Québec en matière de formations en ligne ne sont pas documentés.

Comprendre l'intérêt des éducatrices en installation et des responsables d'un service de garde en milieu familial (RSG) pour différentes caractéristiques de formations en ligne. Documenter leur perception quant à leur capacité d'utiliser le numérique. Connaître l'accessibilité à Internet en milieu de travail et à domicile.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Une collecte de données quantitatives et qualitatives a été menée respectivement via un sondage Web et des groupes de discussion au printemps 2017 auprès des éducatrices de CPE, de garderies privées ainsi que de RSG. Des gestionnaires de CPE et de garderies ainsi que des responsables de BC ont aussi été interrogés au moyen du sondage Web.

Méthode et démarche

Un lien vers le sondage a été envoyé par courriel à tous les gestionnaires de CPE, de garderies et de responsables de BC recensés par le ministère de la Famille. Les éducatrices en installation et les RSG ont ensuite reçu le lien par courriel de la part de leur gestionnaire ou responsable de BC ou par l'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada, qui maintient une liste des participants à la formation sur l'alimentation des enfants d'âge préscolaire. Ensuite, deux groupes de discussion ont eu lieu à Chicoutimi, puis deux à Québec. Les participants ont reçu une carte-cadeau de 50 \$ en guise de compensation et deux ensembles culinaires ont été tirés parmi les répondants au sondage.

Résultats et outils développés

Au total, 347 éducatrices de centres de la petite enfance (CPE) (n = 93), garderies (n = 29) et RSG (n = 225) ont répondu au sondage, et 30 éducatrices et RSG ont participé aux groupes de discussion. De plus, 69 gestionnaires de CPE (n = 41), de garderies (n = 7) et de responsables de bureaux coordonnateurs de la garde en milieu familial (BC) (n = 21) ont répondu au sondage. Les résultats montrent que les formations en ligne suscitent l'intérêt du PESEPE de même que des gestionnaires et des responsables de BC. La majorité des éducatrices en installation et des RSG ont accès à Internet à domicile (84 %), et la plupart des CPE et BC ont une connexion Internet haute ou à très haute vitesse (87 %). Le PESEPE a une bonne perception de sa capacité à utiliser Internet. Cependant, plusieurs répondants ont moins confiance en leur capacité d'exécuter des tâches plus complexes (ex. : communiquer par webconférence, interagir sur les médias sociaux). Les répondants souhaitent surtout suivre une formation en ligne de façon autonome, au moment de leur choix (71 %), et trouvent important de pouvoir échanger avec le formateur (70 %).

Conclusion et recommandations

Bien que les résultats ne puissent être généralisés à l'ensemble du PESEPE, ils suggèrent des pistes pour le développement de formations continues à l'intention de ce public. Ainsi, la validation des formations en ligne à venir sera essentielle au succès de leur implantation et à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

5 Ce que savoir cuisiner signifie pour des adolescents québécois

Auteurs

Audrey-Anne Desjardins, Marie Marquis

Contexte et objectifs

Le développement des compétences culinaires des jeunes est une préoccupation en nutrition en santé publique (Chenhall, 2010). Depuis cinq ans, Les Brigades Culinaires, sous la coordination de La tablée des Chefs, déploie un projet d'ateliers culinaires parascolaires au Québec. Ce programme vise à initier les adolescents à la cuisine et à développer leur autonomie alimentaire. L'objectif de la recherche est de comprendre le sens donné au terme cuisiner chez les jeunes ayant été exposés aux ateliers culinaires.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Les Brigades Culinaires consistent en 24 ateliers culinaires animés par des chefs qualifiés. La présente recherche porte sur des données post-ateliers colligées auprès des adolescents ayant été exposés aux ateliers culinaires des Brigades Culinaires lors de la saison 2016-2017 déployée dans 52 écoles de différentes régions du Québec. Au dernier atelier, par le biais d'un questionnaire papier auto-administré, les participants devaient répondre à la question suivante : Savoir cuisiner, ça veut dire quoi pour toi? Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

Méthode et démarche

La grille de codification utilisée pour l'analyse fut construite de manière inductive et déductive. Le point de départ est le cadre théorique de Vigden (2014) pour qui cuisiner implique quatre compétences liées à la planification, à la sélection, à la préparation et à la consommation des aliments. Ces quatre compétences sont associées à un total de 11 sous-thèmes. Les énoncés de réponses furent d'abord codifiés par le premier auteur. Les sous-thèmes furent alors précisés et quelques thèmes nouveaux ont émergé soit : cuisiner pour les autres, cuisiner en compagnie des autres et quelques références à la créativité. Plusieurs échanges eurent lieu entre les deux premiers auteurs en lien avec la codification des réponses et 10 % du matériel codifié fut recodé par le second auteur pour en arriver à un consensus et au développement d'une grille de codification à appliquer à l'ensemble des données.

Résultats et outils développés

Au total, 654 réponses furent analysées incluant 926 éléments de réponses. La majorité des répondants sont des filles et l'âge moyen est de 13,9 ans. Par ordre d'importance, 77 % (n = 502) des répondants associent l'expression savoir cuisiner à la préparation des aliments. La préparation des aliments réfère à la dimension appliquée de l'acte de cuisiner soit à l'utilisation d'équipements, aux techniques de coupes et de transformation des aliments. Un total de 54% des répondants (n = 351) associent l'expression savoir cuisiner à la consommation des aliments, plus précisément l'importance de l'autonomie et de l'efficacité personnelle liées à l'acte de cuisiner y sont soulignés dans 43 % des cas. Seuls 6 % (n = 39) des répondants associent à l'expression savoir cuisiner des étapes de sélection des aliments et 5% (n = 30) des étapes de planification.

Conclusion et recommandations

Cet exercice a permis le développement d'une grille de codification laquelle est spécifique au sens donné à ce que signifie l'expression savoir cuisiner pour des adolescents ayant été exposés à des ateliers culinaires. Les résultats suggèrent l'importance d'élargir les compétences à développer chez les jeunes en insistant sur la planification et la sélection des aliments. Ainsi, insister sur des contenus abordant la gestion d'un budget alimentaire, la planification de l'utilisation du temps ou sur les façons de s'informer sur la provenance des aliments sont des avenues à retenir pour que le sens donné au mot cuisiner soit le plus riche en termes de compétences. Cette vision plus élargie de l'acte de cuisiner permettra de raffiner des programmes culinaires amenant les jeunes à développer le maximum d'autonomie en cuisine et ainsi prendre une distance à l'égard des aliments transformés.

6 Achats alimentaires dans des kiosques maraîchers : une méthode d'analyse novatrice

Auteurs

Bonin S, Rebouillat P, Chaput S, Kestens Y, Drouin L, Mercille G.

Contexte et objectifs

L'implantation de marchés publics représente une stratégie prometteuse pour réduire les inégalités sociales alimentaires dans les quartiers défavorisés, et ultimement le fardeau des maladies chroniques^[1]. Toutefois, **les effets de ce type d'intervention sur les comportements alimentaires sont encore peu documentés**. Les études existantes mesurent surtout les consommations alimentaires des individus, rarement les achats^[2, 3]. **Considérés comme variable intermédiaire** entre l'environnement et la consommation, l'analyse des achats s'avère pertinente pour **l'évaluation des effets**. Les bases de données existantes utilisant les codes-barres (ex., Nielsen) se limitent aux achats effectués dans les supermarchés et magasins à grande surface^[4]. Or, les points de vente non conventionnels (PVNC) tels les marchés publics et à plus petite échelle, les kiosques maraîchers, possèdent rarement un système optique de saisi des achats, représentant un défi pour la collecte rigoureuse des données d'achats. L'application de paiement mobile *Square* offre une nouvelle opportunité pour recueillir des données dans les PVNC. Nous avons profité d'une étude pilote réalisée auprès de deux kiosques maraîchers utilisant *Square* pour développer une méthode novatrice de mesure des achats de fruits et légumes (FL). Les objectifs sont 1) de présenter cette méthode et 2) d'analyser les facteurs associés aux achats des utilisateurs.

Description du projet ou de l'étude et de la population visée

Deux kiosques maraîchers ont été implantés dans Mercier-Ouest, un quartier de l'est de Montréal, par l'organisme *Y'a quelqu'un de l'aut'bord du mur* (YQQ) et ses partenaires. Ouvert depuis août 2016, le premier se situe à la station de métro Cadillac, où l'accès géographique en FL est faible ou nul pour 27 % des personnes vivant sous le seuil de faible revenu^[5]. Opérant depuis 2015, le kiosque Guybourg se trouve dans un secteur enclavé considéré comme un désert alimentaire^[5]. En raison de notre partenariat de recherche avec YQQ, la base des données de ventes *Square* pour la saison 2016 nous était accessible.

Méthode et démarche

Une enquête menée directement aux deux marchés auprès de 280 utilisateurs (septembre-octobre 2016) a permis de recueillir des informations sur leur accès physique au kiosque, la fréquentation du kiosque, **les perceptions d'accès aux FL dans le quartier, la consommation habituelle de FL et les caractéristiques sociodémographiques**. Une brève vérification des achats auprès des participants permettait de retracer à postériori la facture *Square* correspondante, rapportant la liste exacte des items achetés (nom, quantité, prix). Les indicateurs suivants ont été développés : le nombre de portions comestibles de FL achetés et le coût du panier d'épicerie. Des modèles linéaires multivariés ont été conduits sur 231 participants pour analyser les facteurs associés aux achats de FL.

Résultats et outils développés

Les quantités de FL achetées diminuent significativement si le marché se trouve sur le trajet habituel de l'utilisateur (-,30 portion), si son domicile est proche du marché (-0,001 portion/100 mètres de distance) et s'il est né au Canada (-0,58 portion). Les perceptions de l'accès aux FL dans le quartier sont également associées aux quantités achetées. Les mêmes tendances sont observées concernant le prix du panier.

Conclusion et recommandations

Les quantités moindres achetées par les utilisateurs ayant un meilleur accès physique pourraient s'expliquer par des visites plus fréquentes aux kiosques. Ces résultats constituent des premières données pour analyser les effets de la modification de l'offre en FL par l'implantation de kiosques maraîchers dans un quartier défavorisé et mal desservi. Contrairement à la base de données Nielsen, avec l'application *Square*, les données sont disponibles par aliments, plutôt que par catégories, et attribuables autant aux commerces qu'aux individus^[4]. Ne demandant pas de système optique, la méthode d'analyse des achats à partir de *Square* complète le cadre de référence des indicateurs d'achats de l'INSPQ développé à partir des codes Nielsen et pourrait être utile tant en recherche sur les PVNC que pour les interventions en santé publique.

1. Centers for Disease Control Prevention, Strategies to prevent obesity and other chronic diseases: The CDC guide to strategies to increase the consumption of fruits and vegetables. Atlanta: US Department of Health and Human Services, 2011.
2. McCormack, L.A., *et al.*, Review of the nutritional implications of farmers' markets and community gardens: a call for evaluation and research efforts. *Journal of the American Dietetic Association*, 2010. **110**(3): p. 399-408.
3. Alia, K.A., *et al.*, A Participatory Model for Evaluating a Multilevel Farmers' Market Intervention. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 2015. **9**(4): p. 537-548.
4. Paquette, M.-C. and P. Bergeron, Cadre de référence des indicateurs d'achats pour caractériser l'alimentation et l'environnement alimentaire au Québec. 2016, Institut national de santé publique du Québec.
5. Bertrand, L., *et al.*, Étude sur l'accès aux aliments santé à Montréal. Six ans après la première étude, mêmes disparités? 2013: Montréal. p. 62.

7 **Projet d'élaboration et de suivi des cibles de qualité nutritionnelle des aliments au Québec – Phase I**

Auteurs

M Turcotte, M-E Labonté, J Loignon, S Pomerleau,
M R. L'Abbé, T Poon, L Trudel, V Provencher

Contexte et objectifs

L'individu est au coeur du processus décisionnel lié aux choix alimentaires. Toutefois, l'environnement dans lequel les gens évoluent exerce également une influence. Dans ce contexte, la Politique gouvernementale de prévention en santé (2016-2026) propose d'effectuer un suivi de la qualité nutritionnelle notamment de la teneur en gras, en sel et en sucre et de la taille des portions des aliments offerts afin de favoriser l'accès à une saine alimentation au Québec. De même, le Programme national de santé publique (2015-2025) priorise l'élaboration et le suivi des cibles de composition de qualité nutritionnelle des aliments, en collaboration avec les partenaires concernés. Dans ce contexte, un projet collaboratif portant sur les cibles de composition nutritionnelle a été confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et à l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire (Observatoire). L'Observatoire s'est particulièrement intéressé à la question de recherche suivante : « Dans les outils de profilage nutritionnel utilisés ailleurs dans le monde : quels sont les seuils utilisés, pour quelles catégories d'aliments, dans quel(s) objectif(s)? ».

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Une revue systématique de la littérature réalisée par l'Université de Toronto sur les modèles de profilage nutritionnel développés ou appuyés par des entités gouvernementales à travers le monde dans le cadre de politiques liées à la nutrition a servi de base au présent projet. Sur un total de 387 modèles, 78 répondaient aux critères d'admissibilité. L'Observatoire a poursuivi le travail en identifiant les seuils spécifiques pour chaque composante d'intérêt, pour chaque catégorie d'aliment.

Méthode et démarche

Huit composantes « à limiter » ont été privilégiées (gras saturés et trans; sodium; densité énergétique; sucres totaux, ajoutés, libres et édulcorants). 27 catégories d'aliments ont été sélectionnées selon la littérature et des critères de pertinence, faisabilité et cohérence. Des 78 modèles répertoriés, 23 ont été priorisés selon leurs applications liées à la reformulation (n = 6) et à l'étiquetage des aliments pré-emballés (n = 17). Le modèle proposé par Santé Canada a été ajouté, à titre indicatif, pour un total de 24 modèles. Les informations ont été extraites indépendamment par deux codeurs. Afin de synthétiser les résultats, les seuils ont été convertis en g/100g, lorsque possible, pour chaque catégorie d'aliments, puis ont été divisés en quintiles afin de situer leur proportion dans les catégories.

Résultats et outils développés

Les modèles consultés présentent généralement des seuils de gras saturés se situant entre 0 et 5,5g/100 g (1^{er} quintile) pour 56 % des catégories d'aliments à l'étude. Pour le sodium, la majorité des seuils sont fixés en deçà de 800 mg/100 g (1^{er} et 2^e quintiles) pour 88 % des catégories d'aliments, et sous 0,4 g/100 g (1^{er} quintile) pour le gras trans dans 70 % des catégories d'aliments. Les seuils sont très variables pour la quantité maximale d'énergie, passant de 7 à 454 Kcal/100 g selon les catégories d'aliments. Les limites pour les sucres totaux sont de moins de 24g/100 g (1^{er} et 2^e quintiles) pour 70 % des catégories, et de moins de 10 g/100 g (1^{er} et 2^e quintiles) pour les sucres ajoutés dans 73 % des catégories. Un seul modèle définit un seuil pour les sucres libres de maximum 10 % de l'énergie. Enfin, la tolérance zéro est appliquée pour la quantité d'édulcorants dans la quasi-totalité des modèles et des catégories d'aliments.

Conclusion et recommandations

Il ressort de cet exercice qu'aucun consensus n'existe sur la classification d'un aliment selon sa valeur nutritive : les modèles d'évaluation diffèrent et les seuils fixés sont passablement variables selon l'application visée par les modèles et selon les catégories d'aliments considérées. Au Québec, une terminologie et une classification commune à celle du reste du Canada seront nécessaires pour effectuer un suivi efficace de la qualité nutritionnelle des aliments, en collaboration avec l'industrie bioalimentaire, la santé publique et la recherche.

8 Le panier d'épicerie collectif pour identifier les principaux contributeurs en sodium dans l'alimentation des Québécois et modéliser l'impact de leur réduction en sodium

Auteurs

Gabrielle Durette

Marianne Dubé et Marie-Claude Paquette

Contexte et objectifs

La Politique gouvernementale de prévention en santé prévoit d'améliorer la qualité nutritive des aliments au Québec en suivant leur teneur en gras, en sel et en sucre ainsi qu'en explorant la pertinence et la faisabilité d'implanter des cibles de composition nutritive pour certaines catégories. À cet effet, le MSSS a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec pour identifier les catégories d'aliments contribuant à l'apport en sodium des Québécois afin de soutenir la prise de décisions en lien avec cette politique publique. Un sous-objectif de modélisation de l'impact de la réduction du sodium chez ces catégories d'aliments contributrices a également été poursuivi.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Pour ce faire, une méthode novatrice alliant des données d'achats alimentaires et des teneurs en sodium par catégories d'aliments a été développée. De celle-ci a découlé deux volets d'analyse : 1) une analyse exploratoire du sodium dans les achats alimentaires des Québécois et 2) un exercice de modélisation de réduction du sodium.

Méthode et démarche

La détermination des principaux contributeurs au sodium a nécessité la création du concept de Panier d'épicerie collectif. Ce dernier regroupe les achats d'aliments effectués annuellement dans un grand échantillon de supermarchés et magasins à grande surface au Québec, colligé par Nielsen. L'évaluation du contenu en sodium du panier d'épicerie de 2015-16, à l'aide des teneurs moyennes en sodium issues du projet Food Label Information Program (FLIP) du laboratoire de Marry R. L'Abbé a permis l'identification des contributeurs de l'apport en sodium des Québécois et d'évaluer leur contribution au panier d'épicerie.

Quant à la modélisation en quatre scénarios, elle a été développée pour observer l'impact de la réduction de la teneur en sodium d'un nombre variable de catégories d'aliments, sur le contenu en sodium du panier. La réduction en sodium appliquée à chacune des catégories d'aliments correspond à la moitié de l'écart-type de la teneur en sodium identifiée dans FLIP pour cette catégorie. Ceci permet une modélisation basée sur des produits existants de chaque catégorie d'aliments, qui ont déjà de plus faibles teneurs en sodium.

Résultats et outils développés

L'analyse du contenu en sodium du panier d'épicerie a permis l'identification des pains comme étant la catégorie d'aliments la plus contributrice, fournissant le quart du sodium du panier d'épicerie de 2015-16. Deux autres catégories d'aliments y contribuent notablement : charcuteries et fromages. Parmi les dix autres catégories les plus contributrices se retrouvent également les produits de fromage, les saucisses, les repas réfrigérés et congelés, les pizzas petits formats et sandwiches congelés, les croustilles, les céréales prêtes à manger et les desserts du commerce et pâtisseries à déjeuner. Globalement, les dix plus grands contributeurs fournissent le trois quarts du sodium du panier d'épicerie.

Pour sa part, l'exercice de modélisation démontre qu'une réduction de la teneur en sodium des pains occasionne une diminution de 3,8 % du sodium dans le panier d'épicerie. Pour les trois autres scénarios, dans lesquels dix, 20 et 33 des catégories d'aliments les plus contributrices ont été réduites, on observe respectivement des réductions de 13,5 %, de 17,8 % et de 18,9 % du sodium dans le panier d'épicerie de 2015-16.

Conclusion et recommandations

Selon ces résultats, l'implantation de cibles de composition pour le sodium pour dix à vingt catégories d'aliments les plus contributrices semble être le plus intéressant en termes de coût-efficacité. En effet, cette formule occasionne une réduction du sodium plus importante, qu'un scénario de moindres catégories tout en limitant les coûts associés à l'implantation et au suivi d'un plus grand nombre de cibles. Les connaissances produites au cours de ce projet novateur stimuleront les réflexions et soutiendront les décisions ministérielles quant au choix des catégories d'aliments ciblées et à la sélection des paramètres des éventuelles cibles de compositions pour le sodium.

Références

1. Projet Food Label Information Program (FLIP).
2. Arcand, J., Jefferson, K., Schermel, A., Shah, F., Trang, S., Kutlesa, D., ... L'Abbe, M. R. (2016). Examination of food industry progress in reducing the sodium content of packaged foods in Canada: 2010 to 2013. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), 684–690. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0617>.

9 Initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation en gras, sel et sucre des aliments transformés

Auteurs

Andréanne Charbonneau

Marie-Claude Paquette

Contexte et objectifs

La Politique gouvernementale de prévention en santé prévoit d'améliorer la qualité nutritive des aliments au Québec en suivant les progrès en matière de diminution de la teneur en gras, en sel et en sucre des aliments ainsi qu'en explorant la pertinence et la faisabilité d'implanter des cibles de composition nutritionnelle pour certaines catégories d'aliments. C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour documenter et analyser les initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- effectuer l'inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés et
- analyser le processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation en posant un regard sur le type d'approche (volontaire, réglementaire), la nature des interactions avec les acteurs de la chaîne bioalimentaire et les barrières et facteurs facilitants.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Un inventaire des initiatives a été réalisé et a permis de recenser des cibles de reformulation des aliments transformés dans 56 pays, dont :

- 40 pays ayant adopté des cibles de réduction du sodium;
- 20 pays ayant adopté des cibles de réduction ou d'interdiction des gras trans;
- 10 pays ayant adopté des cibles de réduction des teneurs en gras saturés et/ou totaux;
- 8 pays ayant adopté des cibles de réduction du sucre.

La revue de littérature grise a aussi permis de faire ressortir diverses conditions de succès pour ce type de mesure notamment :

- Se doter d'une stratégie globale, multi-composantes et intégrée visant l'amélioration de l'offre alimentaire;
- Assurer un leadership et un engagement soutenu du gouvernement;
- Dresser un portrait de l'offre alimentaire au temps 0 et développer des mécanismes robustes de monitoring;
- Établir des cibles de reformulation SMART, soit Spécifiques, Mesurables (avec valeurs au temps 0), Atteignables et ambitieuses, Réalistes et définies dans le Temps;
- Mettre en place des incitatifs et pénalités pour encourager la performance de l'industrie alimentaire.

Méthode et démarche

La revue de littérature grise a permis d'identifier 160 publications pertinentes, dont des articles scientifiques, des documents gouvernementaux et des documents publiés par des organismes de santé publique reconnus. Au préalable, une phase exploratoire avait permis l'identification de plusieurs publications synthèses pertinentes et de mots clés rattachés à quatre concepts (cibles de reformulation, nutriment ou composante (sodium, sel, gras trans, gras saturés, sucre), gouvernement et processus).

Résultats et outils développés

Une revue de littérature grise a été réalisée dans le but de documenter et analyser les initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés à travers le monde. Nous entendons par cibles de reformulation

des aliments transformés des objectifs chiffrés d'amélioration de la composition nutritionnelle (sodium, gras trans, gras saturés, sucre) des aliments transformés.

Conclusion et recommandations

À travers le monde, un nombre important de gouvernements ont adopté des cibles de reformulation des aliments transformés et diverses voies ont été empruntées, notamment des approches volontaires, la réglementation et des partenariats public-privé. Idéalement, la reformulation des aliments ou la réduction de certains nutriments devrait se faire de manière graduelle, devrait améliorer la qualité nutritive globale du produit et ne devrait pas induire une hausse de prix pour les produits de meilleure valeur nutritive. Enfin, nous pouvons tirer parti des leçons apprises des expériences canadiennes et étrangères pour éclairer les décisions relatives à une future initiative québécoise. Plusieurs réseaux existants, notamment l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et l'European Salt Action Network de même que des guides d'implantation développés par l'OPS et l'OMS peuvent également être fort utiles.

10 Le fardeau sociosanitaire du jeu : des préjudices additionnels pour les joueurs en ligne

Auteurs

Élisabeth Papineau

Fanny Lemétayer, Guy Lacroix, Serge Sévigny, Nicolas Corneau-Tremblay

Contexte et objectifs

Depuis vingt ans, partout dans le monde, le développement du jeu en ligne soulève des préoccupations de santé publique : les joueurs en ligne manifestent généralement davantage de problèmes psychosociaux que les joueurs hors-ligne. Au Québec, le jeu en ligne occasionne des dépenses sept fois plus importantes que les autres types de jeu et un joueur en ligne sur neuf est un joueur problématique (Kairouz, Nadeau, et Robillard, 2014).

La pratique des jeux d'argent en ligne génère-t-elle effectivement davantage d'impacts préjudiciables pour la santé et le bien-être des joueurs que les jeux hors-ligne? Et de quelle nature sont ces impacts? La présente recherche répond à ces deux questions.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Pour répondre aux objectifs de recherche, le projet s'est articulé en quatre volets consécutifs ayant des approches méthodologiques complémentaires. Tout d'abord, l'ensemble des impacts causés par les jeux de hasard et d'argent en général (JHA) et le jeu en ligne a fait l'objet d'une revue de littérature. Le deuxième volet visait à valider et préciser les impacts du jeu au sein d'un échantillon de joueurs en ligne (N = 14). Une enquête quantitative sur les impacts du jeu en ligne a ensuite été réalisée à l'aide d'un échantillon de convenance de joueurs réguliers (N = 826). Finalement grâce à l'examen des résultats du volet 3, le dernier volet visait à mesurer les impacts additionnels attribuables au jeu en ligne.

Méthode et démarche

À l'aide de la méthode d'appariement par score de propension (Rubin, 1990), une évaluation économétrique de l'impact additionnel attribuable au jeu en ligne a été effectuée sur un échantillon de 826 joueurs réguliers répartis en trois groupes : joueurs en ligne purs, joueurs mixtes (en ligne et hors-ligne) et le groupe contrôle de joueurs hors-ligne. Les répondants ont été appariés sur la base de caractéristiques démographiques similaires. Cette méthode novatrice, qui permet de contrôler l'influence de facteurs de confusion, a notamment été utilisée pour l'évaluation du coût socioéconomique de plusieurs problèmes de santé publique comme l'obésité et le tabagisme. Elle n'a pas pour objectif de mesurer la prévalence des impacts, mais détermine plutôt leur différence d'ampleur relative entre les groupes de joueurs.

Résultats et outils développés

Ce projet de recherche a permis de révéler que :

- 1) Comparé au jeu hors-ligne, le jeu en ligne génère effectivement chez les joueurs en ligne et leur entourage un fardeau supplémentaire d'impacts et de jeu problématique. Ces impacts s'observent dans plusieurs sphères de leur vie : travail et études, relations, santé mentale et physique, finances et qualité de vie;
- 2) Associée au jeu hors-ligne, la pratique du jeu en ligne fait augmenter considérablement le fardeau d'impacts en termes de nombre et d'intensité, ainsi que les problèmes de jeu.

Conclusion et recommandations

Ce projet a permis d'une part de démontrer que le jeu en ligne était davantage préjudiciable pour la santé globale, la qualité de vie et le fonctionnement social des individus que le jeu hors-ligne. D'autre part, il a permis d'illustrer la nature et l'ampleur des préjudices vécus par des joueurs réguliers et leur entourage au Québec. Il met également en lumière l'impact additionnel de la diversification et de la multiplication des JHA et notamment le jeu en ligne qui, associé au jeu hors-ligne augmente les problèmes de jeu et le fardeau des impacts.

Alors qu'ils ne sont pas détectés par les instruments de surveillance actuels, les impacts révélés sont pourtant réels et touchent les joueurs, leur entourage et la communauté. Les coûts sociaux et économiques des préjudices du jeu en ligne sont alors sous-estimés. Au même titre que d'autres produits à risque, la prise de précaution dans la commercialisation des jeux en ligne et l'encadrement légal de la promotion apparaissent indispensables pour réduire ces préjudices.

11 Exposition aux facteurs de risque pour le tabagisme: le rôle du statut socioéconomique

Auteurs

Hartley Dutczak

Robert J Wellman, Marie-Pierre Sylvestre, Erin K O'Loughlin,
Annie Montreuil, Geetanjali D Datta, Jennifer O'Loughlin

Contexte et objectifs

Au Québec comme ailleurs dans le monde, la prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les populations défavorisées. De plus, la réduction des inégalités sociales de santé est une priorité de santé publique. Toutefois, on ignore toujours si la prévalence élevée de tabagisme observée dans les milieux défavorisés est expliquée par une plus grande exposition aux facteurs de risque de tabagisme ou si les adolescents de milieux défavorisés sont plus vulnérables à ces facteurs de risque.

Cette étude vise à déterminer si la prévalence et la cooccurrence des facteurs de risque liés à l'initiation au tabagisme varient en fonction du statut socioéconomique et si le statut socioéconomique modifie l'association entre les facteurs de risque et l'initiation au tabagisme.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

En 2005, 29 écoles primaires de niveaux socioéconomiques faibles, moyens et élevés de la région de Montréal ont participé à l'étude longitudinale AdoQuest. Dans le cadre de la présente étude, les analyses ont été réalisées auprès de 1 451 élèves de 5^e année (âge moyen de 10,7 ans) ayant rapporté n'avoir jamais pris une bouffée de cigarette au cours de leur vie au moment du questionnaire initial, et ayant complété les questionnaires de suivi en 6^e année et en première secondaire.

Méthode et démarche

Des modèles de régression de Poisson ont été estimés pour mesurer l'association entre l'initiation au tabagisme (la prise d'une première bouffée de cigarette) et 13 facteurs de risque reconnus (ex. statut tabagique des parents, de la fratrie, des amis, interdiction de fumer à l'intérieur du domicile, faible estime de soi, faible sentiment d'appartenance à l'école, etc.). L'excès de risque potentiel de chacun des facteurs de risque chez les groupes de participants ayant un statut socioéconomique faible vs. moyen-élevé a été évalué. Deux indicateurs du statut socioéconomique ont été utilisés dans cette étude : le plus haut niveau de scolarité de la mère et le niveau de défavorisation matérielle du quartier de résidence.

Résultats et outils développés

9,4 % des participants (n = 137), qui n'avaient jamais fumé en 5^e année, avaient pris au moins une bouffée de cigarette au moment de compléter le questionnaire en première secondaire. La prévalence et la cooccurrence des facteurs de risque étaient plus élevées parmi les élèves ayant un faible statut socioéconomique (niveau d'éducation maternelle ou défavorisation matérielle du quartier de résidence). L'estimation de l'association entre la plupart des facteurs et l'initiation tabagique ne différait pas selon le statut socioéconomique. Toutefois, les participants résidant dans un quartier défavorisé et dont la mère ne détenait pas de diplôme universitaire, avaient trois fois plus de risque de s'être initié au tabagisme (RRA = 3,10 [1,19, 8,08]) que les élèves habitant un quartier aisé et dont la mère était plus scolarisée.

Conclusion et recommandations

Les jeunes de statut socioéconomique faible courent plus de risque d'être exposés à des facteurs de risque d'initiation au tabagisme, et à une cooccurrence de ces facteurs de risques, en particulier les adolescents ayant une mère sans diplôme universitaire. Toutefois, selon notre étude, l'effet des facteurs de risque ne diffère pas selon le niveau socioéconomique. Les efforts de lutte au tabagisme auprès des populations défavorisées doivent aborder l'initiation au tabagisme selon plusieurs points de vue simultanément. Il faut également tenir compte de la prévalence et la cooccurrence des facteurs de risque plus forts dans les contextes de faible statut socioéconomique, puisque ceux-ci rendent plus probable l'initiation au tabagisme pour plusieurs de ces jeunes.

12 Analyse des enjeux perçus par les directions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la mise en place de la Politique pour un environnement sans fumée

Auteurs

Akli Aouane, Alexandre Pelletier, Sukhmanjit Ghumman, Irma Clapperton

Contexte et objectifs

Compte tenu des enjeux économiques et des impacts du tabac sur la santé des Québécois, le gouvernement poursuit son action avec le projet de loi 44. Dans ce contexte, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS doit élaborer une politique pour un environnement sans fumée pour l'ensemble de son territoire en utilisant comme lignes directrices les six orientations ministérielles portant sur les endroits non-fumeurs, la cigarette électronique, la communication ainsi que l'aide à la cessation tabagique.

Objectif : Identifier les enjeux perçus par les directions du CIUSSS Estrie quant à l'adoption d'une nouvelle politique sans tabac et émettre des recommandations pour l'application de cette politique.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

La population étudiée est l'ensemble des 16 directions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Méthode et démarche

Il s'agit d'une étude exploratoire de type qualitative réalisée avec un questionnaire ouvert portant sur les principaux enjeux de la nouvelle politique sans tabac. Des entrevues téléphoniques semi-dirigées ont été conduites auprès d'acteurs désignés des différentes directions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Résultats et outils développés

I. Chambres fumeurs

La moitié des répondants, dont ceux avec chambres fumeurs dans leur direction, prévoient des difficultés à l'élimination des chambres fumeurs. Une période de transition, l'aide au remplacement pharmacologique ainsi qu'un plan de communication sont des pistes de solution proposées par les directions cliniques.

II. Fumoirs

La majorité des directions cliniques et toutes les directions administratives prévoient des difficultés à éliminer les fumoirs. Une période de transition, l'aide au remplacement pharmacologique et la communication peuvent faciliter cette transition.

III. Endroits non-fumeurs

La majorité des répondants, dont toutes les directions administratives, sont en faveur pour étendre l'interdiction de fumer sur l'ensemble des terrains avec un plan de communication qui sensibilise les usagers et employés.

IV. Cigarette électronique

L'ensemble des répondants sont en faveur à restreindre la cigarette électronique au même titre que la cigarette combustible. La majorité des directions cliniques sont en faveur de la présence de vapoteuses pour une période de transition.

V. Aide au changement tabagique

Dans l'ensemble des directions, les employés ne sont pas au courant des changements à venir. Ainsi, l'élaboration d'un plan de communication est essentielle selon la majorité des répondants. La majorité des répondants avec une formation en santé sont en faveur d'un dépistage du statut tabagique et instauration d'un traitement systématiquement auprès des usagers.

VI. Communication

La majorité des répondants, dont l'ensemble des directions administratives, mentionnent l'utilité d'un plan de communication pour au moins une des orientations. De plus, la communication est le principal adjuvant identifié à l'abandon tabagique et à la restriction sur les terrains.

Enfin, les directions administratives sont plus confiantes en leur capacité à appliquer les mesures que de l'utilité de ces dernières. Les directions cliniques montrent une conviction supérieure à leur confiance dans l'application de ces mesures.

Conclusion et recommandations

Les directions cliniques tendent à favoriser une approche dite individualisée (remplacement pharmacologique et programme de soutien) alors que les directions administratives favorisent une approche environnementale (plan de communication, priorisation de la fermeture des fumoirs et de l'interdiction de fumer sur l'ensemble des terrains).

Recommandations :

1. Poursuivre la consultation auprès des autres directions, des syndicats, des conseils professionnels et du comité des usagers.
2. Outiller les intervenants cliniques vers un changement de pratique axé vers le dépistage systématique des usagers.
3. Considérer la couverture complète des aides pharmacologiques pour une mise en œuvre réussie de la politique.
4. Élaborer un plan de communication, voir même un processus d'accompagnement, destiné aux employés et usagers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS au sujet des différents changements apportés.
5. Établir une période de transition vers l'application complète des mesures ciblées par la nouvelle politique.

13 Environnement bâti et maladies chroniques : la contribution de l'activité physique de transport

Auteurs

Anne Pelletier, Sophie Goudreau, Céline Plante, Karine Forgues
David Kaiser, Michel Fournier, Stéphane Perron

Contexte et objectifs

Les multiples bienfaits de pratiquer l'activité physique sur une base régulière sont bien connus. Toutefois, une bonne partie de la population ne parvient pas à atteindre les recommandations hebdomadaires fixées par l'Organisation mondiale de la Santé. Les environnements qui promeuvent l'activité physique de transport deviennent d'un intérêt particulier pour la santé publique, afin d'adresser les enjeux de santé liés à la sédentarité avec une perspective populationnelle. Si les évidences s'accumulent en faveur d'une relation entre le cadre bâti et le transport actif, il existe beaucoup moins de preuves qui portent plus spécifiquement sur les liens avec les maladies chroniques.

Cette étude vise à classer l'environnement bâti à Montréal en intégrant plusieurs indicateurs, pour ensuite s'intéresser à la corrélation avec les prévalences de plusieurs maladies chroniques, soit l'obésité, le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires, en considérant l'activité physique de transport comme un médiateur dans cette relation.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Comparativement aux quartiers de type banlieue, les quartiers de types centre-ville et central classique sont associés à des niveaux presque deux fois plus élevés d'activité physique de transport. Ils sont également associés à des taux plus faibles d'obésité (centre-ville OR = 0,35 95 % CI = 0,18-0,68 et central classique OR = 0,69 95 % CI = 0,55-0,87), la prévalence s'étendant de 6,9 % à 17,2 % entre les quartiers. De plus, les quartiers centre-ville montrent également des probabilités moindres de souffrir d'hypertension (OR = 0,47 95 % CI = 0,26-0,83, 10,0 % vs 17,5 %) et de diabète (OR = 0,35 95 % CI = 0,13-0,93, 2,8 % vs 7,3 %) comparativement aux quartiers de type banlieue. Ces variations entre les quartiers seraient en partie attribuables à l'activité physique de transport, qui serait responsable de 7 % à 3 % des relations observées avec les maladies chroniques. Aucune relation statistiquement significative entre les quartiers n'est observée pour les maladies cardiaques.

Méthode et démarche

Afin de classer les types d'environnement à Montréal, 15 indicateurs ont été sélectionnés pour ensuite générer une typologie composée de six classes de quartiers résidentiels sur le territoire. Ces catégories possèdent des caractéristiques distinctes et ne reposent pas sur leur proximité géographique, mais se répartissent plutôt en poches sur l'île. Parmi les six classes définies, le type centre-ville et le type central classique, de par leur densité, leur diversité et leur système de transport, sont plus propices à des modes de déplacements actifs. À l'inverse, le type banlieue présente des conditions moins favorables au transport actif.

L'information sur l'activité physique et les maladies chroniques ont été recueillies transversalement à partir d'une enquête régionale de 2012 rejoignant plus de 10 362 adultes montréalais. Les associations entre les catégories d'environnements bâtis, l'activité physique et les maladies chroniques ont été estimées à l'aide de régressions ajustées pour les variables sociodémographiques individuelles. Le calcul du rôle médiateur de l'activité physique de transport a été adapté pour les variables binaires et expositions catégorielles.

Résultats et outils développés

L'étude se penche plus précisément sur les distributions de maladies chroniques au sein des Montréalais selon différentes catégories d'environnement bâti sur l'île et calcule la portion de cette variation qui serait attribuable à l'activité physique de transport.

Conclusion et recommandations

Les résultats de cette étude permettent une meilleure compréhension de comment les types d'environnements bâtis résidentiels sont liés à de nombreuses maladies chroniques. Ils démontrent que les quartiers plus urbanisés sont associés à des niveaux plus élevés d'activité physique de transport et à des prévalences plus faibles d'obésité, d'hypertension et de diabète. L'activité physique de transport expliquerait partiellement la relation observée entre l'environnement bâti et les maladies chroniques. Considérant la fréquence de ces maladies dans la population ainsi que le fardeau socio-économique impliqué, même de minimes diminutions en matière de prévalences pourraient ultimement se traduire en des gains considérables à l'échelle populationnelle.

14 Saillie de trottoir & dos d'âne à Montréal : effet sur le nombre de blessés aux intersections

Auteurs

Ronaldo Candido, Patrick Morency, Yan Kesten, François Tessier
Céline Plante, Michel Fournier, Sophie Goudreau

Contexte et objectifs

Les mesures d'apaisement de la circulation telles que dos d'âne et les saillies de trottoir peuvent réduire la probabilité de collision ainsi que la sévérité des blessures.

Plusieurs mesures d'apaisement ont été récemment implantées dans les rues montréalaises, mais le type de mesures implantées, les lieux d'implantation et, surtout, leur efficacité dans le contexte montréalais restent peu documentés.

Cette recherche vise à estimer l'effet des dos d'âne et des saillies implantés dans 4 arrondissements montréalais sur le nombre de piétons et d'automobilistes blessés aux intersections.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

La recherche s'inscrit dans un ensemble d'interventions de la santé publique visant à réduire le nombre de blessés sur les routes. Depuis plus de 10 ans, la Direction de santé publique de Montréal a fait la promotion des mesures d'apaisement de la circulation. Cette recherche vise spécifiquement à estimer l'effet des mesures implantées dans 4 arrondissements sur la sécurité des usagers de la route.

Méthode et démarche

Les données sur les mesures d'apaisement de la circulation proviennent de professionnels de 4 arrondissements et leur implantation a été validée avec « Google Street View ». Le nombre de piétons et d'occupants de véhicules blessés aux intersections provient des rapports d'accidents policiers (SAAQ). Des analyses de régression de Poisson ont été réalisées pour expliquer la variation annuelle du nombre de blessés aux intersections, en prenant en compte les caractéristiques des intersections ainsi que l'évolution annuelle du nombre de blessés.

Résultats et outils développés

De 2004 à 2014, au moins 15,0 % des intersections des 4 arrondissements étudiés ont bénéficié d'une mesure d'apaisement. En prenant en compte les autres caractéristiques des intersections, les saillies de trottoirs sont associées à une réduction du nombre de piétons et d'occupants de véhicules blessés aux intersections; la présence de dos-d'âne sur un tronçon adjacent à l'intersection est associée à une réduction du nombre d'occupants de véhicules blessés à l'intersection. En contrôlant pour le déclin temporel du nombre de blessés, les saillies de trottoirs et les dos-d'âne restent significativement associés à une réduction du nombre d'occupants de véhicules blessés.

Conclusion et recommandations

Le devis d'étude est original et pertinent, puisque l'analyse est désagrégée aux intersections et que l'évolution temporelle du nombre de blessés est prise en compte. Les résultats sont cohérents avec l'effet préventif estimé par d'autres études. Notre étude améliore les connaissances en évaluant l'efficacité de deux mesures spécifiques (saillie de trottoir et dos-d'âne) sur le nombre de piétons et d'occupants de véhicules blessés aux intersections.

15 Pas fous, les espaces verts : associations entre la santé mentale et l'environnement bâti à l'aide des données de la cohorte québécoise CARTaGENE

Auteurs

Nolwenn Noisel

Perry Hystad, Yves Payette, Catherine Boileau

Contexte et objectifs

L'environnement et l'aménagement conditionnent l'état de santé des individus, en particulier l'accès aux espaces verts a montré des effets positifs sur le stress, les maladies cardiaques et la mortalité. Cependant, peu de recherches ont examiné l'exposition aux espaces verts sur la santé mentale, en particulier, à long terme. L'objectif de cette étude est donc de voir s'il existe des associations entre la dépression, l'anxiété et la fonction cognitive chez les adultes et le niveau de verdure à l'aide des données de la cohorte populationnelle CARTaGENE.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Pour ce faire, les bases de données CARTaGENE ont été utilisées. CARTaGENE constitue une plateforme de recherche publique unique réunissant à ce jour des données prospectives sur plus de 43 000 personnes représentatives de la population québécoise. Les données contenues dans cette plateforme sont accessibles à toute la communauté scientifique.

Méthode et démarche

L'étude a porté sur les participants de CARTaGENE pour lesquels l'historique résidentiel des 5 années précédant le recrutement était disponible (2007-2011, n = 8 144) et qui avaient complété les tests cognitifs (n = 6 658). Les mesures d'espace verts ont été dérivées à partir de données satellitaires Landsat (NDVI) colligées pour l'historique résidentielle des participants après géocodage des codes postaux pour différentes distances (100, 250, 500 et 1 000 m). La dépression a été mesurée par questionnaire (auto-rapportée) et par le PHQ-9, l'anxiété par le GAD-7. Pour ces deux problèmes de santé, les données médico-administratives (RAMQ) ont également été utilisées. La fonction cognitive a été mesurée à l'aide de tests informatisés portant sur le raisonnement, la mémoire visuelle et le temps de réaction. Des modèles de régression linéaire et logistique ont été développés en incluant les variables de contrôle (âge, genre, statut socio-économique, niveau d'éducation, statut marital et densité de population). Des analyses de sensibilités ont également été réalisées.

Résultats et outils développés

Les résultats montrent un gradient entre le niveau de verdure résidentiel (quartiles) et la dépression (différents indicateurs), l'anxiété, le revenu, le niveau de scolarité, le fait de vivre seul, l'activité physique, et la mobilité résidentielle. Pour les participants qui ont déménagé dans les 5 dernières années dans un quartier plus vert, les scores de PHQ-9 et GAD-7 sont généralement plus faibles (-0,37 et -0,30, respectivement, p < 0,05).

Conclusion et recommandations

Cette étude se distingue par deux éléments : les données de santé sont répertoriés sur le long terme (10 ans) et la grande variété des sources de données utilisées (données de questionnaire auto-rapportés, scores de tests et données médico-administratives). Les tendances issues des analyses montrent des associations entre les espaces verts et la santé mentale qui sont fortement conditionnées par la source de données.

16 Le point de vue des adolescents et des jeunes adultes de la MRC du Granit sur leur milieu de vie, trois ans après un déraillement de train

Auteurs

Laurence Temblay

Danielle Maltais, Eve Pouliot, Geneviève Petit,
Anne-Lise Lansard, Geneviève Fortin et Mireille Fortin

Contexte et objectifs

La vie des citoyens d'une ville où est survenue une catastrophe nécessite une importante adaptation. Tous doivent alors se mobiliser et s'entraider afin de subvenir aux divers besoins de la communauté. Il est difficile de saisir l'ampleur des sentiments habitant les individus impliqués dans un drame tel que le déraillement de train survenu le 6 juillet 2013, à Lac-Mégantic. Depuis les quatre dernières années, diverses études ont été réalisées de concert avec des chercheurs de l'UQAC et des professionnels de la Direction de la santé publique de l'Estrie, dont une étude mixte menée auprès des jeunes âgés de 25 ans ou moins. Deux des objectifs de cette étude étaient de documenter les besoins de ces jeunes et d'identifier leurs sentiments face à cette tragédie.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Cette affiche présentera les informations recueillies auprès d'élèves fréquentant la polyvalente de Montignac (école secondaire), le Centre d'éducation des adultes et le Centre d'études collégiales de Lac-Mégantic au cours de l'hiver 2017. Elle dressera également un portrait de la perception qu'ont les jeunes de leur environnement et de leur réalité.

Méthode et démarche

Neuf rencontres de groupe focalisé se sont tenues en mars 2017 réunissant un total de 66 participants. Le temps alloué pour les rencontres était de 75 minutes pour les étudiants du secondaire et de 90 minutes pour les répondants plus âgés. Un guide d'entrevue comprenant des questions ouvertes a permis d'aborder divers sujets en lien avec la vie scolaire, familiale et sociale de ces jeunes, ainsi que leurs sentiments à l'égard du déraillement du train et de ses conséquences sur divers aspects de leur vie et de celle des membres de leur famille.

Résultats et outils développés

Les adolescents et les jeunes adultes ont fait preuve d'ouverture et ont pu partager leurs souvenirs et les sentiments vécus en lien avec la tragédie, tels que leur sentiment d'impuissance, leurs besoins d'être soutenus, les peurs et les inquiétudes qui les habitaient ou encore, pour certains, les difficultés vécues en raison de l'obligation d'évacuer leur résidence. Des sentiments de tristesse, de colère et de crainte qu'un autre déraillement de train puisse se reproduire sont toujours présents chez plusieurs des répondants. Les jeunes ont aussi partagé leurs réactions lorsqu'ils entendent le train. Certains d'entre eux manifestent des symptômes de stress et d'anxiété et éprouvent des difficultés à retrouver le sommeil si le bruit des trains les réveille en pleine nuit. Les étudiants font très peu confiance aux nouvelles réglementations en vigueur et aux nouvelles procédures que les compagnies ferroviaires doivent respecter. Certains jeunes estiment que le déraillement du train a des influences négatives sur les habitudes de vie de leur famille et sur la santé, tant physique que psychologique, de leurs parents. Ces jeunes ont profité des groupes focalisés pour énoncer des recommandations visant à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être, au sein de leur institution scolaire et de leur communauté, et ce, afin de permettre des réponses plus appropriées à leurs besoins.

Conclusion et recommandations

Un tel désastre requiert une attention particulière, puisqu'il comporte toujours un risque de répercussions négatives sur la santé des individus de la communauté affectée. Ces répercussions peuvent se faire sentir, autant au plan physique que psychologique. Il est impératif de prendre en compte les besoins des jeunes et de laisser une place à leurs idées et souhaits dans leurs divers environnements.

17 Deuil compliqué chez les adultes dans le cas d'une catastrophe : ce qu'en disent les experts

Auteures

Mireille Fortin, Danielle Maltais, Ève Pouliot, Geneviève Fortin, Anne-Lise Lansard, Laurence Tremblay, Jacques Cherblanc

Contexte et objectifs

Le deuil compliqué est le résultat d'une persistance des symptômes du deuil due à des circonstances particulières, pouvant entraîner une perturbation du fonctionnement social et diverses conséquences physiques et psychologiques. Les catastrophes naturelles et technologiques sont des événements tragiques pouvant affecter la santé mentale, physique et sociale des individus. Cette problématique peut devenir alarmante pour une société, puisque que dans le cas d'une catastrophe, le deuil d'êtres chers est souvent vécu en communauté et induit des impacts considérables sur le bien-être individuel et collectif. La prévention et la diffusion d'informations sur les traumatismes collectifs s'inscrivent donc dans une perspective de santé publique, puisque ces différents types de deuils occasionnés par des catastrophes peuvent avoir des impacts nocifs sur la santé de la population.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Cette proposition d'affiche s'inscrit dans le cadre d'une recherche financée par le CRSH. Le principal objectif de cette recherche est de dresser un portrait du vécu de la population de la MRC du Granit après le déraillement du train de juillet 2013. Ce déraillement a entraîné plusieurs pertes humaines et matérielles chez les Méganticois. Une recension systématique des écrits sur le deuil compliqué chez les adultes en cas de catastrophe a été réalisée afin de mettre à jour l'état des connaissances sur cette problématique.

Méthode et démarche

Au total, 113 articles ont été recensés pour la recension systématique des écrits. Les documents traitant du deuil compliqué chez les adultes dans le cas de catastrophes ont été retenus selon la pertinence du contenu et la fiabilité des sources. Les principales bases de données utilisées ont été MEDLINE, Pubmed, Sciencedirect, PsychINFO et Érudit. Également, l'outil de découverte de la bibliothèque de l'Université du Québec à Chicoutimi ainsi que celui de l'Université de Sherbrooke ont été utilisés afin de compléter l'identification de textes pertinents.

Résultats et outils développés

En ce qui a trait à la santé physique, les personnes présentant les manifestations d'un deuil compliqué sont plus souvent hospitalisées à la suite de l'apparition ou de l'aggravation de maladies chroniques. Également, des problèmes de sommeil persistants sont généralement vécus lors d'un deuil compliqué, en raison de l'état d'hypervigilance et de la rumination d'idées. Par rapport à la santé mentale, les réactions normales vécues lors d'un deuil sont accentuées lorsque celui-ci se produit lors d'une catastrophe. Des problèmes de santé psychologique, comme la dépression, l'état de stress post-traumatique et les idéalisations suicidaires, sont également vécus plus sévèrement à la suite d'un deuil compliqué. Par ailleurs, des changements d'habitudes de vie, tels que la consommation de substances et les mauvaises habitudes alimentaires, sont aussi des conséquences néfastes qui ont été constatées à la suite d'un deuil problématique. Il a été également démontré que la perte de l'identité sociale, le désengagement et l'isolement peuvent perturber le fonctionnement social de ces personnes. Certains facteurs de risque prédisposent au deuil compliqué; c'est le cas, d'une part, de certaines caractéristiques personnelles, comme le genre, l'âge et l'historique personnel et, d'autre part, des circonstances du décès, telles que l'exposition directe à la catastrophe et l'absence de l'anticipation de la perte.

Conclusion et recommandations

Cette recension systématique des écrits dresse un portrait des facteurs prédisposant et des conséquences du deuil compliqué en cas de catastrophe naturelle ou technologique. Il importe d'informer davantage la population et d'outiller les professionnels de la santé et des services sociaux à ce sujet, puisque les deuils compliqués à la suite d'une catastrophe affectent les individus, la collectivité et engendrent des coûts importants au système de santé et de services sociaux.

18 Exploration de l'effet de la salubrité du logement et de l'aménagement sur la santé mentale et le bien-être

Auteurs

Frédérique Brouillard, David Kaiser, Stéphane Perron

Contexte et objectifs

Certaines caractéristiques du logement comme la localisation(1, 2), la proximité aux services(1, 3-5) et la sécurité du quartier (6), la taille (6) et la salubrité (6-9) semblent liées à la santé mentale des occupants.

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'association entre les problématiques d'insalubrité et d'aménagement dans un complexe d'habitation à loyer modique et la santé mentale et le bien-être des résidents de ce milieu de vie.

1. Galea, S., J. Ahern, S. Rudenstine, Z. Wallace and D. Vlahov. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Volume 59, pp.822–827. 2015
2. Guite, H.F., C. Clark and G. Ackril. The impact of the physical and urban environment mental well-being. Volume 120, pp.1117–1126. 2006
3. Evans, G. The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. Volume 80. 2003.
4. Melis, G., E. Gelormino, G. Marra, E. Ferracin and G. Costa. The Effects of the Urban Built Environment on Mental Health: A Cohort Study in a Large Northern Italian City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Volume 12, pp. 4898–4915. 2015
5. Saarloos D., H. Alfonso, B. Giles-Corti, N. Middleton and O.P. Almeida. The built environment and depression in later life : The health in men study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Volume 19, no(5), pp 461-470. 2011
6. Howden-Chapman, P. Housing standards : a glossary of housing and health. *Journal of Epidemiology Community Health*. Volume 58, pp.162168. 2004.
7. Butler, S. , W. Maynard, J. Paterson and C. Tukuitonga. Problems with damp and cold housing among Pacific families in New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*. Volume 116, n° (1177). 2003.
8. Howden-Chapman P. *et al.* Effect of insulating existing houses on health inequality: cluster randomised study in the community. *BMJ Open*. 2007.
9. Susser R. *et al.* Mental health effects from urban bed bug infestation (*Cimex lectularius* L.): a cross-sectional study. *BMJ Open*. Volume 2, no(5).2012.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Cette étude transversale a été réalisée dans un complexe d'habitation à loyers modiques de Montréal de 161 unités appartenant à un organisme de gestion publique. Ce complexe d'habitation se caractérise par une mixité culturelle et générationnelle, une configuration particulière avec plusieurs culs-de-sac et un isolement du reste du quartier ce qui fait en sorte qu'il existe des enjeux de cohabitation et de sécurité pour les résidents. Le complexe a été ciblé pour un projet de rénovations majeures en raison des problématiques liées à l'insalubrité des lieux et des enjeux découlant de la configuration des bâtiments et du site.

Méthode et démarche

Des entrevues dirigées par questionnaire ont été faites auprès de 65 résidents d'un complexe d'habitation à loyers modiques recrutés de manière aléatoire et volontaire entre août 2016 et novembre 2016. Les variables indépendantes sont la présence autorapportée des problématiques d'insalubrité dans le logement dans la dernière année comme les moisissures, l'humidité excessive ou les animaux nuisibles de même que la perception de sécurité, d'accès aux infrastructures, de bruits dérangeants et de contrôle sur le logement. Les variables dépendantes sont la présence d'un dépistage positif pour les troubles dépressifs ou anxieux et le niveau de bien-être respectivement mesurés par le PHQ-9 (1), le GAD-7 (2) et le Satisfacation with Life Scale (3,4). Des modèles de régression logistique ont permis d'analyser les associations entre les variables environnementales et de santé mentale.

1. Spitzer RL, K. Kroenke et J.B.W Williams. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives Internal Medicine*. Volume 166, pp.1092–1097. 2006
2. Kroenke K, R L. Spitzer and J.B.W. Williams. The PHQ-9. *Journal General Internal Medicine*. Volume16,no(10),pp.606–13. 2001
3. Blais M. L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne français du «Satisfaction of life scale ». *Laboratoire de psychologie sociale*. 1989.
4. Pavot, W. et E. Dieners. Review of Satisfaction with life scale. *Psychological Assement*. Volume5, no(2):164–172. 1993.

Résultats et outils développés

Le taux de participation pour cette étude est de 39% et les données échantillonnales pour les caractéristiques sociodémographiques se comparent aux données fournies par l'organisme de gestion pour l'ensemble de la population du complexe d'habitation.

Pour les insectes nuisibles, 79 % des gens rapportent la présence de blattes dans leur logement, 9 % disent avoir eu des punaises de lit et 8 % rapportent la présence de rongeurs. 43 % de résidents signalent la présence de signes infiltrations d'eau dans leur logement et 28 % disent avoir observé des moisissures. Plus de la moitié des participants perçoivent des bruits dérangeants dans leur logement. Les problématiques d'accès aux infrastructures (espaces verts, services, commerces et transport en commun) sont relevées par environ 10 % des résidents. Environ 20 % des résidents ont rapporté une perception d'un manque de sécurité dans le complexe ou le quartier. Les troubles anxieux et dépressifs sont dépistés chez respectivement 31 % et 28 % des répondants. On retrouve un score de bien-être inférieur chez 25 % des gens. Des associations significatives ont été trouvées entre un score de bien-être inférieur et les perceptions de bruits dérangeants (OR 23,68, 95 % IC : 2,89-194,23), de manque de contrôle sur le logement (OR 5,11, 95 % IC : 1,01-25,99), de manque de sécurité dans le quartier (OR 3,99, 95 % IC: 1,15-13,84) et de manque d'accès au transport en commun (OR 7,83, 95 % IC : 1,28-47,96).

Conclusion et recommandations

Cette étude aborde une problématique peu étudiée dans la littérature scientifique et il serait pertinent de poursuivre la recherche sur l'impact de la qualité du logement et de l'environnement bâti sur la santé mentale des occupants en obtenant des données longitudinales et basées sur de plus grands échantillons.

Notre étude suggère que certaines caractéristiques du logement et de l'aménagement sont associées au bien-être des résidents. Dans le contexte d'un projet de rénovations majeures d'un complexe d'habitation, la modification de certaines caractéristiques de l'environnement bâti pourrait possiblement être associée positivement au niveau de bien-être des résidents(insonorisation, accès aux services,etc.) et l'évaluation de ce type d'intervention pourrait se faire dans le cadre d'une étude longitudinale.

19 Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la tuberculose latente chez les réfugiés de l'Estrie

Auteurs

Irene Lamothe, Geneviève Baron, France Desjardins
Jacques Pépin, Cybèle Bergeron, Geneviève Beaulieu, François Milord

Contexte et objectifs

Les réfugiés en provenance de pays à incidence élevée pour la tuberculose peuvent transmettre l'infection dans leur nouveau pays. Une meilleure connaissance de l'épidémiologie de la tuberculose latente (ITBL) auprès des groupes identifiés à risque de tuberculose au Canada est essentielle à la planification des interventions qui visent à contrôler la maladie. Cette étude vise à mesurer la prévalence de l'ITBL chez les réfugiés ayant consulté à la clinique des réfugiés de Sherbrooke au Québec (CDR), de décrire les caractéristiques démographiques, cliniques et thérapeutiques de ceux infectés et d'estimer les cas de TB maladie évités par les mesures préventives

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un projet de maîtrise. Elle a permis de dresser le portrait de la tuberculose latente chez les réfugiés reçus en Estrie qui ont été dépistés à la clinique des réfugiés et traités au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Une description du traitement et de certains facteurs associés sont également présentés.

Méthode et démarche

Les données ont été rétrospectivement collectées à partir des dossiers médicaux des 1907 réfugiés qui ont consulté pour l'ITBL à la CDR entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2014.

Résultats et outils développés

1884 réfugiés ont été évalués pour l'ITBL à la CDR. 52,3 % étaient des femmes et 41 % des enfants âgés entre 1 et 17 ans. La prévalence de la TB latente était de 36,4 % (IC95 %; 34,2-38,6 %). Tous les patients étaient séronégatifs pour la co-infection tuberculose-VIH (100 %), 1,8 % avaient rapporté un statut diabétique et 0,6 % avaient une insuffisance rénale chronique documentée. Le taux de complétion global était de 62 % (IC 95 % : 56,3-64,4). Une durée de résidence au pays de moins de 3 mois, la présence à 2 visites de suivi et plus, la réalisation de quatre bilans de contrôle ou plus et l'absence d'effets secondaires étaient des facteurs associés à la complétion du traitement. 5,4 cas de TB maladie ont été évités chez les personnes qui avaient terminé le traitement.

Conclusion et recommandations

Cette étude révèle la forte prévalence de l'ITBL chez les réfugiés qui arrivent à Sherbrooke. Le traitement offert comme moyen pour empêcher l'évolution vers la maladie n'atteint pas les cibles attendues. Des stratégies en support à la complétion du traitement sont nécessaires.

20 **Projet de démonstration pour soutenir la mise en place d'une surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens dans la communauté à partir des données des centres hospitaliers du Québec**

Auteurs

Grégory Léon

Manale Ouakki, Christian Lavallée, Caroline Quach et Marc Dionne

Contexte et objectifs

L'usage des antimicrobiens – en particulier ceux à large spectre dans la communauté – favorise le développement de la résistance à ceux-ci. Pour contrer ce phénomène, il est indispensable que les cliniciens aient accès aux profils locaux de résistance aux antimicrobiens en temps opportun afin d'utiliser les antibiotiques au spectre le plus étroit possible en thérapie empirique. Des données de laboratoire et épidémiologiques sont disponibles dans les systèmes informatiques des laboratoires (SIL), mais sont difficilement intégrées à des fins d'une surveillance de la résistance. Les objectifs du projet étaient : i) de valider la disponibilité des données administratives, démographiques et cliniques pertinentes à la surveillance, liées de façon automatique aux données des SIL, en mettant à profit les intergiciels disponibles; ii) d'analyser les proportions de sensibilité des bactéries les plus fréquemment isolées dans les laboratoires; et iii) de comparer les profils de résistance de bactéries associées aux infections communautaires couramment rencontrées en clinique avec les recommandations formulées dans les guides d'usage optimale (GUO) des antimicrobiens de l'INESSS.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Une banque de données dénominalisées a été développée à partir de données extraites des SIL et des systèmes d'admission d'hôpitaux québécois. La population à l'étude inclut tous les patients, qu'ils soient hospitalisés ou non, pour lesquels une culture positive pour une bactérie jugée d'intérêt par l'INSPQ pour une surveillance de la résistance a été obtenue entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2016.

Méthode et démarche

Une entente de services a été conclue avec un fournisseur de données afin d'extraire les données pertinentes d'hôpitaux de différentes régions de la province : Centre hospitalier régional Rimouski-Neigette, Centre hospitalier universitaire de Québec, Centre hospitalier affilié, Hôpital du Haut-Richelieu, Centre universitaire de santé McGill et Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Des antibiogrammes cumulatifs ont été générés en conformité avec les lignes directrices du CLSI.

Résultats et outils développés

L'approche utilisée a permis de produire une banque de données qui permet d'avoir une information de qualité sur le profil du patient, le site de prélèvement et le microorganisme isolé, incluant l'origine présumée d'acquisition et le résultat de l'antibiogramme. Au total, 87 660 souches (données agrégées : premier isolat par espèce-patient pour les spécimens et microorganismes sélectionnés) ont été analysées. Les proportions de sensibilité (%S) de microorganismes d'origine communautaire associés à des infections couramment rencontrées en clinique ont été comparées aux antimicrobiens recommandés dans les GUO de l'INESSS. Par exemple, pour le traitement des infections urinaires communautaires à *Escherichia coli* chez l'adulte, la nitrofurantoïne (95,5 %S), la ciprofloxacine (84,7 %S) et le TMP-SMX (80,5 %S) demeurent d'excellentes options. Pour le traitement des pharyngites-amygdalites communautaires à streptocoque du groupe A chez l'enfant allergique à la pénicilline, les macrolides (93,5 %S à l'érythromycine) le demeurent également. Finalement, pour le traitement des infections respiratoires communautaires à *Streptococcus pneumoniae* chez l'adulte, les macrolides (71,5 %S à l'érythromycine) devraient être utilisés avec prudence.

Conclusion et recommandations

Cette étude démontre qu'il est possible de réaliser rapidement une surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens dans la communauté en mettant à profit les intergiciels et les données actuellement disponibles dans les centres hospitaliers. Les conditions de succès d'une telle surveillance sont : jumeler des données cliniques pertinentes (ex., diagnostic final); pour certains laboratoires, de disposer d'un peu plus d'information sur l'origine des prélèvements externes (ex., CHSLD); et de valider périodiquement auprès des laboratoires les antimicrobiens faisant l'objet d'une règle de suppression locale qui peuvent modifier les informations disponibles. Dans la perspective de soutenir les cliniciens et les comités mandatés pour l'élaboration des GUO, une deuxième étape du projet incluant un plus grand nombre d'hôpitaux et l'analyse des données des années 2016-2017 permettrait de préciser l'évolution de la résistance aux antimicrobiens dans la communauté.

21 La surveillance du SARM en Montérégie : la poursuivre ou non?

Auteurs

Karon Hammond-Collins

Josée Massicotte, Christine Lacroix

Contexte et objectifs

Les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) peuvent entraîner des complications médicales aux patients, des séjours hospitaliers plus longs, un taux de mortalité accru et des coûts de soins élevés. La surveillance du SARM est une priorité dans les centres hospitaliers. La Direction de santé publique de la Montérégie (DSP) maintient un système de surveillance régional du SARM depuis 2003. La DSP compile les données d'infections et de colonisations par le SARM provenant des centres hospitaliers de la région et produit un rapport régional et des rapports pour chaque hôpital à chaque période administrative. Ce projet vise à évaluer ce système afin de déterminer son utilité et guider sa révision.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

L'évaluation a porté sur la qualité des données, la célérité, l'acceptabilité et l'utilité du système. Elle comporte trois volets :

1. Un questionnaire auprès des utilisateurs du système de surveillance;
2. Une analyse rétrospective des données du système pour en évaluer la qualité;
3. Le chronométrage du temps requis pour le traitement des données.

Méthode et démarche

Un comité de pilotage a contribué au développement des questionnaires pour le projet. Les participants (les infirmières de prévention et contrôle des infections dans les huit centres hospitaliers de la Montérégie, leurs gestionnaires, les microbiologistes et des représentants de la santé publique) ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne. Une analyse descriptive et quantitative des réponses a été réalisée avec Excel. Par ailleurs, les données de surveillance de trois périodes administratives ont été examinées rétrospectivement pour leur exhaustivité et leur validité. Finalement, la quantification du temps requis à la DSP pour le traitement des données a été complétée de façon prospective pendant trois périodes administratives.

Résultats et outils développés

Le taux de réponse au questionnaire est de 67 % (14/21). Des différences dans le calcul par les hôpitaux des dénominateurs de jours-présence et admissions ont été identifiées. Parmi les professionnels en centre hospitalier, 11/12 rapportent que les rapports de surveillance produits sont utiles pour leur pratique professionnelle, leur équipe et pour l'analyse de leur situation locale. La majorité d'entre eux souhaite maintenir la production des rapports à chaque période administrative.

L'analyse des données rétrospectives démontre que les données sont complètes, sauf pour les variables sur la suspicion de SARM d'acquisition communautaire (22 % de valeurs manquantes) et la souche de SARM (100 % de valeur manquante). Des retards dans la réception des données en provenance des hôpitaux sont identifiés dans 60 % du temps, avec un retard moyen de 9 jours.

Le traitement des données et la production des rapports par hôpital à chaque période administrative requièrent une moyenne de 57 minutes à la DSP.

Conclusion et recommandations

Le système de surveillance régional du SARM en Montérégie est jugé utile et acceptable pour les parties prenantes locales et régionales. Afin d'améliorer la qualité des données, il est recommandé de mieux définir ou d'éliminer certaines variables. De plus, il est souhaitable d'augmenter les délais pour l'envoi des données locales tout en maintenant la production des rapports à chaque période administrative.

22 Mieux comprendre les motivations de prendre la Prophylaxie Pré-exposition pour le VIH. Résultats d'une étude qualitative auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes à Montréal

Auteurs

Mathilde Henry
Gabriel Girard, Ginette Boyer, Pierre-Henri Minot, Louise Potvin

Contexte et objectifs

Au Canada, 3 000 personnes sont contaminées chaque année. Les HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) sont la population la plus représentée parmi les nouveaux diagnostics. Pour pallier les limites du préservatif en termes d'efficacité ou d'utilisation, la prévention du VIH a dû s'adapter et on parle maintenant de « prévention combinée », c'est-à-dire l'utilisation simultanée de plusieurs méthodes de prévention. Parmi ces méthodes, on retrouve une nouvelle stratégie médicamenteuse appelée Prophylaxie Pré-exposition ou PrEP. La prise d'un antirétroviral (actuellement le Truvada) de façon quotidienne ou intermittente selon un schéma de prise, induit une protection très efficace contre le VIH. La PrEP est disponible au Québec depuis près de cinq ans, mais de nombreuses questions concernant son utilisation par les HARSAH.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Cette étude qualitative exploratoire vise à mieux comprendre la place de la PrEP en promotion de la santé sexuelle chez les HARSAH. L'étude a été menée en partenariat avec le Portail VIH/sida du Québec. L'objectif général de cette étude était de documenter l'expérience des utilisateurs de la PrEP et la manière dont elle s'intègre dans leurs stratégies de prévention du VIH.

Méthode et démarche

Dix entrevues semi-directives ont été menées au printemps 2017 auprès d'HARSAH majeurs et utilisateurs de la PrEP. Le recrutement a été réalisé dans le Montréal métropolitain par le biais d'internet. Des critères avaient été définis de manière à avoir un échantillon hétérogène : l'âge, le lieu de suivi, le quartier de résidence, le régime d'assurance maladie. Les entrevues d'une durée d'environ une heure, abordé différents éléments du parcours de l'utilisateur : sa connaissance de la PrEP, son besoin, l'initiation du traitement, son expérience, et les changements induits par la PrEP.

Résultats et outils développés

La création d'une frise chronologique pour chaque participant retraçant leur parcours et les changements liés à la PrEP a permis de dessiner trois profils, en fonction de l'évènement déclencheur de la prise de la PrEP et des modifications des comportements sexuels qui l'accompagnent. Le premier profil correspond à une prise de la PrEP dans un contexte de relation (rupture conjugale, reprise de sexualité) qui entraîne une augmentation du nombre de partenaires. Pour le profil 2, la prise se fait dans un contexte de prévention (accident de prévention) avec un port non systématique du préservatif, elle entraîne une modification du rôle sexuel (« top »/ « bottom »). Au contraire, dans le profil 3, la prise se fait dans un contexte de prévention mais avec une utilisation systématique du préservatif, ce qui n'induit aucun changement. Tous les participants étaient suivis à Montréal, ils n'ont eu aucun problème d'accueil ou de suivi, et la PrEP a même permis à certains d'accéder à un médecin de famille. L'accompagnement est primordial et peut déclencher le choix de la PrEP. Choix qui est motivé par une peur du VIH qui a évolué en une angoisse et non par des prises de risques identifiées. La PrEP permet une libération de cette angoisse. Cette libération joue un rôle dans la modification des comportements sexuels.

Conclusion et recommandations

L'étude présente certaines limites. Malgré la volonté de diversifier le recrutement, les hommes rencontrés présentent des caractéristiques sociodémographiques homogènes : classe moyenne, diplômés et résidant dans les quartiers centraux de Montréal. Cependant, l'étude a mis en évidence un travail à réaliser sur l'angoisse du VIH chez les HARSAH. Les profils identifiés peuvent être un outil pour mieux cibler les besoins de prévention des utilisateurs de la PrEP. À l'issue de cette étude, il apparaît que la PrEP, en tant qu'outil supplémentaire de prévention du VIH, s'inscrit dans un programme de santé sexuelle plus global : suivi médical, dépistage, conseil.

23 La vaccination des préadolescentes contre les virus du papillome humain (VPH) au Québec et les premières pratiques sexuelles

Auteures

Aimé Kazadi Lukusa, Chantal Sauvageau, Manale Ouakki, Marie-Hélène Mayrand

Contexte et objectifs

Selon la théorie de la compensation des risques, la vaccination contre le VPH pourrait entraîner une augmentation des comportements sexuels à risque. Cette étude visait à vérifier si une dose du vaccin Q-VPH entre 13 et 15 ans est associée à la survenue des premiers rapports sexuels chez les filles vaccinées au Québec.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

La présente étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en santé communautaire. Plusieurs études faites après l'implantation de la vaccination contre les VPH rapportent qu'il n'y a pas d'évidence d'une compensation du risque sexuel au niveau populationnel. Néanmoins, la nécessité de plus d'études longitudinales, le besoin d'une randomisation pour la comparabilité des populations étudiées, la recherche de l'homogénéité concernant l'âge des participantes, et l'absence de données québécoises ont motivé notre recherche.

La population visée est celle des préadolescentes qui participent au programme scolaire de vaccination contre les VPH.

Méthode et démarche

L'analyse est réalisée sur les données recueillies dans le cadre d'un essai randomisé en cours, ICI-VPH. Après avoir reçu deux doses de vaccin Q-HPV en quatrième année, seul le groupe d'intervention reçoit une troisième 60 mois après la première. Des filles sans expérience sexuelle à la randomisation et ayant répondu au questionnaire de suivi un an plus tard ont constitué notre sous-groupe d'étude. Une analyse multivariée de type régression logistique a permis d'estimer la relation entre l'exposition à une dose supplémentaire de vaccin à 13-15 ans et la survenue du premier contact sexuel, tout en contrôlant pour d'autres covariables.

Résultats et outils développés

De 1581 filles, 798 (50,5 %) ont reçu une dose supplémentaire de vaccin Q-HPV et 783 (49,5 %) ne l'ont pas reçue. À la randomisation, les deux groupes présentaient des caractéristiques similaires : âge moyen (14,8 ans), Canadienne française exclusive (70,5 %), naissance au Canada (91,3 %), utilisation de la contraception hormonale (12,0 %) et tabagisme (4,5 %). De même, dans l'année après la randomisation, des proportions similaires de 17,2 % vs 19,9 % (p 0,26), 14,9 % vs 16,4 % (p 0,24), et 67,5 % vs 63,4 % (p 0,57) sont retrouvées respectivement pour le début d'une activité sexuelle, des rapports sexuels avec pénétration, et de l'usage du préservatif. Deux participantes, une dans chaque groupe, ont signalé une ITS, et une dans le groupe témoin a rapporté une grossesse. Dans l'analyse multivariée, l'initiation de l'activité sexuelle était associée à l'origine canadienne-française exclusive (RC 1,5; IC 95 % : 1,1-2,0, p 0,02), au tabagisme (RC 3,0; IC 95 % : 1,8-5,1, p < 0,0001) et à la contraception hormonale (RC 2,4; IC 95 % : 1,7-3,4, p < 0,0001).

Conclusion et recommandations

Nous n'avons pas observé une augmentation de comportements sexuels à risque chez les adolescentes qui ont reçu une dose supplémentaire de vaccin contre le VPH entre 13 et 15 ans. Les comportements et le début des relations sexuelles chez les participantes étaient similaires à ceux observés dans l'ensemble de la province du Québec. Avec les données de la littérature et celles de la présente étude, on peut tout de même être persuadé que la vaccination contre les VPH n'est pas associée à des comportements sexuels à risque.

24 Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec : une éclosion en évolution

Auteurs

C.-A. Boutin, S. Venne, M. Fiset, D. Murphy, C. Martineau, J. Longtin, C. Fortin, A.-C. Labbé

Contexte et objectifs

Alors que moins de 2 cas par année de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) étaient déclarés au Québec avant 2005, un total de 69 cas ont été déclarés lors de l'émergence en 2005-2006, pour donner place à une période de faible incidence (moyenne de 9 cas/année de 2007 à 2012). Une augmentation marquée du nombre de cas est survenue à partir de 2013 avec 49 cas, suivis de 61 en 2014, 105 en 2015 et 124 en 2016. La présente étude vise à décrire l'épidémiologie et les caractéristiques cliniques des cas de LGV survenus au Québec de 2013 à 2016.

Résultats et outils développés

Entre 2013 et 2016, 338 cas masculins de LGV ont été déclarés au Québec, dont 81 % provenait de Montréal. Dans cette région, le taux d'incidence chez les hommes de 15 à 74 ans est passé de 2 cas/100 000 personne-année entre 2007 et 2012, à 11 cas par 100 000 personne-année en 2016. Pour l'ensemble du Québec, l'âge moyen était de 41 ans. Parmi ceux pour lesquels le sexe des partenaires était connu, 99 % (n = 286/287) étaient des HARSAH. La plupart (n = 171/205; 83 %) rapportait 4 partenaires sexuels différents ou plus durant les 12 mois précédant l'infection. Les partenaires étaient surtout rencontrés par l'entremise de l'internet (n = 136/177; 77 %), incluant les applications de géolocalisation sociales, et dans les saunas (n = 136/186; 73 %). Dix cas étaient des travailleurs du sexe. La fréquence des rapports sexuels avec des résidents hors Québec a diminué comparativement aux années antérieures (2013-2016; 56/208; 27 % vs 2005-2012; 31/81; 38 %). Les antécédents d'infections transmissibles sexuellement (ITS) demeurent nombreux, incluant le VIH (n = 210/252; 83%), la syphilis (n = 183/226; 81 %) et la gonorrhée (n = 165/211; 78 %). L'utilisation de drogues dans la dernière année était fréquente (n = 138/241; 57 %) avec 21 % (n = 50/241) ayant consommé du crystal meth. La majorité des cas (n = 234/303; 77 %) ont présenté des symptômes, une proportion qui s'avère plus faible en 2016 (n = 68/100; 68 %) comparativement à 2013-2015 (n = 166/203; 82 %; p = 0.006). Lorsque symptomatique, les syndromes les plus couramment rapportés incluaient la rectite (86 %), l'ulcère ou la papule (12 %) et la lymphadénopathie (13 %). Un important taux de réinfection est noté (20 %); tous ces cas sont survenus chez des personnes vivants avec le VIH (PVVIH) et ayant des pratiques sexuelles à haut risque.

Méthode et démarche

Les données relatives aux déclarations de LGV, colligées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) de 2005 à 2016, ont été extraites du portail de l'infocentre de l'INSPQ. Les questionnaires comprenant les données cliniques et épidémiologiques recueillies par les régions dans le cadre de la vigie rehaussée ont été transmis au Bureau de surveillance et de vigie (BSV) du MSSS pour compilation et analyses, en collaboration avec le Service de lutte contre les ITSS (SLITSS).

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Cette étude descriptive et rétrospective inclut tous les cas rapportés de LGV au Québec de 2013 à 2016.

Conclusion et recommandations

L'éclosion actuelle de LGV au Québec touche principalement une population composée de HARSAH, majoritairement des PVVIH, rapportant plusieurs facteurs de risque (antécédents d'ITS, nombre élevé de partenaires et consommation de drogues). Le taux de réinfection étant important à Montréal et la transmission considérée sporadique à l'extérieur de Montréal, l'hypothèse d'une sous-population à risque est suggérée. De plus, une diminution des rapports avec résidents hors province en période de résurgence pointe vers une transmission locale. La proportion de cas asymptomatiques semble croître, ce qui est partiellement expliqué par son inclusion dans la définition nosologique de 2014. Une meilleure compréhension des caractéristiques de cette population sera bénéfique au contrôle de l'éclosion persistante. Le typage systématique des échantillons rectaux positifs pour *C. trachomatis* et l'utilisation de questionnaires standardisés demeurent d'importants atouts à la vigie rehaussée actuelle.

25 Sondage des besoins en éthique des intervenants en santé publique au Canada

Auteurs

Louise Ringuette

M. Keeling, O. Bellefleur, J.-C. Bélisle-Pipon, M. Maguire, M.-C. Roy, V. Doudenkova, V. Ravitsky et B. Williams-Jones

Contexte et objectifs

Les intervenants en santé publique (SP) font face à des défis éthiques importants dans leur pratique (ex. maintien d'un équilibre entre les droits individuels et le bien commun, respect de la vie privée, transparence, etc.). Cependant, ont-ils les outils ou les ressources nécessaires en éthique de la SP pour faciliter la réflexion et la prise d'une décision adaptée à la situation?

Cette étude vise à réaliser un sondage auprès des intervenants en SP au Canada afin de mieux comprendre les ressources ou les outils en éthique utilisés dans leur pratique ainsi que la nature de leurs besoins et de leurs intérêts quant au développement d'outils, de ressources ou de formations en éthique de la SP.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

À l'aide d'un sondage réalisé auprès des dirigeants et des intervenants en SP au Canada, cette étude vise à mieux comprendre leurs besoins et leur pratique en matière d'éthique de la SP afin d'orienter nos futurs travaux pour le développement d'outils, de ressources ou de formation en éthique de la SP.

Méthode et démarche

Un sondage comprenant 22 questions (durée approximative de 5 minutes) a été acheminé le 23 mai 2017 à 195 chefs de direction et 1 829 intervenants en SP au Canada. Les adresses courriel de ces participants ont été identifiées sur les sites web des directions locales, régionales et provinciales de SP, sur celui de l'Agence de la santé publique du Canada y compris les sites web d'organisations à but non lucratif en SP.

Le sondage n'a pas été évalué par un comité d'éthique de la recherche puisqu'il s'agit d'une étude de besoins. En répondant au sondage, les participants consentaient à y participer et toutes les mesures de sécurité étaient en place pour assurer la confidentialité de leurs réponses.

Résultats et outils développés

401 participants provenant de toutes les provinces et les territoires canadiens et issus de tous les paliers (régional, provincial, etc.) ont répondu au sondage (306 en anglais et 95 en français). Les résultats préliminaires montrent que plus de 4 répondants sur 5 sont intéressés à avoir plus de ressources ou de formation en éthique de la SP. Les ressources privilégiées sont les courts documents clarifiant des concepts éthiques, soulignant des enjeux et offrant des points de repère pour guider la prise de décision, les études de cas, les webinaires, les cadres de références et les cours en lignes. La majorité (92 %) des répondants pense que la formation des intervenants en SP devrait comprendre un nombre d'heures et un contenu minimal en éthique de la SP et moins de la moitié (46 %) utilisent des outils ou des ressources en éthique externes à leur organisation. Plus de 70 % des répondants considèrent la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation d'intervention en SP, l'allocation des ressources entre les programmes ou interventions et les interactions avec des groupes ou communautés comme étant les principaux secteurs d'activités présentant des enjeux éthiques importants en SP.

Conclusion et recommandations

Les résultats du sondage permettent de mieux comprendre les besoins et la pratique actuelle des intervenants en matière d'éthique de la SP au Canada. Ces résultats empiriques dressent un premier portrait visant à orienter nos futurs travaux pour la production d'outils de formation novateurs (ex. modules interactifs en ligne, webinaires, etc.) dans le domaine de l'éthique en SP incluant le développement de ressources guidant les intervenants en emploi dans leur pratique.

26 La santé cognitive : un nouvel enjeu de santé publique au Québec?

Auteurs

Denise Aubé

André Tourigny, Réal Morin, Karine Souffez, Geneviève Lapointe

Contexte et objectifs

La santé cognitive rend possible l'exercice des fonctions mentales requises pour fonctionner de manière autonome et indépendante. Elle suscite de plus en plus d'intérêt en raison du vieillissement démographique rapide et des atteintes cognitives qui augmentent avec l'âge. Un rapport récent de l'INSPQ identifie les principaux paramètres à considérer pour réfléchir à la pertinence d'un positionnement de santé publique sur cet enjeu au Québec.

Objectifs poursuivis :

- Définir les principaux concepts : cognition, réserve cognitive, atteintes cognitives;
- Illustrer l'importance globale des atteintes cognitives;
- Connaître les principaux facteurs contribuant au développement et au maintien de la santé cognitive et les principaux facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir pour éviter, retarder ou amoindrir les atteintes cognitives;
- Connaître les stratégies d'intervention utilisées aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Les principaux facteurs qui contribuent au développement de la réserve cognitive sont l'éducation, la stimulation intellectuelle soutenue tout au long de la vie et l'adoption d'un mode de vie physiquement actif. Les principaux facteurs associés au développement d'atteintes cognitives sévères sont aussi des facteurs de risque des maladies cardio et cérébrovasculaires : le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité. Les États-Unis en 2007 et le Royaume-Uni en 2014 se sont déjà engagés pour mieux intervenir en amont.

Le rapport cible principalement les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, et principalement les acteurs de santé publique. Il présente également un intérêt pour ceux qui se préoccupent de cet enjeu pour la qualité de vie des personnes âgées.

Méthode et démarche

Les quatre sources privilégiées pour documenter cet enjeu sont d'origine récente (2014, 2015 et 2017) et ont été produites par des organisations reconnues : Alzheimer Disease International (2014), Institute of Medicine (2015) et National Academies of Science, Engineering and Health (2017) des États-Unis, une Commission Lancet (2017) du Royaume-Uni. Elles se caractérisent par l'inclusion d'une approche de santé publique et par le détail des analyses portant sur les principaux facteurs d'importance susceptibles d'influencer la santé cognitive, positivement ou négativement. Leurs processus d'assurance-qualité incluent la composition de leurs comités d'experts; le nombre, l'expertise et la diversité de leurs lecteurs externes; leur transparence quant à la sélection des études primaires et quant au processus d'analyse retenus pour porter un jugement sur les résultats de ces études. Les limites font partie de la présentation des résultats.

L'auteure a regroupé et analysé les informations, notamment en faisant ressortir leurs convergences et leurs nuances, et en expliquant avec exemples à l'appui la complexité et les difficultés posées par la documentation des facteurs d'importance. Des tableaux récapitulatifs favorisent une compréhension plus fine du contenu.

Résultats et outils développés

Le fardeau des démences est important et ira en augmentant (cause de mortalité, de mortalité précoce, et importance du fardeau). Le vieillissement en soi n'explique pas à lui seul le développement d'un trouble cognitif léger ou d'une démence. Le cerveau est malléable, son potentiel n'est pas prédéterminé et il est possible de le développer. Deux facteurs d'importance doivent être soulignés à cet égard: la possibilité de développer un potentiel d'adaptation du cerveau en présence d'atteintes cognitives, qui est appelé la réserve cognitive; et l'intégrité vasculaire cérébrale. Des leviers existent donc tout au long de la vie pour développer et protéger la santé cognitive.

Conclusion et recommandations

Les étapes prévues pour donner suite au rapport sont la mise en place à l'hiver 2017 d'un processus délibératif visant à réfléchir collectivement sur la pertinence de cet enjeu et sur le chemin à privilégier pour agir dans le contexte québécois.

27 Échecs de traitement d'infections à *Neisseria gonorrhoeae* au Québec, résultats préliminaires d'une vigie rehaussée

Auteurs

Vincent Boissonneault

Sylvie Venne, Claude Fortin, Brigitte Lefebvre,
Karine Blouin, Annick Trudelle, Annie-Claude Labbé

Contexte et objectifs

Depuis quelques années, on documente une augmentation du nombre de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* au Québec. L'apparition de souches résistantes ou non-sensibles aux antibiotiques recommandés en traitement de première ligne vient limiter les options de traitement. Dans cette optique, l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que Santé Canada ont recommandé d'instaurer une vigie rehaussée des cas d'échecs de traitement des infections gonococciques.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Au mois de novembre 2014, une vigie rehaussée des échecs de traitement de l'infection gonococcique a été mise en place par le MSSS afin de déterminer l'impact de la progression de la résistance sur l'efficacité des régimes thérapeutiques utilisés au Québec.

Méthode et démarche

À la suite d'une deuxième déclaration d'infection gonococcique pour une même personne dans un délai de 42 jours, une enquête épidémiologique est effectuée par les différentes Directions de santé publique (DSP) afin d'identifier et caractériser d'éventuels échecs de traitement. Les cas sont classés comme étant retenus (notamment, lorsqu'aucune réexposition potentielle entre le traitement et le test de contrôle n'est documenté), ou suspects (dans les cas de doute sur la réexposition, ou en l'absence de test diagnostique initial à la première visite comme pour les personnes ayant reçu un traitement épidémiologique). Les questionnaires d'enquête épidémiologiques ont été complétés par les professionnels des DSP et transmis de façon dépersonnalisée au MSSS. Les profils de sensibilité aux antibiotiques des souches isolées ont été confirmés par le Laboratoire de santé publique du Québec.

Résultats et outils développés

Entre novembre 2014 et septembre 2017, 20 cas d'échec de traitement ont été rapportés et analysés : 16 cas retenus et 4 suspects. La population, avec un âge moyen de 31 ans, était composée de 18 hommes (80 % d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) et 2 femmes. Le nombre moyen de partenaires sexuels dans les derniers 2 mois était de 2,2. Un cas avec exposition possible hors Québec, soit en Ontario, a été rapporté. Le dépistage ($n = 8$), la présence de symptômes ($n = 8$) ainsi que l'exposition à un cas d'infection à *N. gonorrhoeae* ($n = 4$) étaient les raisons de la visite initiale. Un TAAN avait été effectué dans tous les cas, 9 avaient eu une culture lors de la visite initiale et 40 % des cas avaient > 1 sites d'infection. Huit patients avaient reçu une monothérapie à l'azithromycine comme traitement de départ et cinq autres avaient reçu un traitement initial non optimal pour une infection pharyngée (céfixime au lieu de ceftriaxone). Trois patients ont requis plus de 2 traitements. Les infections pharyngées (60 %) et génitales (40 %) composaient les sites d'échecs les plus représentés. Les résistances à la ciprofloxacine ($n = 7$) et à l'azithromycine ($n = 2$) sont les principales observées.

Conclusion et recommandations

Les échecs de traitement d'infections à *N. gonorrhoeae* sont bel et bien présents au Québec. Les résultats de la vigie rehaussée mettent en évidence l'importance d'effectuer un test de contrôle de l'efficacité du traitement, d'obtenir des cultures tant dans une visée de surveillance que de traitement efficace, et finalement, d'adhérer aux lignes directrices quant à la thérapie à utiliser. Afin de soutenir le recensement des échecs de traitement et l'efficacité des régimes thérapeutiques, il s'avère important de maintenir le suivi de la résistance aux antibiotiques sur les souches circulantes au Québec.

28 Réseau sentinelle de surveillance des infections gonococciques, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec : résultats de la première année

Auteurs

Fannie Defay

Annie-Claude Labbé, Gilles Lambert, Brigitte Lefèbvre, Raymond Parent, Annick Trudelle, Sylvie Venne, Karine Blouin

Contexte et objectifs

Au cours des années, le pathogène *Neisseria gonorrhoeae* a développé des résistances à la majorité des antibiotiques utilisés pour le traitement. Des échecs thérapeutiques ont été rapportés dans de nombreux pays. Face à cette menace croissante, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) proposait en 2012 un plan d'action mondial. Soutenu par le MSSS, l'INSPQ a développé un projet de réseau sentinelle de surveillance des infections gonococciques, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement, visant les objectifs suivants :

- 1) Contribuer à assurer la réalisation d'un nombre suffisant de cultures de *N. gonorrhoeae* (surveillance de l'antibiorésistance);
- 2) Mieux cibler les recommandations thérapeutiques;
- 3) Détecter et caractériser les échecs de traitement.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Le réseau sentinelle a été instauré en 2015-2016 dans trois régions socio-sanitaires (RSS) :

- Montréal : deux cliniques spécialisées en ITSS où consultent majoritairement des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH);
- Montérégie : 14 cliniques et CLSC où consultent en majorité des femmes et hommes hétérosexuels;
- Nunavik : deux centres de santé (Kuujuaq et Puvirnituk) où consulte une population majoritairement inuite (nombre important de cas déclarés chez des femmes).

Une certaine représentativité (sexe, orientation sexuelle et localisation géographique) et la détection de 20 % des cas provinciaux étaient visées. Les cliniciens participants devaient notamment favoriser l'application systématique des recommandations provinciales pour la réalisation de cultures et de tests de contrôle post-traitement.

Méthode et démarche

Une application web sécurisée centralise la cueillette des données, mais des fonctionnements propres à chaque région cohabitent. Les caractéristiques sociodémographiques des cas, les expositions et comportements sexuels, les raisons de visites, les prélèvements effectués (avec résultats) et les traitements prescrits sont recensés. Les résultats de sensibilités aux antibiotiques sont obtenus par l'intermédiaire du LSPQ puis jumelés aux données du réseau sentinelle.

Résultats et outils développés

Entre septembre 2015 et décembre 2016, 590 épisodes survenus chez 559 personnes ont été enregistrés : 78 femmes, 480 hommes, 1 personne trans-sexuelle. Parmi elles, 419 ont consulté à Montréal (dont 22 % résidait dans une autre RSS), 75 en Montérégie et 65 au Nunavik.

Parmi les prélèvements effectués, on retrouve 684 cultures : environ 50 % pharynx, 20 % anus, 20 % urètre, 10 % col/vagin. Parmi les 254 cultures positives disponibles pour la réalisation d'un antibiogramme, 228 ont pu être jumelées à celles du LSPQ (répartition 47 % urètre, 19 % col/vagin, 18 % anus, 16 % pharynx). Toutes les souches étaient sensibles à la céfixime et à la ceftriaxone; 21 % présentaient une résistance à l'azithromycine et 52 % à la ciprofloxacine. Ces proportions de résistances étaient plus marquées pour les prélèvements anaux et urétraux, et plus concentrées parmi les épisodes détectés à Montréal (aucune résistance à l'azithromycine sur les 30 cultures positives du Nunavik).

Environ 83 % des traitements prescrits correspondaient aux traitements recommandés en première intention (ceftriaxone ou céfixime en combinaison avec l'azithromycine, respectivement 61 % et 23 %).

Un test de contrôle a été réalisé pour 58 % des épisodes : 25 se sont avérés positifs, et 16 évaluations d'échec de traitement ont été complétées. Parmi ces épisodes, 5 ont été classés comme échec de traitement probable dont 3 cas au pharynx. Tous ont reçu un traitement recommandé à l'exception d'un cas ayant reçu ceftriaxone seule.

Conclusion et recommandations

La proportion de retour pour test de contrôle est très bonne. Des défis importants ont été rencontrés pour bien documenter les échecs au traitement. Une proportion élevée des échecs thérapeutiques concerne des cas pharyngés (3/5) et aucun patron particulier n'est observé quant à la présence de résistance.

Le nombre total d'épisodes enregistrés est plus faible qu'attendu (12 % des cas provinciaux déclarés; n = 4774 en 2016). La représentativité est toutefois intéressante : 20 % des épisodes chez des hétérosexuels exclusifs, 13 % chez des femmes et 10 % au Nunavik.

29 Les médias sociaux en santé publique : regard sur l'expérience de l'Estrie

Auteurs

Justin Frederick Hall, Mélissa Généreux, Pierre David Gervais
Vanessa Beaudoin, Florence Pronovost

Contexte et objectifs

En 2014, la DSP Estrie lance une page Facebook, avec comme objectif de créer une plateforme de communication plus efficace. Bien que ces plateformes ont été démontrées efficaces en matière de santé publique dans d'autres contextes, aucune étude formelle visant à évaluer l'efficacité de cette plateforme dans le cadre spécifique de l'Estrie n'a été effectuée depuis l'inauguration.

Objectif général : Faire en sorte que le plus d'Estriens possible puissent être bien informés des enjeux relatifs à la santé publique dans leur région.

Objectifs spécifiques :

- 1) Dresser un portrait sociodémographique des usagers de la page Facebook la DSP Estrie.
- 2) Quantifier les facteurs modifiables de la plateforme ayant un impact sur la portée et l'engagement auprès des adeptes de la page et autres usagers de Facebook.
- 3) Quantifier l'impact du contenu présent sur la page Facebook sur le comportement des adeptes et autres usagers de Facebook ayant accès à cette information.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

La partie A est une étude évaluative de toutes les publications de la page Facebook de l'Équipe de santé publique de l'Estrie, du 9 mai 2014 au 20 août 2017 inclusivement. La partie B est une étude descriptive transversale dressant le portrait des perceptions et comportements des adeptes de la page et autres gens ayant vu le sondage.

Méthode et démarche

Partie A

Variables dépendantes sont: portée des publications et engagement sur les publications. Elles sont étudiées selon une multitude de variables indépendantes relatives au contenu et au contenant de la publication.

Partie B

Variables dépendantes sont : Consultation du contenu-Transmission de l'information-Impact sur les comportements-Préférence pour la lecture d'un article léger. Elles sont étudiées selon une multitude de variables indépendantes relatives aux données sociodémographiques.

Résultats et outils développés

Partie A : L'utilisation de publicité, le sujet des maladies infectieuses et le mois de décembre sont les trois facteurs qui augmentent le plus la portée et l'engagement d'une publication. L'incitation au commentaire, l'utilisation de majuscules et l'heure de publication entre 12 h et 24 h, augmentent aussi la portée et l'engagement d'une publication.

Partie B : 194 répondants (78 %) ont déjà lu un article ou écouté une vidéo/chronique radio présente sur la page Facebook. 166 répondants (68 %) ont déjà transmis de l'information apprise sur la page Facebook. Puis, l'information apprise sur la page a mené à des changements des comportements chez 65 répondants (32 %). Finalement, 155 répondants (55 %) ont préféré une publication plus légère.

Dans notre population, les gens travaillant dans le milieu de la santé, les gens ayant complété un degré universitaire et les gens ayant un emploi consultent plus la page. De plus, les gens résidant dans la région du CIUSSS Estrie CHUS et ceux ayant un revenu $\geq 80\,000$ \$ modifient davantage leur comportement en lien avec l'information de la page. Également, les gens travaillant dans le domaine de l'administration et ceux ayant un revenu entre 40 000 \$ et 79 999 \$ transmettent

davantage l'information apprise sur la page. Sans pouvoir généraliser à la population, notre échantillon démontre une forte tendance en faveur des publications avec un titre-contenu plus léger.

Conclusion et recommandations

- Avoir recours à la publicité pour augmenter la portée et l'engagement des publications ayant des sujets moins populaires.
- Programmer les publications pour les mettre en ligne entre midi et minuit. Faire l'utilisation de lettres majuscules et d'incitations à commenter.
- Les publications sont davantage consultées par les gens du domaine de la santé et les gens ayant été à l'université.
- Les publications permettent de modifier le comportement davantage chez ceux ayant un revenu supérieur à 80 000 \$ et ceux habitant la région du CIUSS Estrie CHUS.
- Les gens travaillant dans le domaine de l'administration et ayant un revenu entre 40 000 \$ et 79 999 \$ transmettent davantage l'information apprise dans nos publications.

30 Les impacts du temps-écrans sur le développement langagier des enfants d'âge scolaire

Auteures

Tania Tremblay, Andréanne Gagné, Nathalie, Bigras

Contexte et objectifs

Au-delà des effets connus sur le développement physique des enfants d'âge préscolaire (1), le temps-écrans (TE) peut aussi affecter leur développement langagier (2,3). Toutefois, la problématique est peu approfondie chez les enfants d'âge scolaire malgré le fait qu'elle s'avère également pertinente. En effet, entre 6 et 11 ans, les habiletés langagières se situent dans une période charnière pour se complexifier (4) et leur développement risque d'être perturbé par les effets du TE. Cette recherche vise donc à documenter les impacts du TE sur les habiletés de langagières des enfants d'âge scolaire. Voici les objectifs précis.

- Premièrement, la recherche décrira les relations entre le TE et les habiletés langagières en contrôlant deux variables confondantes soit, le QI et le statut-socioéconomique de l'enfant (5).
- Deuxièmement, dans un contexte où certaines instances canadiennes en santé publiques recommandent de limiter le TE à 2 heures par jour (5, 6) et que la Société américaine de pédiatrie ne formule désormais aucune restriction en ce sens (7), la présente recherche s'interrogera sur la pertinence d'une telle limite. Pour ce faire, les enfants qui dépassent les 2 heures de TE par jour seront comparés à ceux qui présentent un TE inférieur.
- Troisièmement, parce que plusieurs auteurs affirment que la compréhension des effets du TE sur le développement langagier dépend des facteurs familiaux (9,10,11), la recherche explorera l'effet « médiateur » des activités de littératie familiales.

Description du projet ou de l'étude et de la population visée

Le projet s'intéresse aux impacts du TE sur les habiletés de compréhension et communicationnelles. La population visée concerne les enfants d'âge scolaire de niveau primaire du Québec.

Méthode

L'échantillon est constitué de 150 enfants âgés de 7 ans (Bigras, 2009-2011). Le TE a été estimé grâce à des questions attrayant aux temps hebdomadaires consacrés à regarder la télévision et à jouer à des jeux électroniques. Les habiletés langagières concernent la compréhension verbale et les habiletés communicationnelles, lesquelles ont été respectivement mesurées par le WISC IV (12) et le CCC-2 (13). Les activités de littératie familiales ont été évaluées via le questionnaire de Martini et Sénéchal (14). Les questions d'ordre sociodémographique ont été demandées à la mère. Le QI a été évalué par le WIPSSI-III lorsque l'enfant avait 5 ans (15). Il a été décidé d'utiliser cette mesure puisque le QI est une mesure fiable pendant deux ans.

Résultats

En général, le TE nuit significativement aux habiletés de compréhension verbale et de communication, même après avoir contrôlé le QI et le revenu familial. Plus précisément les résultats démontrent que :

- Plus le TE augmente, plus faible est la compréhension verbale ($r = -,184^{**}$) et plus élevées sont les difficultés communicationnelles ($r = ,191^*$).
- Les enfants qui dépassent les 2 heures par jour de TE sont les plus affectés car ils ont significativement plus de difficultés communicationnelles (43,93 versus 33,71; $p = 0,034$) et présentent une plus faible compréhension verbale (99,62 versus 108,01; $p = 0,078$).
- La fréquence des activités de littératie réalisées avec les parents atténue partiellement les conséquences délétères du TE sur les habiletés communicationnelles (médiation significative; effet indirect 0,0010; bootstrap [0,0001, 0,0029]).

Conclusions et recommandations

Le TE nuit au développement langagier des enfants d'âge scolaire et la recommandation d'une limite du TE à 2 heures par jour apparaît bénéfique. La réalisation d'activités familiales de littératie s'avère en outre une stratégie permettant de diminuer les risques du TE. Comme pour la population préscolaire, la réduction du TE et l'atténuation des risques (16) devraient être largement encouragées chez les enfants d'âge scolaire. Il serait alors pertinent que la promotion mette de l'avant non seulement les bienfaits physiques, mais également les bénéfices sur le plan langagier.

Références

- 1 Duch, H., Fisher, E. M., Ensari, I., & Harrington, A. (2013). Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 10(1), 102.
- 2 Chistakis, D.A. (2009). The effects of infant media usage: what do we know and what should we learn? *Acta Paediatrica*, 98, 8-16.
- 3 Harlé, B., & Desmurget, M. (2012). Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant Effects on children's cognitive development of chronic exposure to screens. *Archives de pédiatrie*, 19, 772-776.
- 4 Colletta, J. M. (2004). *Le développement de la parole chez l'enfant âgé de 6 à 11 ans : corps, langage et cognition* (Vol. 254). Editions Mardaga.
- 5 Ennemoser, M., & Schneider, W. (2007). Relations of television viewing and reading: Findings from a 4-year longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 349.
- 6 Shifrin, D., Brown, A., Hill, D., Jana, L., & Flinn, S. K. (2015). Growing Up Digital: Media Research Symposium.
- 7 Lipnowski, S., et C. M. Leblanc (avril 2012). Healthy active living : Physical activity guidelines for children and adolescents. *Paediatrics & child health*, vol. 17, n° 4, p. 209-212.
- 8 Société canadienne de physiologie de l'exercice (2016). Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures. Repéré à <http://www.csep.ca/fr/directives/directives-canadiennes-en-matiere-de-mouvement-sur-24-heures>.
- 9 Courage, M. L., & Howe, M. L. (2010). To watch or not to watch: Infants and toddlers in a brave new electronic world. *Developmental Review*, 30(2), 101-115.
- 10 Froiland, J. M., & Davison, M. L. (2016). Home literacy, television viewing, fidgeting and ADHD in young children. *Educational Psychology*, 36(8), 1337-1353.
- 11 Duursma, E., Meijer, A., & De Bot, K. (2017). The Impact of Home Literacy and Family Factors on Screen Media Use among Dutch Preteens. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 612-622.
- 12 Wechsler, D. (2005). WISC-IV Australian Administration and Scoring Manual. Marrickville, New South Wales: Harcourt Assessment.
- 13 Bishop, D.V.M. (2003). *The Children's Communication Checklist* (2nd ed.). Londres, UK : Psychological Corporation.
- 14 Martini, F., & Sénéchal, M. (2012). Learning Literacy Skills at Home: Parent Teaching, Expectations and Child Interest. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 44, 210-221.
- 15 Wechsler, D. (2002). WPPSI-III technical and interpretive manual. The Psychological Corporation.
- 16 Institut national de santé publique du Québec (2016). Le temps d'écran, une autre habitude de vie associée à la santé, 12, 1-7.

31 Pour réduire les inégalités sociales liées à la carie : des scellants dentaires dans les écoles

Auteurs

Chantal Galarneau, Sophie Arpin, Véronique Boiteau
Marc-André Dubé, Denis Hamel

Contexte et objectifs

En 2012-2013, l'Institut national de santé publique du Québec a réalisé l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire (ÉCSBQ 2012-2013). Un des principaux constats est la hausse considérable de la proportion des élèves de 6^e année du primaire ayant au moins une molaire permanente scellée. Cette augmentation est particulièrement encourageante puisque l'utilisation de scellants dentaires chez les enfants et les adolescents peut réduire d'environ 60 % l'apparition de lésions carieuses. L'ÉCSBQ révèle aussi que les élèves avantagés sur le plan socioéconomique ont davantage eu recours à cette mesure préventive. Ceci peut être expliqué par le fait qu'une grande part des scellants est appliquée dans les cliniques dentaires privées, à la charge des parents. Certains scellants sont aussi offerts gratuitement dans le cadre des activités de santé dentaire publique dans les écoles du Québec aux élèves ayant un risque de développer la carie sur leurs molaires. Toutefois, l'implantation de cette mesure préventive dans le secteur public est variable selon les régions.

Ce projet consiste en une analyse secondaire des données de l'ÉCSBQ 2012-2013. L'objectif principal est de dresser le portrait des inégalités sociales en lien avec la carie chez les élèves de 6^e année selon le niveau d'implantation de la pose de scellants en milieu scolaire.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

L'ÉCSBQ 2012-2013 est une étude de surveillance qui visait une représentativité nationale. La population ciblée regroupait l'ensemble des élèves de 2^e et de 6^e années du primaire inscrits dans les écoles publiques et privées, francophones et anglophones. Pour ce projet, seules les données des élèves de 6^e année ont été analysées. Entre novembre 2012 et juin 2013, 16 dentistes ayant reçu une formation afin d'uniformiser leur jugement clinique ont examiné les dents de 4 117 élèves de 6^e année dans leur école primaire, et ce, dans 10 régions sociosanitaires du Québec. Les trois degrés d'échantillonnage, la région, l'école et l'élève ont tous fait l'objet d'une sélection aléatoire. L'International Caries Detection and Assessment System II a été utilisé pour mesurer la carie, les obturations et les scellants dentaires. Le taux de participation a atteint près de 60 %, ce qui est jugé satisfaisant. Les résultats présentés ont été pondérés.

Méthode et démarche

Pour évaluer la présence d'inégalités sociales liées à la carie, des analyses descriptives des données nationales et régionales de l'ÉCSBQ 2012-2013 ont été réalisées afin de mettre en relation l'indice de défavorisation matérielle et sociale et la carie dentaire selon le niveau d'implantation de la pose de scellants en milieu scolaire pour les élèves ayant au moins une première molaire permanente scellée. Des comparaisons avec les résultats de la précédente étude de 1996-1997 ont également été effectuées selon la scolarité des parents.

Résultats et outils développés

Au Québec, on observe approximativement 2 fois plus d'élèves de 6^e année avec au moins une molaire permanente scellée en 2012-2013 comparativement à 1996-1997, et ce peu importe la scolarité des parents (41 % c. 19 % pour les élèves ayant des parents peu scolarisés et 60 % c. 33 % pour ceux ayant des parents scolarisés). De plus, un fait intéressant se dégage de l'étude 2012-2013 : rien n'indique qu'il existe des inégalités sociales liées à la carie selon la défavorisation matérielle et sociale pour les régions avec des niveaux d'implantation moyen ou élevé de scellants appliqués en milieu scolaire tandis qu'elles sont présentes pour les régions avec un niveau d'implantation faible.

Conclusion et recommandations

Les scellants dentaires sont une excellente mesure préventive de la carie qui est maintenant bien utilisée au Québec. Dans une perspective de santé publique, il est pertinent de poursuivre et de consolider cette activité en milieu scolaire afin d'y assurer l'accès aux jeunes de tous les milieux socioéconomiques, contribuant ainsi à la réduction des inégalités sociales de santé.

32 Persistance des symptômes de maladie de Lyme chez les cas déclarés entre 2012 et 2016 en Montérégie

Auteurs

Gisèle Jolicoeur, François Milord

Contexte et objectifs

La maladie de Lyme est une zoonose causée par la bactérie *Borrelia Burgdorferi* transmise par l'espèce de tique *Ixodes scapularis*. Elle est en émergence au Québec où elle a fait son apparition il y a une dizaine d'années. Les personnes symptomatiques après la piqûre infectante sont traitées par antibiothérapie et récupèrent généralement bien. Cependant, une fraction d'entre elles présente des symptômes persistants. Au Québec, l'évolution des patients atteints de maladie de Lyme est inconnue. Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la proportion de patients ayant été atteints de la maladie de Lyme entre 2012 et 2016 présentant des symptômes persistants, de décrire la nature, l'évolution et l'impact de ces symptômes et d'identifier des facteurs associés à ceux-ci.

Description de l'étude ou du projet et de la population visée

Après 3 ans d'évolution en moyenne, 23 des 42 patients rejoints (55 %) n'ont toujours pas récupéré. Cela représente 13 % de tous les cas de maladie de Lyme déclarés entre 2012 et 2016 (n = 173). Les symptômes persistants les plus fréquemment rapportés sont : fatigue (78 %), douleurs articulaires (74 %), trouble de concentration (57 %), trouble de mémoire (52 %) et maux de tête (48 %). Les facteurs présents au moment du diagnostic (âge, sexe, antécédents médicaux, présence d'une maladie de Lyme disséminée) ne semblent pas être associés à la persistance de symptômes. Par contre, certaines caractéristiques du traitement, en particulier un premier traitement retardé, montrent une plus grande fréquence chez les patients avec récupération partielle. Ces derniers ont aussi une moins bonne perception de leur état de santé, car 30 % considèrent leur santé passable ou mauvaise contre 5 % de ceux ayant complètement récupéré (p = 0,01).

Méthode et démarche

Une étude transversale a été réalisée. La nature, l'évolution et l'impact des symptômes ont été mesurés à l'aide d'un questionnaire téléphonique. Ce questionnaire comprenait près de 80 variables divisées en plusieurs catégories : caractéristiques du cas, description de l'épisode initial, évolution de la maladie selon la perspective du patient, suivi et impact des symptômes. Les 20 symptômes du questionnaire étaient regroupés en 6 catégories : symptômes généraux, cutanés, neurologiques, cardiaques, musculo-squelettiques et symptômes d'anxiété ou de dépression. Les patients étaient libres de participer à l'étude et les données recueillies ont été dénominalisées pour les analyses.

Résultats et outils développés

Les personnes vivant en Montérégie, atteints de la maladie de Lyme entre 2012 et 2016 et n'ayant pas récupéré lors de l'enquête initiale de santé publique sont visées par l'étude. Cela représente 45 personnes sur un total de 173 cas déclarés pendant cette période.

Conclusion et recommandations

Les résultats obtenus permettent d'évaluer la proportion de patients ayant une récupération partielle, de décrire leurs symptômes et d'identifier certains facteurs qui seraient en lien avec ceux-ci. Les constats observés correspondent à ce qui est décrit dans la littérature. D'autres études effectuées sur un plus grand échantillon sont nécessaires afin de mieux comprendre l'évolution de cette maladie et d'établir des liens plus solides avec les facteurs associés.

Une meilleure connaissance de la maladie de Lyme et de ses différentes présentations cliniques pourrait permettre de poser un diagnostic avec plus de certitude et de débiter un traitement plus rapidement. À ce sujet, la phase disséminée de la maladie pose un défi diagnostique particulier. Finalement, les patients recevant un traitement pour la maladie de Lyme devraient être suivis afin de s'assurer de la disparition complète des symptômes et d'effectuer une prise en charge appropriée.



Catégorie Pratiques inspirantes

33 Sensibilisation des voyageurs visitant famille et amis (VFA) : un défi pour les professionnels de la santé!

Auteurs

Yen-Giang Bui

Camille Lamoureux-Bisson, Catherine Lavigne, Jérôme Payeur-Lafond, Megan-Marie Sheppard, Charles Asselin, Roselyne Choinière, Francis Dupont, Guillaume Grenier, Julie Couture, François Milord

Contexte et description du projet

Les voyageurs visitant famille et amis (VFA) sont des Néo-Canadiens et des immigrants vivant au Canada qui retournent dans leur pays d'origine, souvent un pays moins développé, afin de visiter leur famille ou leurs amis. De par leurs caractéristiques, les VFA et surtout leurs enfants sont à risque de maladies infectieuses et d'autres problèmes de santé liés aux voyages. En revanche, des barrières financières, linguistiques ou organisationnelles entraînent un faible taux de consultation en santé-voyage.

L'augmentation du risque chez les VFA est attribuable à une mauvaise perception de ce risque, aux fausses croyances par rapport à l'immunité naturelle et acquise, aux départs précipités, à l'utilisation de médicaments achetés à l'étranger et à la méconnaissance des mesures préventives recommandées. Ces facteurs pourraient être abordés lors de la consultation d'un professionnel de la santé et conduire à une référence en santé-voyage.

En l'absence d'outils de sensibilisation, les objectifs du projet étaient de

- Revoir la littérature sur les approches ciblant les VFA;
- Développer des outils en tenant compte des barrières de langue, du niveau de littératie et du contexte d'utilisation;
- Valider les outils (affiche, dépliant et signet) et les diffuser auprès de professionnels de la santé et d'intervenants communautaires.

Résultats et connaissances nouvelles

Entre octobre 2016 et mai 2017, une affiche et un dépliant ont été développés par des étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke, puis bonifiés par une agente de communication et une graphiste du CISSS Montérégie-Centre. Un signet a aussi été produit. Tous ces outils ouvrent l'accès à une page web contenant un ensemble d'informations pratiques pour la clientèle VFA : www.voyageensante.ca

La validation des outils a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne et d'entrevues téléphoniques. Des utilisateurs potentiels ont été ciblés, soit des pharmaciens, des infirmières vaccinatrices d'enfants de 0-5 ans, des infirmières en santé-voyage ainsi que des intervenants œuvrant auprès de la clientèle immigrante. L'information sélectionnée ainsi que le format des outils étaient appréciés. L'accueil était moins favorable pour le signet dont on questionnait l'utilité. Globalement, 87 % des professionnels consultés exposeraient l'affiche et 98 % d'entre eux utiliseraient le dépliant dans leur milieu. Considérant les commentaires reçus, un guide a été développé pour optimiser l'utilisation des outils suggérant, entre autres, la pose des affiches dans les salles d'attente des cliniques, la distribution du dépliant lors de visites postnatales auprès de la clientèle immigrante et l'insertion du signet dans le carnet de vaccination des enfants.

À partir de juin 2017, les outils ont été distribués auprès des pharmacies et des cliniques santé-voyage de la Montérégie. Ils ont également été présentés lors de trois journées thématiques sur les meilleures pratiques en vaccination tenues en juin et septembre 2017 dans la région.

Leçons apprises et conclusions

Ces outils de sensibilisation ne doivent pas être vus isolément. Ils font partie d'une démarche intégrée destinée à informer les VFA sur les risques et les mesures préventives recommandées lors de voyage dans

leur pays d'origine. Plusieurs autres partenaires, incluant les organismes communautaires qui accueillent les immigrants, devraient participer à la démarche.

En conclusion, le projet démontre l'intérêt marqué des professionnels de la santé qui ont une clientèle VFA de participer aux efforts de sensibilisation à leur égard. Le contenu des outils aide le professionnel à cibler les principales barrières à l'utilisation des services préventifs par les VFA. Il serait utile de faire une évaluation post-distribution afin d'objectiver l'impact réel des outils sur les pratiques des professionnels et sur la clientèle ciblée.

34 Dépistage de tuberculose par unité de radiologie mobile chez une population vulnérable de Montréal

Auteurs

Jessika Huard

Maria Munoz-Bertrand, Joséphine Aho
Jean-François Boivin, Anna Urbanek, Noémie Savard

Contexte et description du projet

Une éclosion de tuberculose pulmonaire évolue à bas bruit dans les régions de Montréal, Montérégie et Laval depuis avril 2003. En date du 17 mars 2017, 38 cas ont été déclarés ayant la même souche identifiée par génotypage MIRU-VNTR. Trente-trois de ces cas partagent un ou plusieurs facteurs de risque : alcoolisme, toxicomanie, fréquentation de piaules (crack-house), prostitution, itinérance, criminalisation, incarcération, infection par le VIH et/ou par le VHC.

Les activités traditionnelles de prévention de la transmission de la tuberculose, tels la recherche et le dépistage de contacts, ont une efficacité limitée auprès de cette population. Les expériences menées ailleurs démontrent l'importance d'une intervention de proximité holistique tenant compte des besoins de base en matière de soins de santé.

À cet effet, la Direction régionale de santé publique — CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (DRSP de Montréal) a coordonné une intervention de recherche active de cas de tuberculose par radiographie pulmonaire. La clientèle visée présentait de multiples facteurs de risques et avait fréquenté des piaules (crack house) où des cas de tuberculose active avaient été déclarés. L'intervention s'est déroulée dans le quartier même où vivent ces personnes, grâce à l'unité mobile de radiologie de l'INSPQ. Elle s'est déroulée sur 2 jours et s'est faite dans le cadre d'une offre globale de soins de santé et de services sociaux autour de l'objectif principal d'identifier des cas de tuberculose active.

La planification et la mise en œuvre se sont faites en partenariat avec les organismes communautaires concernés et les différentes institutions impliquées, l'INSPQ et le CIUSSS, permettant l'accès à la population cible.

Résultats et connaissances nouvelles

Trente-sept personnes ont participé à l'intervention dont 20 femmes (54 %) et 17 hommes (46 %). L'âge des participants s'étendait de 25 à 73 ans avec une moyenne de 46 ans. Tous les participants présentaient au moins un des facteurs de risque ciblés et plusieurs avaient fréquenté les mêmes piaules que des cas de tuberculose connus.

Vingt-huit participants (73 %) rapportaient au moins un symptôme compatible avec la tuberculose, et 19 (51 %) en présentaient au moins deux. Les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient la toux (23) et la perte de poids (19).

Des signes radiologiques compatibles avec une tuberculose active ont été identifiés chez un participant. Cette personne était déjà sous investigation clinique et les examens subséquents n'ont pas confirmé de tuberculose active. L'intervention a tout de même permis de faire un accompagnement pour éviter le risque de perte au suivi. Des stigmates de tuberculose latente ont été identifiés chez deux participants à qui un suivi médical a été recommandé. D'autres anomalies de gravité variable non liées à la tuberculose ont été identifiées et des mesures ont été prises pour assurer le suivi.

Très peu de réticence a été ressentie de la part des participants. Hormis le temps d'attente parfois de quelques minutes, les participants et les organismes communautaires n'ont relaté aucune plainte.

Leçons apprises et conclusions

Cette opération a permis d'intégrer des interventions infirmières et psychosociales chez une population vulnérable et peu rejointe par les approches traditionnelles du système de santé. Elle a démontré qu'une

intervention de recherche active de cas de tuberculose par radiographie pulmonaire mobile est faisable est acceptable pour les populations cibles et les intervenants. De plus, elle rejoint des personnes à risque de développer une tuberculose. L'intervention a aussi contribué à sensibiliser la population cible sur la tuberculose, à déployer des corridors de services et à développer une collaboration et un lien de confiance entre la DRSP de Montréal, les organismes communautaires et la population cible. Suite à cette expérience positive, l'intervention sera répétée deux fois par année pour deux ans. Les résultats cumulés permettront d'évaluer l'efficacité de l'intervention pour la détection de cas de tuberculose active.

35 Lutte contre l'antibiorésistance : nouveaux guides d'usage optimal sur le traitement de la cellulite infectieuse

Auteurs

Frédéric St-Pierre

Stéphane Gilbert, Fatiha Karam, Mélanie Tardif et Sylvie Bouchard, en collaboration avec le comité consultatif-GUO cellulite infectieuse

Contexte et description du projet

L'augmentation des souches bactériennes résistantes aux antibiotiques est majoritairement associée à un usage disproportionné et non optimal de ces médicaments. Dans ce contexte, la mise en place d'initiatives concrètes pour promouvoir l'usage optimal des antibiotiques apparaît essentielle. L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a donc produit deux nouveaux guides d'usage optimal (GUO) sur la cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant, guides destinés aux intervenants de première ligne. L'objectif de ces GUO est d'exposer l'ensemble de l'information recueillie sur le sujet et de présenter de façon claire et concise les recommandations élaborées en vue d'une utilisation judicieuse des antibiotiques dans le contexte d'une cellulite infectieuse.

L'augmentation marquée, aux États-Unis, de l'incidence des infections cutanées causées par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C) soulève de nombreuses questions sur l'incidence québécoise des cellulites infectieuses à SARM-C et sur les critères qui permettent de les reconnaître. De plus, un grand nombre de pathologies cutanées inflammatoires présentent des signes cliniques semblables à la cellulite infectieuse, ce qui peut mener à un grand nombre de prescriptions d'antibiotiques inutiles pour des pathologies qui ne sont pas d'origine infectieuse.

Pour répondre à ces questions, une revue systématique de la littérature a été effectuée et a permis de recueillir les meilleures données scientifiques disponibles, appréciées par les auteurs des guides de pratique clinique et lignes directrices ou provenant de revues systématiques récentes portant sur la cellulite infectieuse. Ces données ont été bonifiées par des éléments de contexte législatif et organisationnel propres au Québec, des données de prévalence et de résistance des différentes souches bactériennes puis par le savoir expérimental de différents experts et cliniciens québécois qui ont collaboré aux travaux.

Résultats et connaissances nouvelles

Les GUO sur la cellulite infectieuse sont des outils qui proposent, dans un format convivial destiné à un usage terrain, une démarche diagnostique claire qui se veut un rappel des principaux éléments cliniques à considérer pour faciliter le choix de l'antibiothérapie à administrer et en favoriser l'usage optimal. La mise en valeur du diagnostic différentiel, appuyé par la présence d'outils visuels simples, devrait permettre de limiter le nombre de faux diagnostics de cellulite infectieuse et, par le fait même, la prescription inutile d'antibiotiques. De plus, la clarification des éléments associés aux agents pathogènes particuliers, dont le SARM-C, et l'intégration d'algorithmes décisionnels qui permettent de guider le choix de l'antibiothérapie appropriée en présence d'antécédents de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines devraient aussi permettre de limiter l'administration d'antibiotiques à plus large spectre aux seuls cas qui le nécessitent.

Leçons apprises et conclusions

La lutte contre l'antibiorésistance est une des cibles bien définies du plan d'actions ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au Québec élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La réalisation de novo des GUO sur la cellulite infectieuse s'inscrit dans le grand chantier de pertinence clinique du MSSS et devrait permettre d'améliorer la prise en charge de cette pathologie, de favoriser un usage optimal des antibiotiques et, ainsi, de limiter la résistance bactérienne.

36 Stratégie participative en transfert des connaissances : l'exemple des journées de formation sur le cytomégalovirus

Auteurs

Louise Pouliot

Lise Goulet., Marie-Pascale Sassine, Stéphane Caron,
Danièle Donaldson, Mylène Trottier, Agathe Croteau

Contexte et description du projet

À l'ère de l'optimisation des ressources disponibles en santé publique, le réseau se doit de faire preuve d'innovation en matière de façons de faire et notamment dans le domaine des mécanismes de transfert des connaissances employés.

Le Groupe scientifique maternité et travail de l'INSPQ proposait, les 12 et 13 octobre 2017, aux médecins désignés au programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD) une expérience novatrice en matière de transfert des connaissances. Cette expérience en transfert des connaissances a mis en contact, via des conférences, des périodes de questions, des ateliers de réflexion et des exercices de délibération, des chercheurs, des spécialistes et des médecins désignés concernés par l'infection à cytomégalovirus chez la travailleuse enceinte œuvrant en service de garde à la petite enfance. Le parapluie de stratégies formatives et participatives utilisées lors de ces journées de formation visait la capitalisation, en un même lieu et moment, des savoirs scientifiques, professionnels et d'expertise pour arriver à des recommandations pour la pratique professionnelle dans le cadre du PMSD. L'hypothèse de travail du comité scientifique derrière le recours à de telles stratégies était qu'un échange bidirectionnel entre les personnes ressources et les médecins désignés serait favorable au partage de leurs réflexions et au questionnement sur les manières dont leurs pratiques puissent répondre davantage aux besoins des travailleuses enceintes ou qui allaitent.

Résultats et connaissances nouvelles

Méthode

Étant à l'étape d'une expérience pilote, la stratégie participative de transfert des connaissances a fait l'objet d'une évaluation de son processus. L'évaluation s'est appuyée sur l'approche de la triangulation des perspectives et des méthodes de recueil des données. Ainsi, afin d'obtenir différentes perspectives, nous avons interrogé les membres du comité scientifique, les conférenciers, et les participants sur différents indicateurs portant sur l'« efficacité » de la stratégie déployée. Toujours selon cette approche, divers moyens ou méthodes ont été employés pour recueillir les observations. La cueillette des observations a procédé par des entretiens de groupes, des entretiens en individuel et un questionnaire en ligne. Quatorze indicateurs d'« efficacité du processus » ont été retenus pour les fins de l'évaluation : 1) transparence; 2) utilité des informations pour la pratique; 3) crédibilité des informations ; 4) représentativité; 5) indépendance; 6) implication; 7) influence, 8) définition de la tâche, 9) accessibilité des ressources/information; 10) processus structuré; 11) rapport coût-efficacité; 12) pertinence des informations pour le problème à résoudre; 13) convivialité des supports; et 14) niveau d'accommodation langagière des communications.

Leçons apprises et conclusions

Résultats

En alliant les meilleures pratiques en matière de processus participatif à la décision à ceux des déterminants clés dans les stratégies de transfert des connaissances efficaces, il est anticipé que cette expérience s'avèrera prometteuse sous plusieurs chefs. Un sommaire des résultats préliminaires observés sur les indicateurs principaux du processus sera offert.

Conclusion

Les observations tirées de cette stratégie participative de transfert de connaissances seront traduites dans un guide d'animation afin de faire bénéficier le réseau de la santé publique en santé au travail de cette innovation.

37 Quand la recherche s'allie à l'expertise terrain : Programme Empreinte — Agir ensemble contre les agressions à caractère sexuel

Auteurs

Manon Bergeron
Martine Hébert, Laurie Fradette-Drouin

Contexte et description du projet

La violence sexuelle est une problématique sociale d'importance au Québec. En effet, près d'une femme sur quatre et un homme sur dix rapportent avoir été victime d'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Tourigny *et al.*, 2008). Au Québec, différentes interventions préventives existent pour prévenir la violence sexuelle auprès des jeunes. Ces interventions demeurent toutefois des initiatives individuelles qui n'ont pas été évaluées. De ce constat, un besoin de concertation quant aux activités de prévention des agressions à caractère sexuel offertes par les CALACS a émergé. C'est dans ce contexte que le projet de conception d'un programme commun de prévention des agressions à caractère sexuel basé sur les besoins des jeunes a vu le jour.

Le programme Empreinte a été conçu dans le cadre d'un projet de recherche financé par le MEES et par CFC. Ce projet avait pour objectifs de 1) concevoir un programme commun de prévention des agressions à caractère sexuel pour les milieux scolaires selon une approche écosystémique et féministe et 2) de créer des partenariats à long terme avec les milieux scolaires pour consolider les efforts de prévention de la violence sexuelle. Deux chercheuses spécialisées dans le domaine de la violence sexuelle, Manon Bergeron et Martine Hébert, du département de sexologie, UQAM ainsi que le RQCALACS (regroupement de 26 CALACS) ont allié leur expertise pour développer ce programme.

Résultats et connaissances nouvelles

Le programme Empreinte, dont la raison d'être est de diminuer la tolérance sociale vis-à-vis les violences sexuelles, est composé de trois volets décrits ci-après; un premier s'adressant aux jeunes des écoles secondaires, un second destiné à leurs parents et un troisième visant le personnel scolaire. Sa conception tient compte des conditions d'efficacité reconnues dans le domaine; celles liées au programme (approche écosystémique, variété de stratégies, degré d'exposition/d'intensité, assises théoriques), celles liées à la sensibilité de la clientèle (moment de l'offre du programme, pertinence sociale/culturelle) ainsi que celles liées à l'implantation et l'évaluation (former le personnel, évaluer les effets).

Le volet Jeunes est composé de six ateliers animés durant les heures de classe par une intervenante formée du CALACS de la région. Les objectifs de ces ateliers sont harmonisés avec les apprentissages essentiels en éducation à la sexualité du MEES et s'arriment avec l'approche École en santé.

Le volet Parents a pour objectifs de sensibiliser les parents à la problématique des agressions à caractère sexuel et de les outiller pour une meilleure communication avec leur adolescent.e en matière de prévention de la violence sexuelle. Pour ce faire, six courtes capsules vidéo ont été réalisées sur les mêmes thèmes que les ateliers du volet Jeunes.

Le volet Personnel scolaire comprend une formation d'une journée destinée au personnel scolaire. Ce volet permet l'acquisition d'une compréhension globale de la violence sexuelle chez les jeunes afin que le personnel scolaire contribue à prévenir cette problématique et à intervenir adéquatement auprès de l'ensemble des élèves.

Au cours de l'année scolaire 2016-2017, un projet pilote a été mis en place afin d'expérimenter le volet Jeunes du programme pour y apporter des modifications, si nécessaire, avant son déploiement officiel en 2017-2018. Ce volet a ainsi été implanté dans six écoles de différentes régions du Québec et a rejoint 425 jeunes.

Leçons apprises et conclusions

Durant l'année 2017-2018, le programme Empreinte sera déployé dans les écoles secondaires du Québec. Au total, vingt-six CALACS offriront le programme dans une école de leur territoire respectif.

De surcroît, une évaluation des effets de chacun des trois volets du programme Empreinte sera mise sur pied durant l'année 2017-2018. De plus, une évaluation participative du partenariat sera menée durant cette même année. Celle-ci visera principalement à décrire le partenariat dans le cadre de l'implantation du programme Empreinte pour en dégager les facteurs ayant influencé favorablement ou non le partenariat. Les résultats seront disponibles en automne 2018.

38 Réduire l'usage des antipsychotiques en CHSLD : la perspective des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires

Auteurs

Mickaël Audette

Julien Descoteaux, Élisabeth Gagnon, Laurent Olivier, Mathieu Roy, Véronique Déry

Contexte et description du projet

Les troubles neurocognitifs majeurs (autrefois nommés démence) sont en émergence. Au Québec, près de 80 % des aînés en CHSLD présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Les données probantes et les lignes directrices sont claires : les SCPD ne doivent pas être traités en 1^{re} intention par des antipsychotiques (AP), mais par des stratégies de communication de base (SCB) et des interventions non pharmacologiques (INP). L'AP est indiqué si l'aîné est en psychose, des comportements menaçants pour lui-même ou autrui sont notés ou si les INP sont insuffisantes (auquel cas la prescription d'AP doit être de durée limitée). Or, les données québécoises disponibles font état de taux d'usage d'AP en CHSLD variant entre 40 et 60 %.

Pour réduire l'usage d'AP en CHSLD, une initiative panquébécoise de déprescription sera implantée à l'automne 2017. Cette initiative est basée sur un projet collaboratif de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) et un partenariat entre l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec, le MSSS et l'INESSS. L'initiative souhaite améliorer la qualité et des soins pour les résidents, leur famille et le personnel. Elle cible le renforcement des capacités de conception, mise en œuvre, maintien et diffusion d'innovations centrées sur le patient et les données factuelles. Déjà implantée dans des établissements de soins de longue durée de sept provinces et un territoire canadien, cette initiative est associée à plusieurs résultats positifs (e.g. diminution des AP, chutes, résistance aux soins, violence verbale et physique). Le projet repose sur la mobilisation et l'engagement d'une équipe multidisciplinaire. S'il existe des écrits traitant des barrières et facilitateurs à l'implantation d'une telle initiative quant aux médecins, infirmières, pharmaciens et gestionnaires, il n'existe pas, à notre connaissance, d'écrits traitant de la perception des infirmières auxiliaires (IA) et préposés aux bénéficiaires (PAB). Pourtant, il s'agit de professionnels qui passent beaucoup de temps avec nos aînés. Ils sont fondamentaux dans l'implantation de l'initiative à venir.

L'objectif de l'étude est d'explorer les barrières et facilitateurs de la déprescription d'AP et du recours aux INP en CHSLD chez les IA et PAB. Pour cela, une recherche qualitative a été entreprise. Au moyen d'entrevues individuelles, quatre PAB et quatre IA ont été rencontrés dans quatre CHSLD. Une analyse de contenu a été pratiquée sur les entrevues (i.e. double écoute des entrevues, codage ouvert, traitement et interprétation des données).

Résultats et connaissances nouvelles

Plusieurs barrières et facilitateurs sont identifiées (n = 16). Six sont communs aux IA et PAB : trois facilitateurs (i.e. perception positive du projet, n'oublions pas l'usager, bonne collaboration interprofessionnelle) et trois barrières (i.e. une impression que les AP sont nécessaires, manque de ressources, peur du changement). Deux facilitateurs (i.e. volonté de participer, support des proches et de la communauté) et quatre barrières (i.e. problématique liée à l'engagement, manque de cohésion dans l'équipe, manque de connaissance, peu de reconnaissance) sont spécifiques aux PAB tandis que deux facilitateurs (i.e. soutien au changement de pratique, bonne communication avec l'usager) et deux barrières (i.e. communication défailante, particularité de l'usager) sont spécifiques aux IA.

Leçons apprises et conclusions

L'implantation de l'initiative panquébécoise de déprescription d'AP est reçue de manière positive par les IA et PAB en CHSLD. Malgré les barrières, les facilitateurs indiquent que le projet a de grandes chances de succès. Lors de l'implantation, il sera important de positionner l'usager au centre du projet, de faire comprendre aux intervenants que les AP ne sont pas nécessaires tout le temps, qu'une déprescription ne se traduit pas par des résultats négatifs si elle est accompagnée d'une bonne SCB et d'INP adéquates et de fournir des ressources additionnelles telles que des outils de collaboration interprofessionnelle ou de la formation continue aux intervenants.

39 Orthophonie communautaire : un continuum de services sur le territoire montérégien

Auteurs

Nathalie Walter, Émilie Courteau

Contexte et description du projet

Le concept d'orthophonie communautaire est issu des travaux du Groupe de travail montérégien — Orthophonie et développement du langage (GTM-ODL), une instance régionale réunissant la majorité des tables de concertation en petite enfance de la Montérégie. Le GTM-ODL préconise que tous les enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie et leur famille reçoivent les bons services en développement de la communication et du langage, au bon moment, par les ressources appropriées dans leur communauté. Pour ce faire, il propose l'implantation d'un continuum de services en promotion, prévention et intervention, pour le développement de la communication et du langage chez les enfants d'âge préscolaire. Ce continuum nécessite l'expertise de l'orthophoniste du réseau public et l'implication des intervenants auprès des jeunes enfants et de leurs parents, comme fondements d'actions concertées. En plus de la mobilisation continue des acteurs d'un territoire déterminé, le concept requiert la réduction des barrières d'accès aux activités et aux interventions du continuum.

Très représentative de l'ensemble du Québec, la Montérégie est le territoire où est implanté et évalué le continuum de services concerté en orthophonie communautaire. La région est la seconde plus peuplée de la province, avec près de 1,4 million d'habitants. Les enfants âgés de 0 à 5 ans représentent 6,8 % de la population dans cette région administrative, proportion assez comparable à celle du Québec avec 6,4 % de la population totale. Or, la littérature scientifique estime l'incidence du trouble de la parole et du langage à 15 % des enfants âgés de 2 à 5 ans. Au Québec, selon l'Hôpital pour enfants de Montréal, les retards de langage touchent environ 13 % des enfants d'âge préscolaire; parmi eux, le quart est atteint de troubles sévères du langage et de la communication.

Résultats et connaissances nouvelles

Le continuum de services concerté en orthophonie communautaire est actuellement expérimenté sur chacun des territoires de CISSS en Montérégie (Est, Centre et Ouest), sous la forme d'un projet-vitrine piloté par trois tables de concertation appuyée par leurs partenaires. Le projet a pour objectif de documenter les conditions d'implantation de l'orthophonie communautaire. Il permettra également d'identifier les conditions gagnantes pour l'amélioration de l'accès aux services en développement du langage et en orthophonie dans le réseau public, pour les enfants d'âge préscolaire.

Le continuum de services concerté en orthophonie communautaire comporte quatre types d'intervention : (1) promotion, (2) prévention, (3) évaluation et intervention, (4) référence vers des services spécialisés en réadaptation. Pour chacun de ces types d'intervention, et avec la collaboration étroite d'une orthophoniste, différentes mesures sont proposées pour assurer la fluidité de services pour les enfants et leurs parents. Ces mesures se déclinent sous la forme de dix activités essentielles et d'une série d'activités complémentaires, pour promouvoir et faciliter le développement du langage chez les tout-petits. À titre d'exemple, les dyades parent-enfant sont un pivot dans les activités de stimulation de la communication et du langage, car elles peuvent servir de précurseurs à la communication, de soutien au développement du langage et de prétexte à l'éveil à la lecture.

Leçons apprises et conclusions

L'existence d'une communauté d'entraide centrée sur l'enfant et sa famille, appuyée par les principes transversaux que sont la mobilisation du milieu et l'universalisme proportionné, permet d'adapter le continuum aux besoins exprimés et aux ressources disponibles. Les projets-vitrines identifiés dans ce projet sont sous la responsabilité de trois tables de concertation qui ont à cœur de contribuer à ce que les bons services soient offerts dans les meilleures conditions et les meilleurs délais aux personnes qui en ont besoin, pour un développement optimal de la communication et du langage.

40 Concentration des services de santé dentaire préventive en milieu scolaire : projet clé en main

Auteurs

Stacey Amar, Ilitea Kina et François Kirouac

Sous la supervision de Julie Trépanier, Yolaine Noël et Julie Dufort

Contexte et description du projet

MISE EN CONTEXTE : En Montérégie comme au Québec, les enfants des écoles primaires se voient offrir des services de santé dentaire préventifs (conseils et prévention primaire, application de fluorure, application de scellants dentaires). Toutefois, dans un contexte d'accès limité à des locaux scolaires et d'ajout de contraintes administratives sans augmentation concomitante des ressources, l'offre de service et l'atteinte des cibles rehaussées du PNSP sont de plus en plus difficiles à réaliser. En réponse à ces difficultés, des régions ont combiné leurs services dans un nombre restreint de visites par école, qui en contrepartie sont de plus longue durée. Cette concentration des services, ici appelée projet clé en main (PCM), pourrait permettre des gains d'efficacité. Le comité d'optimisation des services dentaires préventifs de la Montérégie a souhaité documenter les PCM afin de déterminer s'il en fait la promotion.

BUTS : Décrire les PCM et explorer les possibilités d'application dans les milieux scolaires de la Montérégie.

MÉTHODOLOGIE : Étude qualitative à partir d'entrevues semi-dirigées effectuées auprès de 7 hygiénistes dentaires (HD) et 1 dentiste-conseil (DC) provenant des CISSS de 3 régions du Québec. Guide d'entrevue prétesté et standardisation des intervieweurs. Collecte de données du 1er au 3 mai 2017. Analyse par consensus et codification avec accord interjuge.

Résultats et connaissances nouvelles

Les participants avaient entre 1,5 et 35 années d'expérience en milieu scolaire. Tous rapportent une augmentation du nombre d'enfants vus en lien avec le PCM. Les gains en efficacité et l'augmentation du nombre de services rendus ont notamment découlé d'une meilleure planification des visites, d'une réduction des annulations par le milieu scolaire, d'une diminution du temps alloué à l'installation-désinstallation du matériel et d'un retour plus important des formulaires de consentements. Une réduction substantielle des coûts liés au transport est également soulignée.

Les HD rapportent une satisfaction supérieure, car elles ont un meilleur contact avec les enfants et l'équipe de l'école et parce que le travail d'équipe facilite leur tâche. Toutes les répondantes recommandent le projet clé en main.

DISCUSSION : Les forces de l'étude comprennent une bonne saturation des données pour la majorité des aspects questionnés. La transférabilité est grande et les résultats pourraient être applicables à plusieurs régions du Québec. La crédibilité de l'étude est assurée notamment par l'utilisation d'un guide d'entrevue semi-dirigée prétesté, une standardisation des chercheurs et une triangulation des sources. L'étude répond à un besoin identifié par le Comité d'optimisation des services dentaires préventifs de la Montérégie.

Leçons apprises et conclusions

RECOMMANDATIONS

Au Comité d'optimisation des services dentaires préventifs de la Montérégie :

1. Promouvoir l'implantation de l'approche de type clé en main en Montérégie, en travaillant l'acceptabilité auprès des HD et en commençant par celles qui sont motivées à le faire;
2. Développer un outil de sensibilisation des directions scolaires pour faciliter la collaboration;

3. Développer des gabarits : a) de courriels à envoyer aux directions scolaires, b) de messages à envoyer aux parents, c) de planificateurs ou d'agenda permettant d'organiser les activités dans une école au préalable et faciliter l'application du projet.

Aux CISSS et HD :

1. Mettre en place les conditions organisationnelles permettant la planification du PCM;
2. Lors de l'implantation du projet, débiter avec quelques écoles;
3. Conclure des ententes formelles entre le CISSS et les commissions scolaires;
4. Évaluer l'impact du PCM après 1-2 ans d'application au niveau du nombre d'enfants vus, des coûts associés aux services préventifs et de la satisfaction des participants. Réajuster en fonction des constats;
5. Réinvestir les sommes économisées dans les services de santé dentaires préventifs.

41 Une démarche de planification populationnelle concrète et réussie : exemple de la MRC de Coaticook

Auteurs

Marie Champagne

Donald Massicotte, Irma Clapperton, Natalie Stronach, Catherine Noreau

Contexte et description du projet

Pour améliorer collectivement la santé et le bien-être de leur communauté, les acteurs de la MRC de Coaticook se sont dotés, depuis 2013, d'un modèle intégré de concertation et de gouvernance partagée. Pour planifier et adapter les actions autour des besoins de santé et de bien-être jugés prioritaires pour la population, la démarche s'est fondée sur la responsabilité populationnelle, le développement des communautés, la participation citoyenne et l'action intersectorielle.

Planifier une offre de services adaptée aux besoins exprimés et non exprimés de la communauté a nécessité l'intégration de pratiques basées sur le parcours de vie des personnes, des environnements et d'accompagnement au changement. Cette dernière a conjugué un volet où des connaissances coproduites (données probantes et expérientielles) ont été adaptées et partagées pour en favoriser l'appropriation et l'utilisation et un processus soutenu d'animation du changement.

Basée sur le modèle de la planification populationnelle, l'actualisation de l'offre de service s'est concrétisée autour de 5 étapes : préparer la démarche, établir le diagnostic populationnel, prioriser les besoins, élaborer l'offre de service et mesurer la performance populationnelle. Pour chaque étape, des outils d'animation et de vulgarisation des concepts, des données et des résultats ont été développés par une équipe interdisciplinaire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Résultats et connaissances nouvelles

Plus de 100 personnes ont participé à la démarche. Sous la gouverne des décideurs de la table de gouvernance, les participants étaient répartis en trois tables intersectorielles visant les sous-groupes populationnels suivants : enfants et jeunes (0 à 17 ans), les adultes (18-64 ans) et les aînés (65 ans et plus),

La phase de préparation a permis de partager la vision et de développer un langage commun par des activités de sensibilisation sur des concepts de planification populationnelle, du développement des communautés, de l'action intersectorielle et à exposer des données probantes sur l'importance d'un impact populationnel pour améliorer collectivement la santé et le bien-être de la communauté

La phase de diagnostic populationnel a ressorti les besoins qualitatifs et les a comparés aux besoins quantitatifs de santé et de bien-être afin de les prioriser pour chaque table.

Les priorités retenues portent sur le développement global des enfants 0-5 ans, la réussite éducative et le soutien aux parents à cet égard (table 0-17 ans); le maintien ou amélioration de la santé mentale avec une meilleure utilisation des services et la détresse psychologique chez les agriculteurs (table 18-64 ans), l'offre de logements abordables et le soutien au rôle d'aidants naturels (table 65 ans et plus).

Ces thèmes ont été traduits en actions en se basant sur les prémisses d'un modèle de performance visant l'amélioration continue des pratiques professionnelles et organisationnelles. Il en résulte trois plans concertés pour 2016-2021.

Leçons apprises et conclusions

La planification populationnelle est un puissant outil stratégique de mobilisation, d'appropriation et de convergence pour agir en intersectorialité. Actualisée dans un environnement complexe et bien que des obstacles tels que le temps requis, le langage parfois inadapté et la lourdeur aient été identifiés, la valeur ajoutée se trouve dans sa capacité de rallier les efforts collectifs sur les déterminants de la santé et sur

l'expérience de soins. L'accompagnement par un enseignement vulgarisé des concepts et le développement d'outils, sans moyen financier additionnel, en font une approche réalisable. Avoir l'appui de la haute direction et une vision sont essentiels. La rigueur, l'adaptation et le processus décisionnel ont insufflé un mouvement d'apprentissage et de collaboration. Des actions innovantes ont été produites pour la communauté. Ce projet sert d'exemple pour viser une meilleure intégration des stratégies de responsabilité populationnelle et du développement des communautés. Ces avancés sont prometteuses pour développer une offre de services concrète et pour enrichir le rôle des organisateurs communautaires.

42 Continuum intégré de formations en intervention interculturelle

Auteurs

Lucille Langlois

Stéphanie Arsenault, Lucienne Martins-Borges,
Jean-Bernard Pocreau, Paméla Farman, Annabelle Cloutier, Yvan Leanza

Contexte et description du projet

Dans la Capitale-Nationale, depuis maintenant quelques années, les partenaires du réseau territorial de services et de ses réseaux locaux (RTS-RLS) ont établi un dialogue entre eux pour partager une volonté commune de soutenir, en proximité des expériences de vie, l'accueil et l'intégration des réfugiés arrivant des différents coins du monde. L'arrivée des réfugiés lance ainsi le défi aux intervenants intersectoriels de développer une pratique intégrée, accessible, de qualité et sécuritaire pour les personnes, les familles et les communautés culturelles. Les partenaires se sont engagés ensemble à mettre en place les conditions favorables dans les sphères de l'intervention clinique et communautaire ainsi que dans celle du développement des communautés. Le but de la démarche est celui de soutenir les personnes et les familles réfugiées dans leur intégration, leur inclusion et leur accès à une qualité de vie. Les partenaires du réseau territorial de services (RTS-RLS) et des communautés locales se préoccupent ensemble d'offrir aux personnes et aux familles qui s'établissent sur le territoire de la Capitale-Nationale l'égalité des chances de développer un sentiment d'appartenance et de construire un projet de vie qui aura pour effet de se rétablir et de donner un sens à leur trajectoire de vie.

Résultats et connaissances nouvelles

En 2015, un groupe de partenaires en provenance de l'Université Laval, des Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale et du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont mis en place un comité qui s'intègre à cette démarche globale émergeant du RTS-RLS de la Capitale-Nationale. Le mandat du comité est d'offrir à l'ensemble des intervenants et employés du RTS-RLS une démarche de formation adaptée aux besoins et aux défis que soulève leur pratique en contexte interculturel. Deux aspects de la formation sont priorisés : l'acquisition des connaissances et des habiletés d'intervention interculturelle ainsi que la création d'une synergie entre les intervenants partenaires qui contribuent à développer une pratique intégrée en intersectorialité. Le dialogue entre les membres du comité et plus largement avec les partenaires du RTS-RLS s'ancre aux valeurs de collaboration et de réciprocité. La démarche permet à ce jour de mettre en évidence deux réalisations prometteuses :

- Coconstruction d'un continuum intégré de formations accessible à l'ensemble des partenaires intersectoriels du territoire;
- Adoption d'une approche de transfert de connaissances mettant en valeur la qualité des relations, la collaboration, la contribution des expertises et des expériences de vie ainsi que l'entraide intersectorielle.

Leçons apprises et conclusions

L'affiche proposée présente le continuum intégré de formations interculturelles, l'approche qui sous-tend le transfert de connaissances ainsi que les résultats observés à ce jour. Les résultats qui seront présentés portent principalement sur le choix des meilleures pratiques en contexte d'intervention interculturelle, sur les retombées positives de se doter d'un langage commun et d'une démarche intégrée ainsi que sur les effets étendus de transmettre à la fois des connaissances et des valeurs de synergie et de réciprocité.

43 La Maison Bleue — un modèle novateur d'intervention interdisciplinaire

Auteure

La Maison Bleue

Contexte et description du projet

La Maison Bleue vise à réduire les inégalités sociales et favoriser le développement des enfants en intervenant auprès des femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Le modèle brise les silos d'intervention en réunissant sous un même toit un ensemble de services de santé et psychosociaux intégrés, interdisciplinaires, intensifs. La périnatalité sociale qui y est pratiquée permet de saisir l'occasion unique de la grossesse pour intervenir au-delà du suivi médical.

Les familles suivies cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité dont la pauvreté, grossesse non désirée, isolement, problèmes de santé mentale, dépendance, troubles d'adaptation, situation d'abus, de négligence ou de violence, statut migratoire précaire, implication de la DPJ, etc.

L'équipe offre une intervention préventive, adaptée aux besoins des familles, dans la continuité, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans. Le suivi est partagé et soutenu par une équipe multidisciplinaire composée de médecin, sage-femme, infirmière, travailleur social, psychoéducateur ou éducateur spécialisé. Les intervenants pratiquent en interdisciplinarité, dans une approche ancrée dans le portage et l'*empowerment* des familles, deux fondements du modèle.

Son fonctionnement repose sur un modèle hybride : la gestion est assurée par La Maison Bleue, le volet clinique existe grâce à un partenariat avec un GMF et un CIUSSS.

Résultats et connaissances nouvelles

Selon le rapport « Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue » (Dubois N. *et al.* 2015), le modèle de La Maison Bleue est efficace et efficient pour aider les familles vulnérables à accueillir leur bébé et à l'accompagner dans son développement. Les effets positifs du modèle comprennent :

- L'accroissement de l'accessibilité et de l'offre de service de santé et services sociaux : La Maison Bleue diversifie et facilite l'offre de services préventifs en périnatalité et en petite enfance;
- Le développement de réseaux de soutien et d'entraide pour les familles par des actions concrètes : rencontres de groupe, activités spéciales, accompagnement et références auprès de services gouvernementaux, professionnels externes et des ressources communautaires;
- L'amélioration de l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité grâce à un suivi adapté touchant à la fois la santé physique et psychosociale;
- Le modèle d'intervention contribue à améliorer la santé de l'enfant (taux de bébés de petit poids et taux de prématurité inférieurs aux moyennes québécoises) et améliore le taux d'allaitement.

Leçons apprises et conclusions

Le rapport d'évaluation de 2015 conclut que le modèle d'intervention de La Maison Bleue est novateur et répliquable, à condition de respecter les critères essentiels à son intégrité et à son arrimage avec le système public en santé. Ces caractéristiques incontournables qui contribuent à son efficacité d'intervention incluent :

- Un lieu de petite taille situé au cœur du milieu de vie des familles;
- Une structure organisationnelle et administrative hybride puisant dans les forces de l'OSBL, du GMF et du CIUSSS;
- Une équipe expérimentée et engagée, travaillant en interdisciplinarité ;
- Une organisation souple de la prise en charge des familles;

- Un bon arrimage avec les organismes du territoire œuvrant en périnatalité et petite enfance.

La Maison Bleue apporte une solution novatrice à un défi important dans le système de santé : accueillir et retenir dans ses services des femmes et familles vivant dans une situation de vulnérabilité. Les services en périnatalité et petite enfance y sont adaptés aux besoins des familles, dans un lieu chaleureux, à échelle humaine. La précocité de l'intervention, le dépistage en continu, l'intensité, la globalité et la durée du suivi sont tous des facteurs essentiels à ce modèle d'intervention qui peut être répliqué dans des secteurs où les besoins populationnels le justifient.

44 Lutte à la berce du Caucase : la portée d'une intervention régionale concertée

Auteurs

Joanne Aubé-Maurice, Guylaine Morrier, Geneviève Fontaine

Contexte et description du projet

La berce du Caucase est une plante envahissante qui s'installe peu à peu au Bas-Saint-Laurent, dont la sève contient des toxines activées par les rayons ultraviolets. À la suite d'un contact de la peau avec la sève, l'exposition au soleil peut engendrer des brûlures cutanées au deuxième degré. Quelques cas ont été rapportés dans la région au cours des dernières années.

Compte tenu de son caractère très envahissant et de ses conséquences potentielles sur la santé humaine, la Direction de la santé publique (DSPu) du Bas-Saint-Laurent a souhaité intervenir avant que la berce du Caucase ne soit trop répandue dans la région, avec un objectif d'éradication à moyen terme, alors que c'est encore possible.

Pour ce faire, elle a mis en place au printemps 2015 un groupe de travail intersectoriel réunissant une diversité d'acteurs concernés par la problématique, dont les organismes de bassins versants (OBV), les Municipalités régionales de comté (MRC), plusieurs municipalités, différents ministères et la SÉPAQ.

Les premières actions du groupe de travail ont porté sur la caractérisation de la problématique au Bas-Saint-Laurent, l'information à la population par le biais des médias locaux ainsi que la formation des acteurs terrain, avec le soutien d'un chercheur de l'Université Laval expert de l'écologie et de la gestion des plantes envahissantes. Le succès découlant de la mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés a favorisé l'obtention d'un financement conjoint de la part du CISSS du Bas-Saint-Laurent et du Collectif régional de développement (CRD), représentant les MRC et municipalités du territoire, pour poursuivre la démarche. Les OBV du territoire se sont alors vus confier le mandat de mener les actions terrains relatives au contrôle et à l'éradication de la plante, alors que la DSPu et le CRD ont poursuivi conjointement la coordination de ce projet intersectoriel.

Le Bas-Saint-Laurent se démarque particulièrement des autres régions par sa démarche proactive et son intervention régionale concertée sur la berce du Caucase. La DSPu a joué un rôle clé dans la mobilisation et le soutien à la concertation des divers partenaires.

Résultats et connaissances nouvelles

À ce jour, les actions concertées du groupe de travail ont permis une meilleure connaissance de la répartition de la berce du Caucase au Bas-Saint-Laurent en plus d'en limiter la propagation. Elles ont également favorisé la sensibilisation de la population sur ses effets à la santé pour éviter les expositions cutanées à la plante.

Le partage des coûts pour faire face à cette problématique, qui ne respecte aucune frontière, a permis d'éviter de laisser à eux-mêmes les citoyens ou les municipalités envahis par la berce du Caucase.

Cette intervention fut en outre une occasion précieuse de favoriser le travail en partenariat entre différents acteurs de la région, dont le monde municipal et celui de la santé, favorisant une meilleure compréhension des rôles respectifs et suscitant un sentiment partagé de réussite collective ainsi que le désir de collaborer à d'autres dossiers.

Enfin, l'obtention d'un financement récurrent et la mise en place d'une structure concertée impliquant un partage des responsabilités a permis la pérennisation des interventions menées à ce jour.

Leçons apprises et conclusions

La concertation représente l'assise la plus importante de la démarche réalisée. C'est le partage des responsabilités entre les partenaires, sous le leadership d'organisations ayant une portée régionale, qui a

rendu le projet réalisable. Par ailleurs, l'appui d'un expert de l'Université Laval a conféré une grande crédibilité au projet. Son implication a favorisé la mobilisation des partenaires concernés et la pertinence des interventions réalisées. En effet, sa connaissance approfondie du sujet et son expérience acquise dans des contextes similaires ont contribué au choix de stratégies efficaces tout en évitant certaines erreurs dans la gestion de la problématique.

45 Le projet dépanneur : « Des aliments sains, accessibles pour tous! »

Auteurs

Pascale Chaumette

Sara Coulombe, Mélisa Deslandes, Marie-Ève Dufour, Josianne Gaudet, Peggïe Gingras, Céline Lepage, Mario Lapointe, Gracia Adam, Édith Vallières, Roxane Duby et Mariane Julien

Contexte et description du projet

Le projet dépanneur : « Des aliments sains, accessibles pour tous! » découle du plan d'action de la Mobilisation régionale et locale pour les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la Capitale-Nationale. Il vise la réduction des inégalités sociales de santé par l'amélioration de l'accessibilité aux aliments sains dans des secteurs défavorisés. Il a été financé par Québec en Forme.

L'accès aux aliments de qualité est un pilier sur lequel s'appuient les actions de santé publique tel que recommandé dans le Programme national de santé publique 2015-2025 et le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020. Pour y parvenir, il faut faire en sorte que les environnements soient favorables aux choix alimentaires sains dans les différents milieux de vie et, plus particulièrement, pour les personnes défavorisées. Dans notre région, plusieurs concertations de partenaires, à la fois en sécurité alimentaire et en promotion des saines habitudes de vie, ont aussi priorisé ce pilier.

Objectif

Améliorer l'offre alimentaire de petits détaillants situés dans des milieux défavorisés où les supermarchés sont difficilement accessibles.

Résultats et connaissances nouvelles

Le projet dépanneur s'inspire d'initiatives qui ont fait leurs preuves un peu partout dans le monde. Dans les quartiers où il n'y a pas d'épicerie, plusieurs personnes dépendent des dépanneurs et autres détaillants de petite surface pour se nourrir.

Pour réaliser ce projet, nous avons eu besoin de diverses expertises telles que la mobilisation de communautés ou des connaissances liées au marketing et à la mise en marché de petits détaillants. Certains des partenaires impliqués dans le comité de coordination proviennent d'organismes communautaires liés à la sécurité alimentaire. D'autres travaillent en promotion de la saine alimentation et un partenaire provient du secteur de la commercialisation de la Direction régionale de la Capitale-Nationale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec. Le comité de coordination a donc accompagné les propriétaires des commerces participants sur l'approvisionnement, le choix des aliments, l'aménagement et la réorganisation de l'espace.

Un concept publicitaire et des outils de communication ont été réalisés par une firme de communication afin d'encourager l'achat d'aliments sains. Ces outils permettent ainsi de faciliter le repérage des aliments sains.

L'amélioration de l'offre alimentaire a été faite par l'ajout ou la mise en valeur de produits alimentaires sains (produits laitiers, fruits, légumes) à prix abordable tout en s'assurant que les activités de promotion (en magasin et dans la communauté) étaient bien adaptées aux caractéristiques et aux besoins de la clientèle. Le concept de la rentabilité a été un élément important dont le comité a dû tenir compte dans cette démarche.

Il y a eu cinq projets pilotes dans différents secteurs géographiques de la région, soit en milieu rural et urbain.

Leçons apprises et conclusions

En novembre 2016, le projet s'est mérité le prix Innovation de Général Mills remis par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec.

Conclusion et recommandations

Une évaluation de mise en œuvre a révélé un éclairage nouveau sur les conditions de succès liées à la planification et à la réalisation de ce type de projet. Parmi celles-ci figurent : un bon portrait du milieu ciblé, une sélection rigoureuse des commerces participants, un accompagnement soutenu et personnalisé ainsi qu'une expertise en marketing et de mise en marché.

Pour certains groupes de la population, les barrières sont plus nombreuses, rendant inéquitable l'accès aux aliments sains, nutritifs et abordables. Ce projet se veut donc une façon nouvelle de travailler en promotion de la saine alimentation tout en améliorant l'accès aux aliments sains pour les populations en situation de vulnérabilité.

En terminant, l'aspect nouveauté et originalité de ce projet a suscité l'intérêt des médias et a fait l'objet de nombreux reportages.

46 La diversité corporelle : soutenir pour mieux intervenir

Auteurs

Karine Chamberland, Julie Gravel, Véronique Provencher, Vicky Drapeau

Contexte et description du projet

Dans un contexte où les statistiques montrent une proportion importante de jeunes insatisfaits de leur apparence, et sachant que cela peut amener ces jeunes à poser des gestes qui peuvent être risqués pour leur santé physique et mentale, un atelier de réflexion s'adressant aux intervenants jeunesse a été développé sur la thématique de la diversité corporelle. Ce projet a été réalisé à l'Université Laval (DESS en pratique de première ligne, École de nutrition) en partenariat avec la Table intersectorielle en saines habitudes de vie de la Capitale-Nationale.

Problématique ciblée : Des entretiens auprès de professionnels (santé et éducation) ont révélé que peu de formation ou de soutien est offert aux intervenants jeunesse et que les coûts pour accéder à ce type de formation ainsi que le manque de temps des intervenants sont deux barrières importantes.

But de l'atelier : Sensibiliser les intervenants jeunesse (camps d'été et maisons des jeunes) quant à l'impact qu'ils peuvent avoir auprès des jeunes qu'ils côtoient (rôle de modèle) et les inciter à intégrer les messages clés dans leurs actions quotidiennes.

Objectifs visés : Sensibiliser les intervenants à leur rôle de modèle pour a) influencer la perception que les jeunes ont de leur corps ainsi que leur bien-être et b) contribuer au développement d'une image corporelle positive chez les jeunes qu'ils côtoient.

Matériel développé : Un atelier de réflexion clé en main (document d'animation sous forme de fiches imprimées et plastifiées ou PDF) de même qu'une affiche sur les messages clés à retenir ont été développés, en français et en anglais.

Caractère novateur : Le développement de cet atelier est issu d'une collaboration entre divers milieux : l'Université Laval, la Direction régionale de santé publique (Capitale-Nationale), la TIR-SHV Capitale-Nationale, ÉquiLibre et les milieux des camps, des maisons des jeunes et de la petite enfance. Une telle collaboration novatrice a permis de réconcilier les données probantes issues de la recherche, les préoccupations de santé publique et l'expertise spécialisée à la réalité « terrain ». La gratuité du matériel et la conception de l'atelier, de manière à ce qu'il puisse se vivre en seulement une heure et de manière autonome (sans l'aide d'aucune personne-ressource spécialisée sur le sujet) en font des conditions d'efficacité et des éléments facilitants et novateurs.

Transfert de connaissances : Pour les milieux des camps, une formation initiale est donnée aux coordonnateurs/directeurs des camps afin de leur faire vivre l'atelier. Les coordonnateurs sont invités à refaire vivre l'atelier à leurs animateurs afin de leur permettre de s'approprier les messages clés.

Résultats et connaissances nouvelles

Résultats : L'évaluation de l'atelier a été faite seulement auprès du milieu des camps. Les coordonnateurs et les animateurs ont démontré une attitude favorable à l'égard de la thématique, un niveau de confiance élevé à adopter de bonnes pratiques et l'outil a été apprécié des participants.

Retombées : La thématique de l'image corporelle est perçue comme étant importante et pertinente à traiter dans le milieu des camps. À long terme, nous pensons que cet atelier de réflexion pourrait favoriser le développement d'une image corporelle saine chez les jeunes qui fréquentent les camps et permettre, par le développement d'une attitude d'ouverture et de respect à l'égard de la diversité corporelle, une diminution de la préoccupation excessive à l'égard du poids.

Leçons apprises et conclusions

L'image corporelle est un sujet délicat et il peut être difficile d'intervenir à ce niveau. Les milieux comme les camps bénéficient d'outils adaptés, pouvant être animés de manière autonome par le biais de transfert de connaissances initial d'un professionnel. Finalement, il serait tout indiqué de faire la promotion de l'atelier dans d'autres milieux touchant les intervenants jeunesse tels que le milieu scolaire et la petite enfance.

