



22<sup>e</sup> JOURNÉES ANNUELLES  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
Hôtel Bonaventure à Montréal

# DESSINER DEMAIN

4 et 5 décembre 2018

Cahier des  
communications affichées



# Table des matières

<b>Catégorie Nouvelles connaissances .....</b>	<b>1</b>
1 Les défis de la communication en prévention et contrôle des infections à l'hôpital au Québec.....	1
2 Prévention des infections nosocomiales : perceptions des professionnels de la santé sur l'implantation d'un test diagnostique moléculaire au chevet du patient au Québec .....	2
3 Surveillance sentinelle des infections gonococciques, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec : résultats et défis.....	3
4 Le mystère de la giardiose : une étude descriptive de la situation québécoise.....	5
5 Tendances de l'incidence des diarrhées associées au <i>Clostridium difficile</i> d'origine communautaire et associées aux soins de santé au Québec sur une période de sept ans (2008-2015).....	6
6 Validation et caractérisation des diarrhées à <i>Clostridium difficile</i> communautaire de la Surveillance provinciale des infections nosocomiales du Québec – <i>Clostridium difficile</i> (SPIN-CD) .....	7
7 Réduction des méfaits : La loi du bon samaritain pour accroître les appels au 911 lors des surdoses d'opioïdes.....	8
8 Étude sur l'offre de service et besoins des pharmacies CAMI montréalaises dans la crise des opioïdes.....	9
9 Éclosion de coqueluche 2017 au Bas-Saint-Laurent : réflexion et optimisation des interventions	11
10 Dérangeant associé au bruit environnemental chez la population québécoise, 2014-2015 .....	13
11 Contaminants environnementaux : analyse des niveaux mesurés dans les matrices biologiques de la population canadienne.....	14
12 Portrait des intoxications aux insecticides, herbicides et fongicides entre 2013 et 2015 : que disent les données du Centre antipoison du Québec ?.....	15
13 Le cannabis près de chez vous, qu'en pensez-vous ? Sondage auprès de la population desservie par le CIUSSS de l'Estrie - CHUS .....	16
14 Retrait de la circulation de transit pour les véhicules particuliers dans le parc Mont-Royal : quelles implications pour la santé publique ?.....	19
15 Comparaison du nombre de pas quotidiens chez les adultes canadiens avec ou sans antidépresseur(s) : analyse transversale de l'Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé .....	20
16 Durées quotidiennes d'activité physique et de sédentarité chez les adultes de 35 ans et plus avec une MPOC déterminée par spirométrie — Analyse transversale de l'Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé.....	21
17 La littératie physique dans les camps du YMCA : évaluation de la formation auprès des intervenants.....	22
18 Le programme Trotibus dans le regard des parents et des enfants : évaluation des impacts auprès de deux cohortes de participants .....	24
19 Le programme Participe-Présent pour la promotion de la santé mentale et la participation sociale des aînés : résultats de la mise à l'essai .....	25
20 L'isolement social, la fragilité et la santé des personnes âgées vivant à domicile : une revue exploratoire de la littérature .....	26
21 Les repères de consommation d'alcool à faible risque dans le monde et les personnes âgées : Une synthèse des connaissances .....	27
22 Intoxications aiguës à l'alcool et boissons sucrées alcoolisées.....	28

23	Adolescents et boissons sucrées : comprendre les facteurs qui influencent leur consommation pour mieux intervenir.....	29
24	Les boissons sucrées de A à Z.....	30
25	Association entre la proportion d'enfants vaccinés dans les délais recommandés et la participation à un projet de recherche-action sur l'organisation des services de vaccination pour les enfants de 0-5 ans .....	31
26	Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 — Analyse de l'impact des nouveaux modes de gouvernance .....	32
27	Qui dit vrai : participants ou bases de données médico-administratives ? Une analyse de la concordance des prévalences de maladies à l'aide des données de la cohorte de CARTaGENE33	
28	Les inégalités sociales de mortalité par suicide au Québec.....	34
29	Les disparités sociales dans la disponibilité des interventions de promotion de la santé dans les écoles publiques du Québec .....	35
30	Regard des intervenants et des parents sur les interventions de promotion des habiletés sociales et affectives chez les jeunes de 2 à 6 ans .....	36
31	L'effet du parcours éducatif préscolaire des enfants issus de l'immigration sur leur développement à la maternelle.....	37
32	Les impacts du temps-écran sur le développement langagier des enfants : une question de contenu ?.....	38
33	Faciliter l'utilisation et l'évaluation de l'information web chez les parents ayant un faible statut socioéconomique : le point de vue des mères de jeunes enfants.....	39
34	Revue systématique sur les programmes visant à améliorer le bien-être et favoriser la qualité de vie des familles d'enfants autistes. Constats et proposition d'un modèle.....	40
35	Éducation à la sexualité en milieu scolaire : point de vue des jeunes sur les approches pédagogiques à privilégier .....	41
36	Disparités dans l'accès aux aliments sains : Quelle relation avec l'approvisionnement alimentaire et l'alimentation des ménages en situation d'insécurité alimentaire ?.....	42
37	Composition nutritionnelle des pains tranchés offerts et achetés dans les marchés d'alimentation du Québec en 2016-17 : Résultats de l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire .....	43
38	Le panier d'épicerie collectif pour identifier les principaux contributeurs en sucres libres dans l'alimentation des Québécois et modéliser l'impact de leur réduction en sucres libres .....	44

**Catégorie Pratiques inspirantes ..... 45**

39	Chemsex : une réponse concertée à une problématique émergente dans le domaine de la prévention du VIH et des autres ITSS.....	46
40	Soins de santé avec une population marginalisée : la clinique infirmière McGill-Bonneau .....	47
41	Streptocoque du groupe A : approche collaborative pour gérer une éclosion au sein de la population itinérante de Montréal. ....	48
42	Une ville pensée pour notre santé .....	49
43	Plan de mobilité durable de Victoriaville : Évaluation d'impact sur la santé et regard sur l'utilité de la démarche.....	50
44	Le projet « Mon environnement, ma santé » — La concertation au cœur de la co-construction d'un projet de recherche.....	51
45	Troubles complexes de santé des aînés : un accompagnement pas si compliqué !.....	52

46	Nouvelles recommandations pour la vaccination contre les VPH au Québec : pourquoi et comment ? .....	53
47	Une typologie des interventions pour soutenir la pratique de santé publique.....	54
48	Une capsule e-learning sur la chaleur en santé au travail : un moyen innovant pour un sujet d'actualité ! .....	55
49	Palindrome, un magazine alliant santé et littérature.....	57
50	Ateliers sur le rôle parental en contexte d'immigration : collaboration entre les organismes communautaires et les CLSC .....	58
51	Continuum de services en orthophonie communautaire et développement optimal de la communication des enfants d'âge préscolaire.....	59
52	CHU Sainte-Justine sans fumée pour un monde en santé .....	60
53	Le Club des chefs .....	61
54	« Découvre le monde et ses diverses saveurs », un outil de référence sur les habitudes alimentaires des immigrants du Québec .....	62





**Catégorie Nouvelles connaissances**





# 1 Les défis de la communication en prévention et contrôle des infections à l'hôpital au Québec

**Auteurs**

Armelle Lorcy

Ève Dubé, Samuel Bassetto, Rafaël de Paula, Mathilde Rajon, Caroline Quach

## Contexte et objectifs

La mise en application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) en milieu hospitalier représente souvent des défis pour les professionnels de la santé qui doivent les mettre en œuvre quotidiennement dans leurs pratiques. Cette recherche vise à déterminer les principaux défis en lien avec la PCI rencontrés en clinique au Québec, les stratégies mises en place pour les dépasser, les points forts des équipes et donc, avec l'aide des professionnels concernés, définir les secteurs où des interventions pourraient être proposées en vue d'une amélioration qualité, et ultimement d'une nette diminution des infections nosocomiales.

## Méthode et démarche

Il s'agit d'une recherche-action qualitative conduite dans un contexte transdisciplinaire (infectiologie, ingénierie spécialisée en amélioration continue, anthropologie). Dans ce cadre, des observations et des entrevues semi-dirigées, élaborées selon l'Approche positive (*Appreciative inquiry*), ont été réalisées en clinique avec l'approbation des Comités d'éthique des hôpitaux concernés. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites avec l'autorisation des personnes interrogées. Des notes d'observations ont également été transcrites. L'ensemble des données a ensuite été analysé dans le logiciel d'analyse de données qualitatives N'Vivo 10.

## Résultats et outils développés

25 entrevues et 5 observations ont été effectuées dans deux hôpitaux de Montréal, pendant trois semaines de janvier à mai 2018. L'analyse des données a permis de révéler notamment les nombreux défis de communication rencontrés par les équipes de PCI sur le terrain. Trois principaux défis ont été identifiés. Le premier concerne la communication avec les professionnels de la santé travaillant sur les unités de soins. L'objectif des uns est de convaincre et d'assurer une constance dans « les bonnes pratiques » des autres (ex. : hygiène des mains), travaillant dans un environnement exigeant et en changements. Le second renvoie à la communication entre certains services de santé dans l'hôpital, donnant lieu à des « zones grises » susceptibles de favoriser la transmission d'infections. Ces zones grises sont dues aux imprécisions, aux incompréhensions voire aux mésententes, en lien avec l'accomplissement de certaines tâches sur les unités de soins, entre travailleurs ou entre services (ex. : nettoyage et désinfection du secteur inhalothérapie en salle d'opération, réalisés par les inhalothérapeutes ou les préposés ?). Le troisième porte sur la sensibilisation à la PCI des personnes extérieures à l'hôpital, plus précisément des visiteurs et des travailleurs de la construction. Une fois familiarisés avec la PCI, ils doivent faire preuve de plus de vigilance encore sur certaines unités de soins où sont admis des patients plus vulnérables aux infections (ex. : oncologie, unité de greffés, néonatalogie). Pour relever ces multiples défis, les équipes PCI et soignantes mettent en place des stratégies adaptées au milieu en adoptant différentes approches pédagogiques (positive, ludique, visuel, par les évidences par exemple) à affiner et à renouveler en fonction des intervenants et du milieu clinique. En effet, par exemple, pour convaincre les médecins de l'intérêt de l'hygiène des mains, les conseiller-e-s en PCI ont tendance à utiliser les données probantes. En revanche, ils/elles peuvent avoir recours au jeu pour approcher les autres soignant-e-s. Par ailleurs, certaines unités de soins ont adopté des stratégies organisationnelles en implantant le rôle de commis et/ou d'infirmières ressources pour accueillir les visiteurs et les informer sur les mesures de PCI.

## Conclusion et recommandations

Pour limiter voire vaincre les infections nosocomiales, les équipes soignantes et de PCI doivent relever de nombreux défis en lien avec la communication. Les difficultés rencontrées, souvent partagées entre les deux hôpitaux concernés par cette recherche, peuvent aussi varier en fonction du site, des services de santé et des unités de soins. Les résultats obtenus vont pouvoir à présent faire l'objet de propositions élaborées par l'équipe d'ingénieurs du projet.

## 2 Prévention des infections nosocomiales : perceptions des professionnels de la santé sur l'implantation d'un test diagnostique moléculaire au chevet du patient au Québec

**Auteurs**

Armelle Lorcy

Ève Dubé

### Contexte et objectifs

Considérée comme une menace mondiale grandissante pour la santé humaine, la résistance aux antibiotiques fait l'objet de multiples mesures et stratégies en prévention et contrôle des infections (PCI) dans les milieux de soins. Pour contrôler et limiter la transmission des bactéries multirésistantes et les infections nosocomiales dans les hôpitaux, il a entre autres été recommandé de développer des tests diagnostiques rapides, telles que des technologies moléculaires (type Polymerase Chain Reaction ou PCR) susceptibles d'être utilisées au chevet du patient (point-of-care ou POC). Dans ce contexte, l'objectif de cette recherche est de montrer comment est perçu le projet d'implantation d'un test diagnostique moléculaire au chevet du patient par des soignants et des professionnels de laboratoire au Québec.

### Méthode et démarche

Cette étude qualitative a été réalisée dans le cadre d'un programme de recherche pluridisciplinaire (infectiologie, microbiologie, épidémiologie, santé publique, anthropologie) portant sur le développement et le projet d'implantation d'une technologie moléculaire (PCR) *user-friendly*, permettant de diagnostiquer le *Clostridium difficile* et des bactéries multirésistantes en une heure environ. Pour ce faire, des observations et des entrevues semi-dirigées ont été conduites en clinique et en laboratoire avec l'approbation des Comités d'éthique des hôpitaux concernés. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites avec l'autorisation des personnes interrogées. Des notes d'observations ont également été transcrites. L'ensemble des données a ensuite été analysé dans le logiciel d'analyse de données qualitatives N'Vivo 10.

### Résultats et outils développés

Un total de 134 entrevues et de 28 observations ont été effectuées dans neuf hôpitaux à Montréal et Québec, auprès de comités d'experts en microbiologie-infectiologie et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de mai 2015 à mars 2018. L'analyse a montré comment l'acceptabilité des professionnels de la santé à l'égard de l'innovation technologique dépend beaucoup du contexte politique, normatif et organisationnel dans lequel ils évoluent. Dans un contexte de réorganisation du système de santé, de restrictions budgétaires (cf. Loi 10 depuis avril 2015) et de pression normative (cf. publication des normes d'utilisation des tests au chevet du patient d'Agrément Canada en 2013), les soignants surchargés sont peu enclins voire réfractaires au projet d'implantation d'un test diagnostique POC si son utilisation représente une charge de travail supplémentaire. Par ailleurs, dans le cadre de la politique d'optimisation des laboratoires (cf. Optilab depuis avril 2017), les professionnels de laboratoire expriment en général de la résistance concernant l'implantation du test en clinique. En effet, cette technologie pourrait représenter une menace de perte d'emploi dans un contexte où les technicien-ne-s craignent déjà d'être muté-e-s et remplacé-e-s par des machines. L'éventualité que le test soit réalisé par des infirmières constitue alors une menace supplémentaire.

### Conclusion et recommandations

La mise en place de stratégies pour limiter la résistance bactérienne aux antibiotiques et les infections nosocomiales, telles que l'implantation d'un test diagnostique moléculaire au chevet du patient, ne pourra se concrétiser efficacement qu'à certaines conditions. Cette recherche montre qu'il convient de considérer non seulement la performance d'une technologie facile à utiliser, mais aussi le contexte politique, économique, normatif et organisationnel du système de santé ; les conditions d'introduction de la technologie en fonction de l'opinion des professionnels concernés ; leur implication dans le processus d'implantation ; et le respect de la nouvelle procédure d'implémentation des technologies de la santé au Québec.

### 3 Surveillance sentinelle des infections gonococciques, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec : résultats et défis

Fannie Defay

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

#### Contexte et objectifs

*Neisseria gonorrhoeae* a une grande capacité d'acquisition de résistances aux antibiotiques utilisés pour le traitement des infections. Des échecs thérapeutiques ont été rapportés dans de nombreux pays. En 2012, l'Organisation mondiale de la santé a proposé un plan d'action mondial qui inclut la surveillance de la résistance et des échecs de traitement. Les mesures en cours au Québec sont les suivantes :

- Utilisation d'une polythérapie ;
- Réalisation d'une culture lorsque possible et indiquée ;
- Réalisation d'un test de contrôle post-traitement ;
- Signalement rapide des cas pour lesquels un échec de traitement est soupçonné.

Une vigie des échecs de traitement est en cours et les directions de santé publique sont sollicitées pour effectuer des enquêtes épidémiologiques. La même définition de cas est utilisée partout au Québec. Un projet de démonstration de réseau sentinelle a également débuté en 2015, avec les objectifs suivants :

- Contribuer à assurer la réalisation d'un nombre suffisant de cultures de *N. gonorrhoeae* ;
- Caractériser les infections gonococciques ;
- Détecter et caractériser les échecs de traitement.

#### Méthode et démarche

Deux cliniques spécialisées en ITSS et plusieurs milieux généralistes, localisés dans trois régions (Montréal, Montérégie, Nunavik) ont recueilli des données épidémiologiques et cliniques. Les activités du projet (ex. rencontres, développement d'outils) visent aussi à favoriser l'application systématique des recommandations provinciales par les cliniciens participants, notamment pour la réalisation de cultures et des tests de contrôle post-traitement.

Une application web sécurisée centralise la cueillette d'information. Les caractéristiques sociodémographiques, les expositions et comportements sexuels, les raisons de visites, les résultats des prélèvements effectués et les traitements prescrits sont recensés. Les antibiogrammes sont obtenus du LSPQ, puis jumelés aux données du réseau sentinelle.

#### Résultats et outils développés

Le réseau sentinelle a dû s'adapter à la réalité du terrain pour se maintenir. Malgré les efforts déployés, le Nunavik n'a pu continuer à transmettre des résultats. Les mouvements de personnel au sein des cliniques ont également nécessité plusieurs interventions et ajustements pour stabiliser la collecte d'information.

Entre septembre 2015 et décembre 2017, 1240 épisodes survenus chez 1115 personnes ont été enregistrés : 111 femmes, 998 hommes, 3 personnes transgenres et 3 en cours de validation. Au moins une culture a été effectuée pour 68 % des épisodes. Parmi les 469 souches analysées, 100 % étaient sensibles à la céfixime et à la ceftriaxone, 21 % résistantes à l'azithromycine (CMI  $\geq 2$  mg/L) et 65 % à la ciprofloxacine. Une prévalence significativement plus élevée de résistance à l'azithromycine a été observée pour les cas résidant à Montréal, les hommes rapportant un partenaire sexuel masculin et ceux rapportant un antécédent à vie de gonorrhée, de syphilis et de VIH.

Un test de contrôle a été réalisé pour 731 (59 %) épisodes Parmi les 47 (6 %) avec test de contrôle positif, l'évaluation de la possibilité d'échec de traitement a pu être complétée pour 28 (60 %) cas : 5 ont été classés comme échec de traitement retenu ou suspect, dont 4 infections au pharynx et 2 monothérapies d'azithromycine.

#### Conclusion et recommandations

- La mise en place du réseau a permis d'obtenir une souche pour 68 % des épisodes et de mettre en évidence certains facteurs qui semblent associés à la résistance à l'azithromycine. Aucune souche résistante aux céphalosporines de

troisième génération n'a été observée. La proportion de retours pour test de contrôle est bonne. Une proportion élevée des échecs thérapeutiques concerne des cas pharyngés ou une monothérapie d'azithromycine.

- Le jumelage des résultats de laboratoire avec les caractéristiques épidémiologiques et cliniques recueillies fournit des informations complémentaires aux systèmes de surveillance actuellement en place.
- Les résultats du réseau sentinelle contribuent à orienter les guides thérapeutiques ainsi que la prise de décision de santé publique.

## 4 Le mystère de la giardiase : une étude descriptive de la situation québécoise

**Auteurs**

Laetitia Gaurier

Julio C Soto, Mireille Barakat

### Contexte et objectifs

La giardiase est une zoonose entérique causée par le parasite *Giardia lamblia*. Cette parasitose, endémique dans de nombreux pays, est la plus rapportée au Québec et au Canada. Sa transmission se fait principalement par l'ingestion du kyste infectieux par voie orale-fécale ou contamination d'un véhicule commun tel que l'eau potable ou récréative.

Les éclosions de giardiase humaine n'étant toujours pas investiguées, sa fréquence et les sources de contamination demeurent un « mystère » à élucider. Les objectifs de cette étude ont été de réaliser un portrait descriptif de la giardiase au Québec et d'identifier des lacunes de connaissance qui pourraient justifier des études plus poussées.

### Méthode et démarche

Le nombre déclaré de cas et d'éclosions de giardiase entre 2000 et 2016 ont été obtenus de la banque dénominalisée des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et du registre central d'éclosions. Les définitions utilisées sont celles des guides de définitions nosologiques et de saisie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les données démographiques provenaient de l'Institut de la statistique du Québec et de Statistique Canada. Les cas et les éclosions de giardiase ont été liés grâce à un numéro d'éclosion commun aux deux registres.

En considérant l'effet des variations climatiques sur la fréquence des zoonoses, nous avons étudié les variations de la température moyenne et des précipitations totales à partir des données historiques disponibles par région sociosanitaire (RSS) provenant du Service canadien des Forêts.

La fréquence, l'incidence et la distribution de cas et d'éclosions de giardiase par RSS ainsi que leur lien avec les paramètres climatiques retenus ont été analysés et illustrés à l'aide du logiciel RStudio (version 1.1.383).

### Résultats et outils développés

Au Québec, entre 2000 et 2016, un total de 16 157 cas de giardiase a été déclaré, avec un taux d'incidence annuel moyen (TIAM) de 12,18 cas par 100 000 habitants. Huit des dix-huit RSS (03, 04, 05, 06, 07, 12, 14 et 17) ont présenté des TIAM plus élevés que la moyenne québécoise (entre 12,24 et 52,35 cas par 100 000 habitants).

Un total de 118 éclosions de giardiase (8,41 % du total d'éclosions déclarées et 80,82 % des éclosions parasitaires déclarées) a été rapporté (TIAM de 0,09 éclosions par 100 000 habitants). Des incidences plus élevées (entre 0,12 et 0,29 éclosions par 100 000 habitants) ont été observées dans les RSS 03, 04, 09, 11, 13, 14, 16 et 18. En raison des données manquantes, seulement 551 (3,41 %) cas de giardiase déclarés ont pu être mis en relation avec les 118 éclosions (nombre moyen de cas/éclosion 4,67 ; médiane 3 cas/éclosion).

Pour l'ensemble du Québec, le pic annuel d'incidence se trouvait en automne. Par RSS, le nombre moyen de cas de giardiase était plus élevé en septembre (9 RSS) et en octobre (6 RSS).

L'eau et l'humidité favorisent la durée de survie des kystes même à des températures élevées (25 °C). À la lumière de nos résultats, on peut postuler un lien entre les précipitations totales et l'augmentation du nombre de cas déclarés de giardiase, particulièrement en automne.

### Conclusion et recommandations

Malgré les limites inhérentes à toute étude descriptive de nature écologique, le portrait provincial et régional de la giardiase exhibe une saisonnalité et un pic automnal qui peuvent être expliqués par l'épidémiologie du parasite et les variations des facteurs climatiques observés.

De futures études analytiques permettront de vérifier et de quantifier l'impact des précipitations, de la température, de l'humidité et d'autres facteurs d'exposition sur l'incidence de la giardiase.

Dans un contexte d'adaptation aux changements climatiques et dans le but d'améliorer nos connaissances sur les éclosions causées par les zoonoses entériques, le registre central d'éclosions devrait faire l'objet d'une évaluation et d'une éventuelle promotion aux fins de déclaration.

## 5 Tendances de l'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* d'origine communautaire et associées aux soins de santé au Québec sur une période de sept ans (2008-2015)

**Auteurs**

Veronica Zanichelli

Christophe Garenc ; Jasmin Villeneuve ; Danielle Moisan ; Charles Frenette, Yves Longtin

### Contexte et objectifs

Les diarrhées associées au *C. difficile* (DACD) affectent les patients hospitalisés, mais également les individus dans la communauté. L'épidémiologie des DACD associées aux soins de santé (HA-dacd) a fait l'objet de beaucoup d'attention, mais les tendances des taux d'incidence des cas communautaires (CA-dacd) sont moins bien comprises. Nous décrivons et comparons ici les tendances à long terme des taux d'incidence des dacd communautaires et nosocomiales au Québec.

### Méthode et démarche

Les patients hospitalisés avec CA-dacd et HA-dacd ont été identifiés de manière prospective entre avril 2008 et avril 2015 dans le cadre du programme de surveillance provinciale des DACD du Québec (SPIN-CD). 95 établissements de soins de courte durée participent à ce programme de surveillance qui utilise des définitions de cas standardisées. Les cas de dacd hospitalisés étaient classés comme cas communautaires s'ils survenaient dans les 3 jours suivant l'admission ou > 4 semaines après les derniers soins hospitaliers ou ambulatoires. Les cas de dacd étaient définis comme HA-dacd si les symptômes apparaissent > 3 jours après l'admission et jusqu'à 4 semaines après la dernière hospitalisation. Les tendances de l'incidence des HA-dacd et CA-dacd ont été comparées en utilisant des régressions interrompues et loi de Poisson.

### Résultats et outils développés

Entre 2008 et 2015, 28 850 dacd ont été détectés chez des patients hospitalisés. Parmi eux, 4 481 (15,5 %) étaient des cas d'origine communautaire et 24 369 (84,5 %) étaient des cas associés aux soins de santé. Le taux d'incidence annuel de CA-dacd a augmenté de 35,2 %, passant de 0,51 à 0,68 pour 100 000 habitants (ratio du taux d'incidence [IRR] par période de 4 semaines, 1 005 ; intervalle de confiance à 95 % [IC], 1 004 à 1 006 ;  $p < 0,000 1$ ). L'incidence des HA-dacd est restée stable de 6,6 à 7,0 par 10 000 jours-patients (IRR par période de 4 semaines, 1 000 ; IC à 95 %, 0,999 à 1,000 ;  $p = 0,23$ ). Il y avait une différence significative entre les tendances de l'incidence des CA-dacd et des HA-dacd (IRR : 1 005 ; IC à 95 % : 1 004 à 1 006 ;  $p < 0,000 1$ ). Une analyse approfondie a montré un point d'inflexion dans l'incidence des HA-dacd en avril 2011 avec une réduction de la pente (changement de tendance, IRR : 0,997 ; IC à 95 % : 0,995 à 0,999 ;  $p = 0,007$ ). Au même moment, aucun changement n'a été observé dans la tendance des CA-dacd (changement de tendance, IRR : 0,997 ; IC à 95 %, 0,992 à 1 002 ;  $p = 0,2$ ) malgré un léger changement immédiat au point d'inflexion en avril 2011 (IRR : 1,31 ; CI à 95 % : 1 000 à 1 278 ;  $p = 0,05$ ).

### Conclusion et recommandations

Entre 2008 et 2015, l'incidence provinciale des CA-dacd hospitalisé a augmenté de manière significative, tandis que le taux d'incidence des HA-dacd est demeuré relativement stable. Des études supplémentaires sont nécessaires pour essayer de comprendre les facteurs sous-jacents à ce changement.

## 6 Validation et caractérisation des diarrhées à *Clostridium difficile* communautaire de la Surveillance provinciale des infections nosocomiales du Québec — *Clostridium difficile* (SPIN-CD)

**Auteurs**

Aimé Kazadi Lukusa

Christophe Garenc, Jasmin Villeneuve, Danielle Moisan, Yves Longtin

### Contexte et objectifs

La surveillance obligatoire des diarrhées à *Clostridium difficile* d'attribution communautaire (DACD-CO) a débuté en août 2004 auprès des 95 installations de soins de courtes durées participantes au SPIN-CD. Une augmentation lente et continue du taux d'incidence des DACD-CO a été observée depuis 2007 sans aucune explication évidente connue. Les objectifs de cette étude sont de caractériser les cas de DACD-CO et d'étudier les causes potentielles de l'augmentation de leur taux d'incidence.

### Méthode et démarche

Une étude rétrospective a été réalisée à l'aide d'une enquête envoyée aux installations éligibles. Les installations participantes au SPIN-CD qui ont déclaré  $\geq 3$  cas de DACD-CO en 2016-2017 ont été invitées à participer. Afin d'identifier les causes potentielles de l'augmentation apparente du taux d'incidence des DACD-CO, ces installations nous ont communiqué des informations cliniques concernant jusqu'à trois cas de DACD-CO déclarés pour chacune des deux années de surveillance (2011-2012 et 2016-2017). La caractérisation de chaque cas de DACD-CO a été possible par le recueil d'un large éventail de variables démographiques, cliniques et de laboratoire, notamment les antécédents médicaux, les antécédents de contact avec les établissements de soins primaires et secondaires, l'utilisation des antibiotiques et les tests diagnostiques de laboratoire utilisés. Un test de Chi2 a été utilisé pour tester les différences annuelles de distributions des indicateurs.

### Résultats et outils développés

Au total, 49 installations ont fourni des données sur 172 cas de DACD-CO. Dans l'ensemble, 92 % ( $n = 159$ ) d'entre eux répondent à la définition de surveillance des DACD-CO du SPIN-CD. Parmi eux, la plupart des cas (67 %) étaient des femmes et leur âge moyen était de  $66,7 \pm 20,5$  ans. Une proportion de 74 % avait reçu des antibiotiques durant l'année précédente. Aucun changement significatif n'a été observé entre les deux années quant aux variables sociodémographiques et cliniques des cas de DACD-CO. La proportion de patients recevant des immunosuppresseurs et des inhibiteurs de pompe à protons au moment du diagnostic était respectivement de 11 % et 45 %. La proportion de cas ayant visité des services ambulatoires au cours de l'année précédant l'admission des patients est passée de 61 % (2011-2012) à 69 % (2016-2017) ( $p = 0,18$ ). De plus, une augmentation significative (de 8 % à 55 % ;  $p < 0,0001$ ) de la proportion de DACD-CO diagnostiquée par un test diagnostique de laboratoire par PCR a été observée.

### Conclusion et recommandations

Cette étude a fourni des données importantes pour caractériser les DACD-CO du SPIN-CD et la majorité d'entre eux semblent être associés à un contact antérieur avec les milieux de soins. L'augmentation de l'utilisation de la PCR est associée au taux d'incidence des DACD-CO, mais peut ne pas en être la cause directe.

## 7 Réduction des méfaits : La loi du bon samaritain pour accroître les appels au 911 lors des surdoses d'opioïdes

### Auteurs

Kim Lan St-Pierre

Claudia Azuelos, Camille Bourbonnais, Samuel Brassard, Alexandre Coderre, Kareen Nour, Julie Loslier, Mathieu Lanthier-Veilleux, Huy Hao Dao

### Contexte et objectifs

Les surdoses d'opioïdes sont la première cause de mortalité accidentelle au Canada. Dans 30 à 65 % des cas, il n'y a pas d'appel au 911. Les consommateurs d'opioïdes et témoins de surdoses demeurent réticents à composer le 911, vraisemblablement par peur de représailles policières. En mai 2017, la Loi du bon samaritain secourant les victimes de surdose (LBS) est entrée en vigueur. Elle visait à encourager les appels aux services d'urgence en protégeant les appelants d'arrestations, liées par exemple à une possession de drogues. Cette évaluation, la première du genre au Canada, visait à mieux documenter les facteurs influençant le comportement des consommateurs à risque de surdose aux opioïdes, qui est une population vulnérable plus difficile à rejoindre en Montérégie, ainsi que des policiers. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation des conséquences de la LBS sur ces comportements, ainsi que l'identification de solutions afin d'accroître les appels au 911.

### Méthode et démarche

Cette évaluation qualitative par entrevues qualitatives semi-dirigées s'est déroulée en deux phases, soit en septembre 2017 et en août 2018. Une première phase a permis de questionner 8 consommateurs et 3 policiers. Dix entrevues additionnelles ont été réalisées durant la deuxième phase auprès de policiers pour assurer une meilleure saturation et diversification des données. Le recrutement s'est fait par convenance. Les entrevues se sont déroulées en personnes ou par téléphone. Des guides d'entrevues structurés, basés sur la théorie de l'action planifiée, ont été validés pour leur contenu auprès d'experts, puis prétestés. Cette théorie tente d'expliquer le comportement selon l'attitude, la norme sociale et le contrôle individuel envers ce comportement. Les entrevues ont été transcrites, puis analysées et codifiées pour obtenir des thèmes émergents. La crédibilité des constats a été assurée par la triangulation des sources de données (consommateurs et policiers) et par la comparaison des codifications individuelles des chercheurs.

### Résultats et outils développés

Les consommateurs sont réticents à appeler le 911 par crainte d'arrestation. Ils rapportent une expérience collective négative auprès des policiers, tout comme la difficulté à bien reconnaître la surdose. D'autre part, les policiers doutent de l'applicabilité de la LBS. Ceux-ci déclarent détenir un pouvoir discrétionnaire pour la possession simple, mais estiment avoir peu de latitude concernant les arrestations pour trafic ou lors de bris de conditions. La LBS est peu connue tant des consommateurs que des policiers. Une fois informés de la LBS, les consommateurs, tout comme les policiers, comprennent qu'elle n'empêche pas les enquêtes ni arrestations ultérieures. L'envoi d'ambulanciers comme seuls répondants aux appels de surdose est souhaité par les consommateurs, et pourrait contribuer à augmenter le nombre d'appels au 911. L'opinion des policiers à ce sujet est plutôt mitigée en raison de craintes liées à la sécurité et d'enjeux en lien avec la faisabilité de cette démarche.

### Conclusion et recommandations

Malgré l'adoption de la LBS en mai 2017, de multiples défis demeurent quant aux appels au 911 en situation de surdose présumée aux opioïdes en Montérégie. Afin de mieux prévenir les surdoses, il est important de mettre en œuvre des mesures innovatrices, qui permettront de mieux aligner les objectifs de la lutte aux surdoses avec l'expérience vécue par les personnes impliquées, soit les consommateurs et les policiers. Suite à ces constats, nous émettons les recommandations suivantes :

1. Accroître la sensibilisation des consommateurs de drogues aux signes et symptômes de surdoses aux opioïdes et à la LBS.
2. Améliorer la formation des policiers, principalement celle des patrouilleurs, sur la LBS ainsi que ses implications pratiques.
3. Évaluer la faisabilité d'envoyer les ambulanciers comme seuls répondants en cas de surdose présumée aux opioïdes.



## 8 Étude sur l'offre de service et besoins des pharmacies CAMI montérégiennes dans la crise des opioïdes

**Auteurs**

Julie Dubois

Charles Fournier, Marianne Lemire, Isabelle Panneton, Nabila Kadaoui

### Contexte et objectifs

La crise des opioïdes est marquée par une augmentation de surdoses mortelles au Québec. De plus, les nouvelles pratiques de réutilisation des filtres et contenants contaminés augmentent le risque de complications liées au partage de matériel d'injection chez les personnes utilisatrices de drogues intraveineuses (UDI).

Pour répondre à cette problématique, de nouveaux services sont offerts en pharmacie CAMI (centre d'accès au matériel d'injection) pour les personnes UDI. Ces services incluent l'offre de kits d'injections adaptés aux nouvelles pratiques et le programme de gratuité de la naloxone pour prévenir les surdoses mortelles.

### Objectifs

Documenter l'offre de service et les besoins des pharmacies CAMI montérégiennes en lien avec la distribution de kits d'injection pour les personnes UDI et les médicaments pour les consommateurs d'opioïdes (naloxone, méthadone, suboxone).

### Méthode et démarche

Devis : étude descriptive transversale auprès de la totalité des pharmacies communautaires CAMI de la Montérégie (n = 85). Un contact téléphonique avec le pharmacien est suivi par l'envoi d'un questionnaire autoadministré.

Des analyses descriptives univariées et bivariées sont effectuées et les tests de Khi2 et exact de Fisher sont utilisés. Le seuil  $\alpha$  est de 0,05

### Résultats et outils développés

Taux de réponse est 61 %.

L'offre de service pour les Kits de matériel stérile d'injection :

- Environ 83 % des participants sont distributeurs de kits et la moitié affiche le logo CAMI.
- Seulement 35 % des participants connaissent tout le matériel contenu dans les kits.
- La moitié des participants rapporte ne jamais offrir de discuter de l'utilisation des kits avec les patients et seulement 6 % rapportent l'offrir souvent ou toujours.

L'offre de service pour les médicaments destinés aux consommateurs d'opioïdes :

- Seulement 12 % des participants distribuent les kits de matériel d'injection en plus d'avoir en tout temps la naloxone, la méthadone et la suboxone.
- Environ la moitié des participants affirme toujours faire du counseling sur les 5 volets de l'utilisation de la naloxone.
- Approximativement, 64 % des participants sont confiants en leur capacité d'offrir du counseling sur l'utilisation de naloxone.
- Les pharmaciens ayant reçu de la formation sur la naloxone sont plus confiants à faire du counseling

Besoins des pharmaciens

- Environ 80 % des participants souhaitent avoir davantage d'information sur les kits d'injection.
- La plupart (84 %) des participants désirent davantage d'information concernant la naloxone.
- Les 3 modalités préférées par les pharmaciens pour recevoir de l'information sont les capsules vidéo, les modules d'autoapprentissage et de la documentation par courriel.

## **Conclusion et recommandations**

Malgré que les pharmacies rejointes soient des CAMI, seulement un tiers des participants connaît tout le matériel contenu dans les kits d'injection et seulement 6 % rapportent offrir souvent ou toujours le counseling sur l'utilisation du matériel d'injection.

Peu de participants ont en tout temps de la naloxone, la méthadone et la suboxone. Cependant, ces pharmacies CAMI sont identifiées sur un site Web comme ayant de la naloxone en tout temps.

Les pharmaciens expriment le besoin d'information et de formation sur les nouveaux kits d'injection, les surdoses aux opioïdes et la naloxone.

Forces de l'étude : la première en Montérégie en lien avec les opioïdes. Permet de guider l'intervention de la santé publique auprès des CAMI.

## **Recommandations**

À la direction de santé publique

- Donner aux pharmaciens des informations et de la formation sur l'utilisation optimale des kits de matériel d'injection, les surdoses aux opioïdes et la naloxone.
- Concevoir des outils de rappel d'information (pamphlets ou feuillets) destinés aux pharmaciens pour faciliter le counseling.
- S'assurer que les pharmacies distributrices de kits ont un logo CAMI visible.

## 9 Éclosion de coqueluche 2017 au Bas-Saint-Laurent : réflexion et optimisation des interventions

**Auteurs**

Joanne Aubé-Maurice

Danielle Ruest, Sidonie Pénicaud, Aurélie Maurice

### Contexte et objectifs

En 2017, le Bas-Saint-Laurent a connu une éclosion de coqueluche importante et prolongée. De telles éclosions surviennent périodiquement à travers le Québec, notamment en raison de la durée limitée de la protection vaccinale. Vu le grand potentiel de contagiosité de la coqueluche et le risque qu'elle représente pour les nourrissons, les ressources à déployer par les DSPubliques pour appliquer les protocoles en vigueur peuvent s'avérer considérables en contexte d'éclosion. Or, des questionnements émergent quant aux retombées de ces interventions. D'une part, selon la littérature, l'identification adéquate des cas cliniques représente un défi et l'efficacité de la chimioprophylaxie demeure incertaine. D'autre part, au Bas-Saint-Laurent, les cas de coqueluche sont souvent déclarés tardivement, augmentant les risques de contamination de leur entourage et favorisant le dépassement du délai pour offrir la chimioprophylaxie aux contacts.

### Objectifs de l'étude

1. Dresser un portrait de l'éclosion de coqueluche de 2017 au Bas-Saint-Laurent ;
2. Identifier l'origine des délais précédant l'intervention de santé publique ;
3. Évaluer les retombées des interventions réalisées ;
4. Déterminer des pistes d'optimisation des interventions contre la coqueluche.

### Méthode et démarche

L'extraction des données portant sur les cas, l'histoire de la maladie, le type de déclarant et les contacts a été réalisée à partir du fichier MADO infectieuses et des dossiers d'enquête. Les données ont été traitées de manière descriptive à l'aide des logiciels Microsoft Excel et SPSS.

Le cadre de gestion des risques en santé publique a été utilisé afin de caractériser la problématique et d'identifier de pistes d'optimisation des interventions.

### Résultats et outils développés

L'éclosion s'est échelonnée sur environ un an, avec 142 cas majoritairement vaccinés, concentrés surtout entre juillet et septembre. L'intervalle moyen entre le début des symptômes et l'enquête était important (26,5 jours), principalement en raison du délai de consultation des cas, mais également du délai de suspicion de la coqueluche par les cliniciens et des délais entourant les procédures de laboratoire.

Ainsi, 60 % des cas ont été enquêtés après la fin de leur période de contagiosité. De plus, 18 % des enquêtes ont mené à l'identification de contacts vulnérables, qui n'étaient souvent plus éligibles à la chimioprophylaxie. Les cas ont surtout été déclarés par les laboratoires, peu par les médecins. Cependant, 24 % ont été confirmés par lien épidémiologique (cas secondaires) et déclarés par la DSPublique elle-même. Parmi ces derniers, aucun n'a eu de contact avec des personnes ciblées par la chimioprophylaxie et seulement 3 ont été retirés d'un milieu de vie.

### Conclusion et recommandations

Il demeure difficile de prévenir et contrôler les éclosions de coqueluche, vu le caractère peu spécifique des symptômes initiaux, les délais importants et difficilement évitables précédant l'identification clinique des cas, auxquels s'ajoutent d'autres délais liés aux procédures de laboratoire. De plus, les retombées des enquêtes menées apparaissent limitées. Considérant de surcroît l'efficacité incertaine de la chimioprophylaxie aux contacts ciblés, la durée limitée de l'immunité offerte par le vaccin et les nouvelles recommandations visant la vaccination des femmes enceintes pour favoriser la protection des bébés à naître, la DSPublique du Bas-Saint-Laurent envisage de :

- Travailler activement au déploiement de la vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche ;
- Sensibiliser les laboratoires concernés à l'impact des délais rencontrés au Bas-Saint-Laurent sur l'efficacité des interventions de santé publique ;

- Éviter d'enquêter systématiquement les cas secondaires dès leur suspicion par la DSPublique elle-même, mais continuer de les orienter pour l'évaluation clinique. L'enquête sera initiée suite à la déclaration du médecin traitant, le cas échéant.

L'analyse de l'éclosion bas-laurentienne de 2017 encourage à poursuivre une réflexion élargie sur les mesures de prévention et contrôle issues des protocoles en vigueur pour limiter les conséquences sanitaires de la coqueluche, tout en optimisant l'utilisation des ressources de santé publique.

## 10 Dérangement associé au bruit environnemental chez la population québécoise, 2014-2015

**Auteurs**

Germain Lebel

Richard Martin, Marjolaine Dubé

### Contexte et objectifs

Le dérangement causé par le bruit environnemental peut entraîner des effets sur la santé et la qualité de vie, avec des conséquences physiques ou psychosociales. La proportion de personnes fortement dérangées par le bruit est un des indicateurs qui permet d'estimer les impacts sur la santé.

### Méthode et démarche

L'enquête québécoise sur la santé de la population permet d'estimer, pour la province à l'échelle des régions et des réseaux locaux de services (RLS), le dérangement associé au bruit. Le bruit environnemental est défini comme les sons émis par toutes les sources, excluant ceux du milieu de travail. Dans cette enquête, la nuisance est mesurée par des questions concernant le dérangement au domicile au cours des 12 derniers mois. La nuisance spécifique de neuf sources de bruit est aussi mesurée. Enfin, les cartes des prévalences de la population modérément et fortement dérangée par certaines sources de bruit à l'échelle des RLS ont également été élaborées.

### Résultats et outils développés

La prévalence de la population fortement dérangée par au moins une source de bruit au cours des 12 derniers mois à l'échelle provinciale est de 16,4 %, ce qui représente environ 1 résident du Québec sur 6, soit environ 1 125 000 personnes. Cette même prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et elle ne varie que très peu selon le groupe d'âge.

La région de Montréal est celle où la prévalence de la population fortement dérangée (par au moins une source de bruit au cours des 12 derniers mois) est la plus élevée (21,5 %). Les régions à caractère plus rural affichent de plus faibles prévalences. Une défavorisation plus importante sur le plan social est associée à une prévalence statistiquement plus élevée de la population fortement dérangée par au moins une source de bruit.

L'analyse du dérangement selon les sources de bruit est effectuée à l'aide de la proportion de la population modérément ou fortement dérangée par le bruit environnemental. À l'échelle provinciale, 41,3 % de la population est modérément ou fortement dérangée par au moins une source. Les prévalences provinciales selon la source de bruit par ordre d'importance sont : le bruit du voisinage extérieur (22,4 %), la circulation routière (15,1 %), et les travaux ou chantiers de construction (12,5 %). Les prévalences du dérangement (modéré et fort) associées aux autres sources de bruit identifiées dans l'enquête sont inférieures à 10 %.

### Conclusion et recommandations

Le bruit environnemental constitue un important problème de santé publique. Il affecte la qualité de vie d'une partie importante de la population. Le bruit environnemental contribue aussi à l'augmentation des maladies cardiovasculaires.

La prévalence provinciale de la population fortement dérangée par au moins une source de bruit est plus élevée que les mesures comparables au Canada et ailleurs dans le monde. L'importance relative du fort dérangement occasionné par les différentes sources de bruit est aussi différente comparativement à d'autres études. Ainsi, dans plusieurs autres études, le bruit de la circulation routière occupe la première place, alors qu'au Québec le bruit du voisinage extérieur et la circulation routière occupent les deux premières places. La répartition de la prévalence de la nuisance met en évidence l'importance du dérangement par le bruit environnemental dans la région de Montréal. Ce résultat surprend peu, il est possiblement attribuable à la densité de population et aux nombreuses infrastructures de transports.

Enfin, le fort dérangement par le bruit environnemental est un indicateur sanitaire important, notamment parce qu'il permet une estimation des impacts sur la santé. Des mesures de prévention sont possibles et pourraient être considérées dans l'aménagement du territoire, et lors de l'implantation de nouvelles industries et d'infrastructures routières.

# 11 Contaminants environnementaux : analyse des niveaux mesurés dans les matrices biologiques de la population canadienne

**Auteurs**

Annie St-Amand

Sarah Faure

## Contexte et objectifs

L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), menée par Statistique Canada en collaboration avec Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, est une enquête représentative à l'échelle nationale portant sur les mesures directes de la santé. L'ECMS, qui a débuté en 2007 et qui est conduit par cycle de 2 ans, permet de recueillir des renseignements importants liés à la santé de la population canadienne au moyen de mesures physiques directes, comme la tension artérielle, la taille, le poids et la condition physique. L'ECMS contient aussi une composante de biosurveillance permettant de mesurer l'exposition de la population à des centaines de substances chimiques environnementales. Ces mesures ont déjà été effectuées chez environ 29 000 Canadiens sur une période de 10 ans.

Des indicateurs ont été élaborés pour améliorer notre capacité à interpréter les données de biosurveillance dans un contexte d'évaluation des risques pour la santé humaine. C'est le cas des équivalents de biosurveillance (BE) qui sont dérivés à partir des valeurs guides d'exposition existantes pour l'eau, l'air ou la nourriture.

L'objectif de ce travail est de proposer une priorisation des contaminants environnementaux basé sur le risque à la santé de la population au moyen d'une comparaison des données de l'ECMS aux indicateurs (ex. : BE) disponibles.

## Méthode et démarche

Cet exercice suit la démarche précédente effectuée par St-Amand et al, 2014. Les données les plus récentes de biosurveillance de divers cycles de l'ECMS sont comparées aux valeurs publiées d'indicateurs tels les BEs. Les comparaisons pour les effets non cancérogènes sont calculés comme le rapport entre la concentration en biomarqueurs (à la fois la moyenne géométrique : GM, et la borne supérieure : 95<sup>e</sup> percentile) et la valeur de BE spécifique à la substance chimique. Le résultat obtenu est appelé indice de risque (IR) et est utilisé dans le but d'identifier les substances toxiques d'intérêt prioritaire. Les niveaux de risques cancérogènes correspondant au 5<sup>e</sup>, 25<sup>e</sup>, 50<sup>e</sup>, 75<sup>e</sup>, 95<sup>e</sup> percentile sont calculés grâce à des BEs basés sur des doses à risque spécifique de 1 sur 10 000.

## Résultats et outils développés

Les résultats sont présentés pour les substances avec des demi-vies courtes, les substances persistantes, les composés organiques volatils (COV) et les risques de cancer. Pour les substances non cancérogènes, les indices de risques proches ou supérieurs à une valeur de 1 indiquent que les niveaux d'exposition sont proches ou supérieurs aux valeurs guides d'exposition sur lesquelles les BE sont basées et seront donc à prioriser.

Les résultats démontrent que pour la majorité des substances mesurées, les expositions semblent se situer en dessous des indicateurs (ou BEs), seulement certaines démontrent un excès. C'est le cas, par exemple, du cadmium, mesuré dans le sang, qui dépasse le BE au GM et au 95<sup>e</sup> percentile pour les fumeurs seulement.

Pour les substances cancérogènes, les recommandations de santé Canada sont établies pour maintenir le risque en dessous de 1 cas sur 10 000. Les niveaux de risque calculés dépassant cette valeur sont donc à prioriser. Les résultats démontrent que la plupart des contaminants sont dans la gamme de risque acceptable sauf pour quelques substances dont par exemple le GAVal, métabolite de l'acrylamide mesuré dans le sang, qui excède cette valeur acceptable.

## Conclusion et recommandations

Bien que des travaux additionnels soient nécessaires pour évaluer pleinement les données de biosurveillance disponibles, cet exercice permet la priorisation des substances chimiques pour une évaluation supplémentaire des sources et des voies d'exposition. Une fois celles-ci identifiées, cet exercice peut aussi aider à orienter des actions ciblées en gestion des risques. Il démontre ainsi l'importance de la surveillance biologique continue dans l'évaluation des expositions de la population canadienne aux contaminants de l'environnement.

## 12 **Portrait des intoxications aux insecticides, herbicides et fongicides entre 2013 et 2015 : que disent les données du Centre antipoison du Québec ?**

**Auteurs**

Véronique Fryer

Anne Letarte, Simon Beaudoin, Évelyne Cambron-Goulet, Huy Hao Dao

### **Contexte et objectifs**

Les intoxications aux pesticides représentent une importante préoccupation de santé publique en raison de la gravité des effets aigus possibles. Cette problématique est d'autant plus significative que des expositions répétées aux pesticides sont associées à un risque accru d'effets chroniques sur la santé (1). Heureusement, différentes mesures peuvent être mises en place pour prévenir ces intoxications, comme le port d'équipements de protection individuelle.

Les trois principales classes de pesticides utilisées au Québec sont les herbicides, les insecticides et les fongicides. En 2016, 82 % des pesticides vendus étaient destinés au secteur agricole, alors que seulement 12 % étaient vendus pour le milieu urbain (tendances similaires en 2014 et 2015) (2).

Il n'existe pas de données robustes sur les intoxications aux pesticides au Québec. Le Centre antipoison du Québec (CAPQ) collige toutefois des informations lors des appels téléphoniques qu'il a reçus. Ces données pourraient constituer une source de renseignements intéressante pour la surveillance des intoxications aux pesticides.

L'objectif principal de l'étude était d'établir le portrait des intoxications aux insecticides, aux herbicides et aux fongicides au Québec de 2013 à 2015. L'objectif secondaire était d'apprécier la pertinence des données du CAPQ pour dresser ce portrait.

### **Méthode et démarche**

Les données agrégées pour tous les appels logés au CAPQ entre 2013 et 2015 ont été cumulées pour trois classes de pesticides : herbicides, insecticides et fongicides. Des analyses descriptives (fréquence et proportion) durant cette période ont été effectuées. L'analyse de ces appels a été réalisée selon les variables suivantes : nombre d'appels reçus, groupe d'âge, sexe, voie d'exposition, contexte d'exposition, type de toxicité et lieu de traitement.

### **Résultats et outils développés**

Entre 2013 et 2015, le CAPQ a reçu 2508 appels liés aux pesticides (herbicides : 227 appels ; insecticides : 2190 appels ; fongicides : 91 appels). La plupart des appels concernaient les 16 ans et plus pour les trois classes de pesticides. La proportion d'appels chez les enfants de 0 à 5 ans était plus élevée pour les insecticides (37 %), par rapport aux 2 autres classes analysées. Les appels impliquant des insecticides touchaient davantage les femmes (53 %). La voie d'exposition orale était la plus souvent retrouvée lors des appels liés aux insecticides (38 %) et aux fongicides (29 %), tandis que la voie cutanée prédominait pour les herbicides (44 %). Un événement au travail était davantage rapporté lors des appels pour les herbicides (19 %) et les fongicides (15 %) que pour les insecticides (3 %). La toxicité rapportée était surtout localisée (herbicides : 57 % ; fongicides : 51 % ; insecticides : 42 %), alors que la proportion des appels où aucun effet à la santé n'était décrit était plus grande pour les insecticides. La proportion des appels où le traitement s'est déroulé à l'hôpital, pouvant servir d'indicateur de sévérité de l'intoxication, était supérieure pour les fongicides (23 %) et les herbicides (15 %) par rapport aux insecticides (10 %).

### **Conclusion et recommandations**

Ce portrait démontre la pertinence des données du CAPQ pour la surveillance des intoxications aux pesticides au Québec. Une saisie plus systématique et plus détaillée, intégrant des informations sur les mesures préventives utilisées, améliorerait l'utilité de ces informations pour le réseau de santé publique.

Les données suggèrent également que les caractéristiques des appels pour les fongicides et les herbicides se distinguaient de celles des insecticides, notamment par une plus grande proportion d'événements en milieu de travail et une présentation clinique plus sévère. Considérant que les herbicides et les fongicides sont davantage utilisés en milieu agricole qu'en milieu urbain (2) et que des expositions répétées à ces pesticides augmentent le risque d'effets chroniques sur la santé, il importe d'étudier davantage les intoxications des travailleurs agricoles utilisant ces classes de produits.

## 13 Le cannabis près de chez vous, qu'en pensez-vous ? Sondage auprès de la population desservie par le CIUSSS de l'Estrie - CHUS

**Auteurs**

Melissa Généreux

Léa Bourgault, Isabelle Gaumont, Cédrik Gignac, Katherine Lafrenière

### Contexte et objectifs

#### Contexte

Le 17 octobre 2018, le Canada légalisera le cannabis, une substance recherchée pour ses effets récréatifs, mais reconnue pour ses conséquences négatives sur la santé physique et mentale. Les municipalités ont la tâche de jeter les bases des règles concernant la consommation du cannabis dans les lieux publics extérieurs et de répondre aux préoccupations de leur population face à la légalisation du cannabis et sa consommation dans les lieux publics extérieurs.

#### Objectif principal

Décrire l'opinion et les inquiétudes de la population desservie par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS concernant la légalisation du cannabis et sa consommation dans les lieux publics extérieurs.

### Méthode et démarche

- Étude descriptive via un questionnaire LimeSurvey de 20 questions ;
- Échantillonnage volontaire (mise en ligne sur Facebook du 8 juin au 5 juillet 2018) et échantillonnage accidentel (collecte en personne à Sherbrooke les 19 et 20 juin 2018) ;
- Population visée : citoyens majeurs du territoire desservi par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS ;
- Analyse statistique (Test du  $\chi^2$  ;  $p < 0,05$ ) : échelles de Likert (5 niveaux) et variables ordinales à 3 catégories en fonction de variables indépendantes (âge, sexe, RLS d'appartenance, situation parentale, niveau de scolarité, principale occupation, consommation de cannabis) ;
- Analyse qualitative : élaboration de nuages de mots en lien avec les inquiétudes spontanées soulevées.

### Résultats et outils développés

- 1 585 questionnaires conformes analysés ;
- Légalisation du cannabis : 56,8 % des répondants sont neutres ou en accord. 65,2 % des répondants soulèvent des préoccupations. Principales préoccupations spontanées soulevées : consommation chez les jeunes, conséquences santé mentale et sécurité routière. Problèmes spécifiques (>50 % des répondants) : initiation à un jeune âge, santé mentale, banalisation de la consommation et mineurs davantage ciblés par le crime organisé ;
- Consommation dans les lieux publics extérieurs : 60,8 % des répondants soulèvent des préoccupations. Principales préoccupations spontanées soulevées : odeur, fumée secondaire et jeunesse en général. Problèmes spécifiques (>50 % des répondants) : préoccupations spontanées et banalisation. La majorité des répondants sont en désaccord avec la consommation de cannabis dans les quartiers résidentiels, les centres-villes, les espaces verts, les berges ou plages et les festivals/événements à caractère familial.

Tous les résultats présentés sont significatifs ( $p < 0,05$ ).

### Conclusion et recommandations

- Sujet qui soulève les passions et ne laisse personne indifférent (1585 réponses). Les répondants sont plus ouverts quant à la légalisation du cannabis que les Lavallois (40 %) et les Eustachois (40,5 %), mais plusieurs préoccupations touchant la jeunesse ;
- Fermeture face à la consommation dans les lieux publics extérieurs par l'atteinte des droits individuels des non-consommateurs par l'odeur et la fumée secondaire. Les répondants sont en accord avec la légalisation tant que cela ne les affecte pas ;
- Principale force de l'étude : puissance statistique ;



- Validité interne restreinte par biais de sélection (surreprésentation - femmes, jeunes et consommateurs) et de confusion ;
- Validité externe circonscrite par la spécificité d'éléments spatiotemporels et législatifs uniques à la période de collecte.

### **Recommandations**

1. Considérer les préoccupations vers les jeunes en favorisant un renforcement positif du potentiel individuel des parents/partenaires et des jeunes via l'élaboration d'outils de discussion, la mise en place de forums, l'éducation directe des jeunes et la création de services d'aide propres à cette clientèle ;
2. Assurer une compréhension des balises de consommation dans les lieux publics extérieurs via de l'information claire transmise lors de l'achat, via les canaux de communication traditionnels et via un affichage visible dans les lieux publics extérieurs ;
3. Aborder la consommation du cannabis auprès de la population en outillant les intervenants de première ligne, en favorisant les actions communautaires et en finançant les services de sécurité publique afin de permettre l'élaboration de corridors de services spécifiques de dépistage et d'orientation adéquats des cas de troubles d'usage du cannabis.



## 14 Retrait de la circulation de transit pour les véhicules particuliers dans le parc Mont-Royal : quelles implications pour la santé publique ?

**Auteurs**

Karine Forgues

Sophie Goudreau, Anne Pelletier, David Kaiser, Patrick Morency, Rosalie Marion, Michel Fournier

### Contexte et objectifs

Les parcs et espaces verts en milieu urbain ont été associés à de multiples bienfaits pour la santé de la population. Leurs impacts sur l'activité physique, la santé mentale, la cohésion sociale et l'environnement sont de plus en plus reconnus. Plusieurs composantes d'un parc peuvent favoriser leur utilisation, dont l'accès, la proximité, la grandeur, la qualité, l'entretien, la présence d'installations sportives et de sentiers. De plus, une étude a documenté un lien entre la qualité sonore et la satisfaction quant à l'utilisation d'un parc. Par ailleurs, le bruit associé au transport routier est la principale source de nuisance sonore dans les parcs. Très peu d'études ont évalué les effets d'une intervention visant à améliorer les composantes d'un parc qui sont associées à leur utilisation.

Au cours de l'été 2018, la Ville de Montréal a instauré un projet pilote visant à diminuer le volume de véhicules traversant le parc du Mont-Royal sur l'axe Camillien Houde/Remembrance. Plus spécifiquement, l'intervention vise à éliminer la circulation de transit des véhicules particuliers sur cette route traversant le parc du Mont-Royal.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'effet du projet pilote sur le volume de véhicules ainsi que sur les niveaux sonores sur l'axe Camillien-Houde/Remembrance et les routes alternatives. L'étude explorera aussi l'effet du projet pilote sur le nombre de piétons et de cyclistes circulant sur cet axe.

### Méthode et démarche

L'ensemble des données a été collecté sur l'axe Camillien-Houde/Remembrance (site d'intervention) et sur les routes alternatives avant l'implantation du projet pilote (du 16 au 23 mai 2018) et pendant le projet pilote (9 au 16 juin 2018).

La Ville de Montréal a effectué les comptages de véhicules motorisés, de piétons et de cyclistes à quelques intersections durant la semaine et la fin de semaine.

Les niveaux de bruit ont été mesurés par la Direction régionale de santé publique à une quinzaine de sites : au site d'intervention, sur les routes alternatives ainsi qu'à deux sites contrôles. Les sonomètres « Noise Sentry » ont été utilisés pour mesurer les niveaux sonores en continu durant une semaine. Les niveaux sonores moyens et le volume total des véhicules ont été calculés pour différentes périodes de la journée (pointe du matin, après-midi, pointe du soir, soirée et nuit). Par la suite, une comparaison a été effectuée avant et pendant le projet pilote.

### Résultats et outils développés

Selon les résultats préliminaires, les niveaux sonores ont diminué significativement sur le site d'intervention pendant le projet pilote. Cette diminution a été observée à plusieurs moments de la journée, mais principalement aux heures de pointe durant la semaine. De plus, les résultats montrent que les niveaux sonores de quelques sites localisés sur les routes alternatives sont légèrement plus élevés à la suite de l'implantation du projet.

Les données de la Ville de Montréal ne sont pas disponibles pour le moment, mais l'affiche inclura aussi la comparaison des volumes de piétons et de cyclistes sur le site d'intervention, avant et pendant le projet pilote.

### Conclusion et recommandations

Ce projet a été une opportunité unique de quantifier les effets d'une intervention dans un grand parc. Les résultats de l'étude démontrent que le projet pilote de la Ville de Montréal s'inscrit dans une perspective de santé publique, en diminuant l'exposition aux véhicules motorisés, en promouvant des déplacements actifs et en diminuant l'exposition au bruit des utilisateurs du parc. Un projet visant la diminution de la circulation motorisée sur les grands axes routiers pourrait également contribuer à laisser une plus grande place aux modes de transport actif et réduire les effets délétères du bruit et des traumatismes routiers sur la santé.

## 15 Comparaison du nombre de pas quotidiens chez les adultes canadiens avec ou sans antidépresseur(s) : analyse transversale de l'Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé

**Auteurs**

St-Amour, S.

Hains-Monfette, G., Bernard, P.

### Contexte et objectifs

Aujourd'hui, plus de 10 % des adultes canadiens ont une prescription d'antidépresseur et cette proportion a une tendance à la hausse (Morkem, Barber, Williamson, & Patten, 2015). Ces prescriptions ne sont toutefois pas toujours liées à un diagnostic de trouble dépressif. En effet, près de la moitié des prescriptions d'antidépresseurs (44,8 %) ont été remplies pour une raison autre et près du tiers (29,4 %) sont faites pour des raisons ou dans des dosages non approuvés (Wong *et al.*, 2016). Une récente méta-analyse (Schuch *et al.*, 2017) conclut que les individus aux prises avec un trouble dépressif rapportent une durée plus faible d'activité physique (AP) et plus élevée de sédentarité que la population générale. Toutefois, comme ils ne représentent que la moitié des individus consommant un antidépresseur, on ne peut établir d'association entre la prise de ce médicament et les habitudes d'AP. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné les mesures objectives d'AP et de sédentarité chez les adultes avec un traitement antidépresseur. En conséquence, notre objectif était d'examiner si l'AP des adultes avec un traitement antidépresseur était significativement différente d'adultes sans psychotropes au sein de la population canadienne.

### Méthode et démarche

À l'aide de données recueillies lors des trois premiers cycles (2007 - 2013) de l'Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé (ECMS) de Statistiques Canada, nous avons pu procéder à une analyse détaillée du nombre de pas mesurés par accélérométrie en fonction de la prise d'antidépresseur dans la semaine précédant l'entrevue et selon le type d'antidépresseur présent chez les individus interrogés. L'ECMS nous fournit un avantage majeur quant aux données relatives à la médication. En effet, la collecte de données se faisant à domicile, le sondeur répertoriait tous les contenants de médicaments présents au domicile et les identifiait à l'aide de l'Anatomical Therapeutic Chemical Classification. Les participants de l'ECMS étaient considérés sous traitement antidépresseur s'ils déclaraient l'avoir pris à minima au cours de la semaine. Nous avons procédé à des analyses de covariances (ANCOVA) afin d'inclure des variables de contrôle sociodémographiques et utiliser les poids associés à l'utilisation de l'accéléromètre fournis Statistiques Canada.

### Résultats et outils développés

Notre échantillon était composé de 7680 participants. La prévalence pondérée d'adultes faisant état d'un traitement antidépresseur était de 9,3 %. Les adultes consommant un antidépresseur avaient un nombre de pas significativement plus faible que les participants ne consommant pas de médicament psychotrope (521,46 [p = 0,02] ) et cette différence s'accroît lorsqu'on n'inclut que ceux n'ayant qu'un traitement antidépresseur (598,00 [p = 0,03]). L'analyse de sensibilité suggère que les participants avec une molécule n'appartenant ni à la catégorie des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS), ni à celle des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine-Norépinéphrine (IRSN), ni à celle des Tricycliques, ainsi que ceux avec une molécule appartenant à la catégorie des ISRS marchaient 1086,45 (p = 0,03) et 678,29 (p = 0,05) pas de moins par jour respectivement comparativement à notre groupe contrôle.

### Conclusion et recommandations

Chez les adultes canadiens avec un traitement antidépresseur, le nombre de pas est significativement plus faible. Ainsi, les cliniciens au contact d'adultes ayant un traitement antidépresseur, pourraient régulièrement rappeler les intérêts d'une pratique régulière d'AP, notamment de la marche (Bernard *et al.*, 2015 ; F. B. Schuch *et al.*, 2016).

## **16 Durées quotidiennes d'activité physique et de sédentarité chez les adultes de 35 ans et plus avec une MPOC déterminée par spirométrie — Analyse transversale de l'Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé**

**Auteurs**

Gabriel Hains-Monfette

Paquito Bernard, Sarah Atoui, Gregory Moullec

### **Contexte et objectifs**

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) devrait être la troisième cause de décès prématuré et d'incapacité au Canada et dans le monde d'ici 2020. L'étude vise à comparer la durée quotidienne d'activité physique et de sédentarité mesurée objectivement dans un échantillon nationalement représentatif d'adultes affectés par une MPOC et d'adultes en santé. L'étude examine aussi ces comportements en fonction de la gravité de la MPOC.

### **Méthode et démarche**

Selon les données des cycles 1, 2, 3 de l'Enquête Canadienne des Mesures de Santé, 6440 participants, âgés de 35 à 79 ans, disposaient de données d'accélérométrie et de spirométrie pré-bronchodilatateur valides. Une série d'analyses de covariance pondérées a été effectuée pour chaque niveau d'activité physique et de sédentarité avec des ajustements pour l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, la saison et la durée du port de l'accéléromètre, le travail, la cotinine sanguine, le niveau de scolarité et le revenu. Les niveaux de sévérité (stade 1, 2, 3-4) de MPOC étaient établis sur la base des normes du « Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease » puis les participants étaient comparés au groupe contrôle. Une série d'analyses de sensibilité a été réalisée pour examiner l'effet de la caractérisation sur le groupe contrôle et du statut de MPOC (c'est-à-dire la valeur de la limite inférieure à la normale) (Coates, Wong, Tremblay, & Hankinson, 2016).

### **Résultats et outils développés**

Une analyse pondérée transversale a montré que 14,6 % des participants à l'étude présentaient une obstruction respiratoire mesurée compatible avec la MPOC. La durée quotidienne d'activité physique (activité physique légère, modérée à vigoureuse), le nombre de pas et la durée de sédentarité n'étaient pas significativement différents chez les participants atteints de MPOC par rapport aux participants contrôles. Les participants ayant une sévérité de MPOC de niveaux 2, 3 et 4 présentaient toutefois un niveau d'activité physique modéré à vigoureuse quotidien significativement plus faible que les contrôles. Les analyses de sensibilités n'ont montré aucune différence aucun impact de nos stratégies de caractérisation sur nos résultats.

### **Conclusion et recommandations**

Les adultes canadiens atteints de MPOC effectuent une durée quotidienne d'activité physique légère, d'activité physique modérée à vigoureuse, de nombre de pas et de sédentarité semblable par rapport à ceux sans obstruction de la circulation d'air. Les résultats soulignent, pour la première fois, que les deux groupes sont extrêmement sédentaires et ont une durée d'activité physique quotidienne très faible. La stratégie de santé publique « Bouger plus et s'asseoir moins » pourrait également cibler les adultes avec ou sans MPOC.

## 17 La littératie physique dans les camps du YMCA : évaluation de la formation auprès des intervenants

**Auteurs**

Suzanne Laberge

Myriam Gilbert, Noémie Robitaille, Tina Tran

### Contexte et objectifs

Le problème de la sédentarité chez les jeunes (5-17 ans) est actuellement un enjeu majeur de santé publique au Québec. Au-delà des initiatives en contexte scolaire, les camps de jour présentent une opportunité pour faire bouger les jeunes pendant l'été. Le YMCA a développé un projet de formation de son personnel de camp pour qu'ils intègrent la littératie physique (LP) dans la programmation de leurs activités. La LP est définie comme : « the motivation, confidence, physical competence, knowledge, and understanding to value and take responsibility for engagement in physical activities for life »<sup>1</sup> (1). Une programmation intégrant la LP devrait permettre :

- Un encadrement favorisant l'inclusion et le plaisir (motivation/confiance)
- Une optimisation du temps actif en proposant des jeux variés et ajustés aux niveaux d'habiletés des jeunes (compétence physique)
- Une sensibilisation des jeunes et des parents à l'importance d'adopter de saines habitudes de vie (savoir/compréhension).

En complément aux formations précamp, une formation sur la LP a été donnée aux animateurs (2à7h) et aux coordonnateurs (4à9h). Cette formation visait à : expérimenter des variantes de jeux, exploiter de façon ludique les environnements disponibles (piscine, gymnase, parc, etc.), adapter les activités pour inclure les enfants à besoins particuliers, développer différentes habiletés motrices (attraper, lancer, etc.) et envisager diverses stratégies pour échanger sur la LP avec les parents.

Objectif : évaluer l'impact de la formation concernant...

1. la compréhension des concepts de LP
2. la satisfaction quant au contenu
3. la pertinence des outils
4. l'intention d'utiliser les outils
5. le sentiment de maîtrise des outils (auto-efficacité)
6. la transmission des informations aux parents

### Méthode et démarche

Trois questionnaires en ligne et trois groupes de discussion (GD) ont été réalisés. Les questionnaires destinés aux intervenants ciblaient les éléments d'évaluation ci-dessus et comportaient des questions sociodémographiques. Le questionnaire aux parents vérifiait s'ils avaient reçu le dépliant d'informations et en avaient pris connaissance. Les GD post-camp auprès d'un échantillon de coordonnateurs (n = 15) et d'animateurs (n = 5) visaient à connaître les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du projet, les stratégies développées pour surmonter les difficultés et leurs suggestions d'amélioration.

### Résultats et outils développés

Faits saillants des sondages :

- Le concept de LP était inconnu pour 75 % des animateurs (n = 41) et 62 % des coordonnateurs (n = 13)
- Quelques éléments appris : diversifier les activités, favoriser le plaisir et non seulement la compétence physique et donner le goût de bouger quotidiennement

---

<sup>1</sup> International Physical Literacy Association, 2017, accessible en ligne : <https://www.physical-literacy.org.uk/>

- 46 % ne se sentent pas tout à fait capables d'intégrer la LP dans leurs interventions
- 78 % ne se sentent pas complètement à l'aise de parler du projet aux parents

Faits saillants des GD :

- La LP fournit un rationnel supportant l'intervention en activité physique
- Il est important d'offrir plusieurs choix d'activités et d'impliquer les jeunes dans leur conception
- L'adaptation des courses à obstacles favorise l'inclusion des jeunes à besoins particuliers
- Les 9 à 12 ans demeurent un groupe plus difficile à faire bouger et pour lequel il faut trouver de nouvelles stratégies pour susciter leur goût d'être actif.

### **Conclusion et recommandations**

- Fournir un cartable résumé du concept et des outils de LP aux intervenants
- Fournir une banque de fiches de jeux imprimées et portatives
- Faire des rappels à la mi-camp et offrir une possibilité d'accompagnement
- Regrouper les plages horaires dans la grille de programmation
- Alléger le dépliant remis aux parents

La LP peut aider à inspirer le personnel des camps dans leurs interventions ainsi qu'à contribuer à une meilleure intégration de l'activité physique quotidienne chez les jeunes. Des efforts de vulgarisation du concept dans la documentation destinée aux intervenants et aux parents seraient nécessaires pour améliorer l'efficacité de la formation.

## 18 Le programme Trottibus dans le regard des parents et des enfants : évaluation des impacts auprès de deux cohortes de participants

**Auteurs**

Marie-Soleil Cloutier

Sylvanie Godillon, Aimée Thouin, Véronique Gallant, Dominique Claveau

### **Contexte et objectifs**

Comme c'est le cas dans les autres provinces canadiennes et dans de nombreux pays occidentaux, la marche comme mode de transport pour se rendre vers l'école est en forte diminution depuis plusieurs années au Québec. Au cours des dernières années, des initiatives ont vu le jour pour tenter de freiner cette diminution du transport actif (marche, vélo) vers l'école. Les pédibus en sont un exemple : il s'agit d'un « autobus pédestre », qui permet d'accompagner les enfants, à pied, vers leur école sur un trajet prédéterminé, un horaire et sous la supervision d'un adulte.

### **Méthode et démarche**

Depuis 2010, la Société canadienne du cancer (SCC) — Québec a favorisé l'implantation de projets d'autobus pédestres dans les écoles de la province via un programme appelé « Trottibus ». Dans le cadre de ce programme, la SCC offre un accompagnement personnalisé à chacune des écoles participantes, l'ensemble des outils nécessaires à la mise en place du projet ainsi qu'un soutien dans le recrutement de bénévoles et dans le développement de partenariats pour favoriser la pérennité du Trottibus dans les milieux. En 2016, l'Institut National de la Recherche scientifique s'est vu confier l'évaluation de ce programme ainsi que ses retombées les enfants marcheurs et leur famille. Ce mandat repose sur une méthodologie en plusieurs étapes incluant 1) une enquête par questionnaire sur le web (EQ-web) auprès des parents et des enfants de deux cohortes (printemps et automne) : avant leur participation (N = 180) et 6 mois après le début de leur participation (N = 71) et 2) une enquête par entretiens (EE) auprès de certains parents ayant répondu à l'enquête web (N = 22).

### **Résultats et outils développés**

Avant l'arrivée du Trottibus, 58 % des enfants se rendaient à l'école en transport motorisé (voiture, autobus) et 39 % utilisaient déjà le transport actif. Six mois plus tard, ce sont 56 % des enfants qui utilisaient le Trottibus (donc la marche) et 24 % la voiture. De plus, les répondants (EQ-web) ont rapporté que les bienfaits les plus importants du Trottibus sont que l'enfant se rend à l'école accompagné d'adultes, que c'est plus sécuritaire, et que leur enfant marche avec ses amis. L'EE a précisé que les avantages de cette participation sont aussi pour les parents eux-mêmes, notamment une meilleure gestion de la routine du matin et une socialisation avec les autres parents, en particulier pour les bénévoles. Finalement, les deux méthodes de collectes ont révélé que les valeurs familiales sont importantes dans le choix du Trottibus : les parents et les enfants participants perçoivent la marche comme positive pour la santé, valorisent l'autonomie et les gestes favorables à l'environnement (comme le transport actif).

### **Conclusion et recommandations**

Nos résultats significatifs à la fois en termes de changement de mode de transport et de nombreux bénéfices rapportés par les parents nous permettent de conclure au bien-fondé de l'implantation de tels programmes favorisant le transport actif. Cela est d'autant plus vrai qu'une des raisons principales pour lesquelles l'enfant ne participe plus ou n'a jamais participé au programme Trottibus était le manque de bénévoles dans les écoles participantes, et non pas une insatisfaction relié au programme en soi. À ce titre, l'implication d'autres acteurs du milieu scolaire, voire municipal (incluant les services policiers), est souhaitable pour en assurer la pérennité.



## **19 Le programme Participe-Présent pour la promotion de la santé mentale et la participation sociale des aînés : résultats de la mise à l'essai**

**Auteurs**

Ginette Aubin

Norma Gilbert, Manon Parisien, Bernadette Dallaire, Véronique Billette, Kareen Nour

### **Contexte et objectifs**

Plusieurs aînés vivant avec des problèmes de santé mentale (PSM) ou des difficultés psychosociales (deuil, détresse psychologique, etc.), participent peu aux ressources de leur communauté. Cela peut les mener à vivre des situations d'exclusion sociale et d'isolement et parfois à les accentuer (Nour et coll., 2012). Le programme Participe-Présent a été développé dans le but de promouvoir la participation communautaire de ces aînés afin d'augmenter leurs connaissances des ressources, favoriser les liens sociaux, renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle et soutenir la création de milieux favorables (Parisien et coll., 2017). Le programme est constitué de quatre volets : 1) un entretien individuel ; 2) un atelier de groupe s'étalant sur huit rencontres ; 3) des visites de ressources dans la communauté ; et 4) un projet collectif de communication médiatique.

Objectifs : Cette étude visait deux objectifs 1) documenter le processus d'implantation du programme par l'analyse des variables, telles que la population rejointe, la satisfaction ainsi que l'appréciation des animateurs et des participants et 2) explorer les bénéfices pour les participants au programme.

### **Méthode et démarche**

Le programme a été offert dans cinq organismes ayant des missions variées (Organismes communautaires en santé mentale, Centre de jour pour adultes en perte de mobilité, Habitations à loyer modique), et dans des régions différentes (Montréal, Shawinigan, Québec). Au total, trente-cinq adultes vieillissants de 50 ans et plus (moyenne : 65,69 ± 9,1) ayant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale affectant leur participation sociale, cinq animateurs du programme et trois responsables des organismes ont participé à la recherche. Le devis de recherche utilisé était mixte, comportant un volet qualitatif descriptif sur le processus d'implantation et un volet exploratoire préexpérimental utilisant des mesures prépost. Des questionnaires (par exemple, l'Échelle de perception de l'efficacité sociale, l'Échelle de provisions sociales, l'Auto-évaluation occupationnelle, l'Échelle d'appartenance à la communauté, des questions provenant d'enquêtes telle que l'Enquête québécoise sur les activités physiques, sportives et de loisir) ont été complétés et deux entrevues semi-structurées individuelles ont été réalisées avec chaque participant au programme. Une entrevue post-programme a été réalisée avec les animateurs du programme ainsi qu'avec les responsables des organismes.

### **Résultats et outils développés**

D'une part, les principaux résultats de l'analyse des données quantitatives indiquent que les participants au programme ont rapporté une diminution du sentiment de solitude, une augmentation de leur satisfaction de leur vie sociale ainsi qu'une augmentation de leurs connaissances et des visites aux ressources de la communauté. D'autre part, les résultats qui ont émergé de l'analyse qualitative portent sur les multiples bénéfices pour les participants suite au programme soit : les apprentissages réalisés, le plaisir d'être ensemble, l'entraide, la croissance personnelle, la motivation à se mettre en action et la participation dans la communauté (faire des activités dans la communauté). Les animateurs ont souligné l'adaptabilité du programme et les responsables d'organismes ont identifié les facteurs facilitants (ex. : éléments organisationnels) et les obstacles (temps de préparation des intervenants) à son implantation ce qui a permis de bonifier le programme.

### **Conclusion et recommandations**

Cette recherche confirme la pertinence du programme Participe-Présent auprès des aînés. Ce programme a le potentiel de contribuer à la déconstruction des préjugés et au développement d'une société plus inclusive à l'égard de tous les aînés par son ouverture sur la communauté. Les retombées touchent tant les personnes qui y participent dans leur engagement accru dans leur communauté et dans leur pouvoir d'agir gagné, que leur environnement, par les réseaux créés suite à leur participation. Des études futures pourront porter sur les conditions favorables à l'implantation de ce programme et mèneront à des recommandations favorisant le succès de l'implantation de Participe-présent dans différents contextes.

## 20 L'isolement social, la fragilité et la santé des personnes âgées vivant à domicile : une revue exploratoire de la littérature

**Auteurs**

Fereshteh Mehrabi

François Béland

### Contexte et objectifs

Au cours de la dernière décennie, la quantité et la qualité des relations sociales au cours de la vie des individus sont devenues l'un des principaux défis auxquels la société vieillissante est confrontée. À l'échelle mondiale, près de 50 % des personnes âgées courent un risque d'isolement social et environ un tiers des personnes âgées de 60 ans et plus se sentent seules. Dans une large mesure, la santé des personnes âgées dépend de l'isolement social. Mais à ce jour, les différentes analyses de la relation entre l'isolement social et la santé n'ont pas examiné le rôle de la fragilité. Notre objectif est de déterminer l'état de la recherche sur la relation entre les dimensions objectives et subjectives de l'isolement social et de la fragilité, ainsi que leurs effets sur la santé des personnes âgées vivant à domicile. La dimension objective de l'isolement social comprend : 1) les réseaux sociaux et 2) la participation sociale. La dimension subjective se réfère : 1) au sentiment de solitude et 2) au soutien social, deux aspects associés à la qualité des relations sociales.

### Méthode et démarche

Nous avons suivi le cadre méthodologique en cinq étapes pour les comptes-rendus exploratoires de la documentation scientifique proposé par Arksey et O'Malley et les lignes directrices de la déclaration PRISMA. Nous avons recherché des articles originaux publiés en anglais ou en français, de 2001 à juin 2018, et ce, selon les six bases de données bibliographiques suivantes : Medline, Embase, CINAHL Plus, Scopus, Web of Science et PsycINFO.

### Résultats et outils développés

Vingt-et-un (21) articles, provenant de 13 pays, ont été inclus à partir de 4 001 citations. La plupart des études sont transversales (57 %), menées en Europe (61 %) et mesurent le phénotype de fragilité (90 %). Les articles ont été examinés en mettant l'accent sur « l'association entre l'isolement social et la fragilité », et sur « l'association entre l'isolement social, la fragilité et la santé ».

Concernant l'association entre l'isolement social et la fragilité, plusieurs études ont démontré des associations significatives entre les réseaux sociaux, la participation sociale, la solitude et la fragilité. Cependant, l'effet du soutien social et de l'isolement social sur la fragilité n'était pas clair.

Concernant l'association entre l'isolement social, la fragilité et la santé, le soutien social et la participation sociale étaient les dimensions les plus souvent mesurées de l'isolement social, tandis que les effets de l'isolement social et de la solitude sur la fragilité et la santé n'ont pas été étudiés. Toutes les études ont montré que la fragilité était associée de façon significative à la mauvaise santé des personnes âgées, y compris le déclin fonctionnel, les chutes, l'hospitalisation et la mortalité. Cependant, la nature des effets du soutien social et de la participation sociale sur la fragilité et les résultats en matière de santé varie selon le sexe, le contexte social, le mode de vie et la façon dont la fragilité et l'isolement social sont évalués.

### Conclusion et recommandations

Peu d'attention a été portée au rôle des dimensions subjectives de l'isolement social sur la fragilité et leurs effets sur la santé, ainsi que sur les facteurs modérateurs. Une étude longitudinale examinant l'isolement social multidimensionnel et la fragilité est nécessaire pour explorer les aspects de l'isolement social qui ont plus d'effets sur la fragilité et la santé.

## 21 Les repères de consommation d'alcool à faible risque dans le monde et les personnes âgées : Une synthèse des connaissances

**Auteurs**

Véronique Leclair

Nicole April, Réal Morin

### Contexte et objectifs

La consommation d'alcool est reconnue comme étant associée à plus de 200 problèmes sociaux et de santé. Elle se place d'ailleurs au 6<sup>e</sup> rang des facteurs de risque ayant le plus d'impact sur la mortalité et l'incapacité au Canada, ce qui en fait un enjeu de santé publique majeur. Depuis plusieurs années, des repères de consommation d'alcool à faible risque sont communiqués à la population canadienne. Ces repères indiquent des limites de consommation quotidiennes et hebdomadaires, précisent des situations où il est préférable de ne pas boire et suggèrent des mises en garde pour des situations particulières. Actuellement, au Canada, aucune recommandation spécifique pour les personnes âgées n'est proposée. Pourtant, plusieurs changements physiologiques normaux liés à l'âge, de même que les maladies et la prise de médicaments dont la fréquence augmente avec l'âge, peuvent augmenter la sensibilité à l'éthanol et ses conséquences. Dans un tel contexte, il est pertinent de poser la question de l'applicabilité des repères actuels de consommation d'alcool pour les personnes âgées. La présente affiche présente les données de la première phase d'un projet de recherche dont les résultats pourraient conduire à la formulation de recommandations de repères de consommation d'alcool à faible risque spécifiques aux personnes âgées. Cette affiche a pour objectifs : 1 — De faire l'inventaire des repères de consommation d'alcool (RCA) proposés à travers le monde et 2 — de localiser des repères spécifiques à l'intention des personnes âgées.

### Méthode et démarche

Afin de retracer un maximum de RCA pertinents, un protocole de recherche en trois étapes est utilisé, assurant aussi que la méthode soit la plus transparente et explicite possible. Étant donné que ce n'est pas tous les pays qui sont dotés de RCA, la recherche est restreinte à 89 pays identifiés comme étant susceptibles de proposer des RCA. D'abord, lorsque disponibles, les guides alimentaires des 89 pays sont examinés afin d'identifier des RCA. Ensuite, une recherche dans Google, restreinte aux sites gouvernementaux, est effectuée à l'aide de mots-clés en anglais. Enfin, trois recensions des écrits s'intéressant aux RCA dans le monde sont consultés afin d'améliorer l'exhaustivité de la recherche.

### Résultats et outils développés

Au total, 58 pays présentent des RCA à faible risque. La synthèse permet de comparer les repères canadiens à ceux d'autres pays. Il ressort de ce portrait que les repères de consommation quotidienne de 27 g d'alcool par jour pour les femmes et de 40 g d'alcool par jour pour les hommes représentent des niveaux de consommation plus élevés que ceux préconisés dans la majorité des pays. En effet, 95 % des pays recensés recommandent une consommation quotidienne inférieure à la limite canadienne chez les femmes. Concernant les hommes, c'est 80 % des pays qui recommandent une consommation quotidienne inférieure à la limite canadienne. Par ailleurs, seulement 4 pays proposent des recommandations spécifiques aux personnes âgées. Néanmoins, 33 % des pays émettent des mises en garde sur la consommation d'alcool chez les personnes âgées ou sur les risques de la consommation conjointe d'alcool et de médicaments.

### Conclusion et recommandations

La présente synthèse des connaissances permet de comparer les RCA provenant de près d'une soixantaine de pays. D'une part, les résultats mettent en lumière que les repères canadiens sont plus élevés que ceux préconisés à l'international. D'autre part, il semble qu'une préoccupation quant à la consommation d'alcool chez les personnes âgées est partagée par plusieurs pays. Notons que les présents résultats seront triangulés avec les données provenant d'une synthèse des connaissances sur les facteurs de risque biologiques liés à la consommation d'alcool chez les personnes âgées (phase 2 du projet) et avec les données provenant d'un avis d'experts canadiens sur le sujet (phase 3).

## 22 Intoxications aiguës à l'alcool et boissons sucrées alcoolisées

**Auteurs**

Nicole April

Catherine Paradis, Réal Morin, Manon Niquette, Aurélie Maurice, Claude Cyr

### Contexte et objectifs

À l'été 2017, les médias québécois ont rapporté une problématique de consommation de boissons alcoolisées sucrées à base de malt associée à des cas d'intoxications aiguës à l'alcool chez des jeunes. Ces produits, leur publicité sur les médias sociaux et leurs conséquences sur la santé ont soulevé des inquiétudes qui ont conduit à documenter la situation au Québec. L'étude a pour but de décrire 1) les intoxications aiguës à l'alcool 2) sociaux, 3) les ventes de boissons sucrées alcoolisées et 4) les publicités des produits dans les médias.

### Méthode et démarche

Les données de consultations aux urgences pour intoxication aiguë à l'alcool (code F10) ont été obtenues du Système d'information de gestion des départements d'urgence de 2014 à 2017. La fréquence et l'évolution des intoxications ont été décrites selon le genre, l'âge et la période. Les données pour décrire l'évolution des ventes de boissons sucrées à base de malt dans les épiceries et dépanneurs en 2016 et 2017 ont été obtenues de la firme de marketing Nielsen. Les pages des trois marques de ces produits alcoolisés vendus au Québec ont été consultées en janvier 2018, sur Facebook, Twitter, Instagram et YouTube afin d'analyser les publicités de façon qualitative et de vérifier si elles respectaient le Code de la publicité des boissons alcoolisées du CRTC.

### Résultats et outils développés

Entre le 1er janvier et le 26 novembre 2017, 7 055 personnes se sont présentées aux urgences pour cette raison. Parmi eux, 2 332 cas concernaient des jeunes âgés de 12 à 24 ans, incluant 485 cas chez des jeunes qui n'ont pas l'âge légal de se procurer de l'alcool. Les taux les plus élevés se retrouvent chez les 18 à 24 ans. On observe une augmentation entre 2014 et 2017 chez les 18 à 24 ans et les 25 à 34 ans. La majorité des jeunes âgés de 12 à 24 ans (86 %) sont arrivés à l'urgence en ambulance. Chez les mineurs, les consultations sont plus fréquentes durant les semaines correspondant à la fin des classes et à la Fête nationale du Québec. Chez les jeunes adultes, elles sont plus fréquentes lors des semaines correspondant à la rentrée scolaire et à l'Halloween. Les ventes de boissons à haute teneur en sucre et alcool sont à la hausse dans les épiceries et dépanneurs du Québec. Ce sont les produits les plus fortement alcoolisés qui voient leurs ventes progresser le plus : une hausse de plus du triple (319 %) pour les produits de plus de 11 % d'alcool dans l'espace d'une année. Plusieurs sont accessibles à faible prix, se situant sous le prix minimum recommandé. La publicité de ces produits cible particulièrement les jeunes et plusieurs contenus contreviendraient au Code de la publicité des boissons alcoolisées du CRTC si ce dernier s'appliquait aux médias sociaux : recours à des attraits associés à des personnes mineures, utilisation d'une personne mineure dans une publicité sur les boissons alcoolisées, dérision autour de comportements irresponsables.

### Conclusion et recommandations

Si les données disponibles ne permettent pas de conclure que les produits à haute teneur en sucre et alcool sont la cause principale des cas d'intoxications aiguës vus aux urgences du Québec en 2017, la triangulation de données médico-administratives, de marché et d'observation des médias sociaux a permis d'objectiver que la problématique est préoccupante. Ces résultats appuient le renforcement des actions de prévention : réglementation sur le prix minimum des boissons alcoolisées, réglementation du format des produits, réglementation de la publicité sur Internet, actions de prévention à des moments critiques de l'année et services cliniques pour les personnes amenées à l'urgence pour intoxication à l'alcool.

## **23 Adolescents et boissons sucrées : comprendre les facteurs qui influencent leur consommation pour mieux intervenir**

**Auteurs**

Dominique Beaulieu

Lydi-Anne Vézina-Im, Stéphane Turcotte, Dominic Simard,  
Danielle Boucher, Laurence Guillaumie, Frédéric Douville, Karine Petit

### **Contexte et objectifs**

La surconsommation de boissons sucrées est associée à plusieurs problèmes de santé tels que l'obésité (1-6), les maladies du cœur (7-9), l'accident vasculaire cérébral (7), le diabète (10-12), l'hypercholestérolémie (13,14), le cancer (15) et les caries dentaires (16). Ces boissons incluent les boissons gazeuses, aux fruits, énergisantes, pour sportifs, les thés et cafés sucrés, les eaux vitaminées et les barbotines. Les adolescents sont de grands consommateurs de ces boissons (17-19), qui n'apportent aucun bénéfice au plan nutritionnel, augmentent l'apport total en calories et peuvent prendre la place d'aliments ou breuvages essentiels à la croissance. L'American Heart Association recommande un apport en boissons sucrées maximal de 8 onces (237 ml) et moins par semaine (20). Le but de cette étude était d'identifier les facteurs associés à l'abstinence de consommer des boissons sucrées chez les adolescents de la région de Chaudière-Appalaches.

### **Méthode et démarche**

Des adolescents âgés de 14 à 17 ans fréquentant quatre écoles secondaires issues de divers environnements sociodémographiques (rural vs urbain ; favorisé vs défavorisé) ont rempli un questionnaire électronique fondé sur l'Approche de l'action raisonnée (21) en avril 2018. Ce questionnaire mesurait la quantité des différents types de boissons sucrées consommées au cours du dernier mois à l'aide d'un questionnaire adapté du Kids-BEVQ-15 (22), ainsi que les facteurs psychosociaux et sociodémographiques associés à la consommation et à l'intention de s'abstenir de consommer ces boissons. Des analyses de régressions linéaires multiples pour l'intention de s'abstenir et logistiques pour le comportement de consommation, de même que des analyses de variances multivariées ont été réalisées.

### **Résultats et outils développés**

Au total 311 questionnaires (52,4 % de filles) ont été analysés. Parmi ce nombre, seulement 16 % des participants respectaient les recommandations de l'American Heart Association. L'apport en boissons sucrées était supérieur chez les garçons comparativement à celui des filles. Le comportement de consommation était expliqué par une faible intention de s'abstenir, un faible contrôle perçu, le sexe masculin et le programme de formation scolaire régulier. Pour ce qui est de l'intention de s'abstenir de consommer, le score moyen des répondants était plutôt neutre à défavorable. L'identité personnelle, l'attitude, la norme perçue, l'âge et la perception de l'environnement ont permis d'expliquer 66 % de la variance de cette intention de s'abstenir. Plusieurs croyances de contrôle, telles que l'accès facile aux boissons sucrées, l'accès à l'eau, les occasions spéciales, être en présence des personnes qui consomment des boissons sucrées et la publicité sur les boissons sucrées, permettaient de différencier les adolescents ayant une faible consommation de ceux qui avaient une forte consommation de boissons sucrées.

### **Conclusion et recommandations**

Ces données permettent de dégager des cibles d'intervention à prioriser pour promouvoir la réduction de la consommation de boissons sucrées chez les adolescents, et ultimement, réduire la prévalence de maladies chroniques qui sont associées à leur surconsommation. De plus, ces informations permettront de guider les décideurs, intervenants de santé publique, professionnels de la santé et les milieux scolaires dans l'élaboration d'interventions pour réduire l'apport en boissons sucrées chez les adolescents québécois.

## 24 Les boissons sucrées de A à Z

**Auteurs**

Paquette, M.C.

Gauthier, A., Chaput, S., Plamondon, L., Durette, G.

### Contexte et objectifs

Les boissons sucrées sont un problème majeur de santé publique en raison de leur consommation importante dans la population et de leur association à plusieurs problèmes de santé. La mise en place de politiques publiques pour réduire leur consommation doit être informée par des données probantes qui contribueront à définir le problème, à documenter des interventions efficaces ainsi que leurs effets indésirables potentiels. Ce projet a pour objectif de réunir un corpus de données probantes issues de travaux menés à l'INSPQ pour soutenir des mesures de réduction de la consommation de boissons sucrées au Québec.

### Méthode et démarche

Des données d'achats alimentaires ont été analysées pour dresser un portrait de la situation. Des recensions d'écrits scientifiques ont été menées pour explorer la définition des boissons sucrées, leurs impacts sur la santé ainsi que pour analyser l'efficacité de la taxation des boissons sucrées et de mises en garde sur leurs contenants.

### Résultats et outils développés

Il n'existe pas de définition universelle des boissons sucrées. Elles sont généralement définies comme étant des boissons non alcoolisées, gazéifiées ou non, contenant des sucres ajoutés et incluent les boissons gazeuses, les boissons aux fruits, les thés et cafés prêts à consommer, les boissons pour sportifs et les boissons énergisantes. Plusieurs revues systématiques et méta-analyses démontrent des associations robustes entre la consommation de boissons sucrées et la carie dentaire, l'excès de poids, le diabète de type 2 et les maladies coronariennes.

Au Québec, les boissons sucrées représentent le quart (24,5 %) du volume en litre des achats de boissons en supermarchés et magasins grande surface. De 2010-11 à 2015-16, une diminution des achats de boissons gazeuses régulières (27 %) et diètes (24 %) ainsi que l'achat des boissons aux fruits (24 %) a été observé. Malgré cela, les boissons sucrées demeurent la catégorie d'aliments ultra-transformés la plus achetée au Québec. En effet, elles représentent 32,5 % des achats d'aliments ultra-transformés (en volume).

L'analyse des données empiriques des politiques de taxation montre que de manière générale, les taxes ont mené à une augmentation des prix et à une diminution des achats des boissons taxées. Par contre, les données disponibles ne sont pas suffisantes pour tirer des conclusions robustes quant aux effets sur la consommation de sucre notamment cause des effets de substitution.

Une analyse des écrits scientifiques concernant la mise en garde sur les contenants de boissons sucrées a porté sur son efficacité à sensibiliser la population aux risques de santé et à dénormaliser sa consommation. À cause du petit nombre d'articles portant sur les boissons sucrées, l'impact des mises en garde sur les contenants de boissons alcoolisées et l'emballage des produits du tabac a aussi été considéré. Les études montrent que les mises en garde augmentent la connaissance des risques de santé associés aux produits concernés et qu'elles pourraient influencer positivement les attitudes et les comportements des individus. En réduisant l'attrait du produit, les mises en garde peuvent aussi contribuer à modifier les normes sociales entourant sa consommation.

### Conclusion et recommandations

Dans le contexte québécois actuel, où l'achat de boissons sucrées est considérable et où leurs impacts sur la santé des boissons sucrées sont documentés, la mise en place de mesures pour réduire leur consommation est pertinente et justifiée. Alors que l'instauration d'une taxe sur les boissons sucrées représente une mesure de santé publique prometteuse, l'efficacité des mises en garde sur le contenant des boissons sucrées reste à être établie par un plus grand nombre d'études. Toutefois, ces mesures doivent s'inscrire dans un ensemble d'actions visant la consommation de boissons sucrées, la promotion de la consommation d'eau et, plus globalement, la saine alimentation.

## **25 Association entre la proportion d'enfants vaccinés dans les délais recommandés et la participation à un projet de recherche-action sur l'organisation des services de vaccination pour les enfants de 0-5 ans**

**Auteurs**

Mariejka Beauregard

Nicholas Brousseau, Manale Ouakki, Marilou Kiely,  
Chantal Sauvageau, Paule Clément, Maryse Guay

### **Contexte et objectifs**

Malgré l'obtention de couvertures vaccinales élevées, la proportion de vaccins administrés dans les délais recommandés reste faible au Canada et au Québec. Les enfants vaccinés tardivement demeurent plus longtemps susceptibles aux maladies évitables par la vaccination. Les interventions à composantes multiples sont possiblement efficaces pour améliorer la vaccination des enfants dans les délais recommandés, mais peu de données sont disponibles à ce sujet.

L'objectif de cette étude était de comparer la proportion d'enfants vaccinés dans les délais recommandés dans les CSSS ayant participé à un projet de recherche-action (correspondant à une intervention à composantes multiples) et les CSSS non participants.

### **Méthode et démarche**

Un projet de recherche-action de type Appreciative Inquiry visant à élaborer et à tester un modèle d'organisation des services de vaccination pour les enfants de 0-5 ans a été réalisé entre 2010 et 2015.

Un devis écologique de type avant-après avec groupes témoins non équivalents a été utilisé pour comparer les CSSS participants et non participants pendant les années financières 2011-2012 à 2014-2015.

La proportion d'enfants ayant reçu la première dose du vaccin DCaT-VPI-Hib avant l'âge de 2 mois et 14 jours, ainsi que la proportion d'enfants ayant reçu la première dose du vaccin Men – C-C avant l'âge de 12 mois et 14 jours ont été rendues disponibles par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

### **Résultats et outils développés**

Sur un total de 92 CSSS, 14 CSSS répartis dans 3 régions sociosanitaires ont participé à l'intervention. Une moyenne de 9 actions provenant du modèle d'organisation développé a été implantée par CSSS participant. Pendant la période à l'étude, 264 579 premières doses de DCaT-VPI-Hib et 240 541 premières doses de Men-C-C ont été administrées dans les 92 CSSS du Québec, dont 23 % dans les CSSS participants.

De 2011-2012 à 2014-2015, l'évolution de la proportion d'enfants vaccinés dans les délais recommandés à 2 mois et à 12 mois de vie a différé selon la participation à l'étude ( $p < 0,0001$  à 2 et à 12 mois). La proportion d'enfants vaccinés dans les délais recommandés à 2 mois est passée de 84 % à 90 % dans les CSSS participants et de 85 % à 88 % dans les CSSS non participants. La proportion d'enfants vaccinés dans les délais recommandés à 12 mois est passée de 62 % à 75 % dans les CSSS participants et de 69 % à 75 % dans les CSSS non participants. Ainsi, entre 2011-2012 et 2014-2015, les CSSS participants ont éliminé le tiers de leurs retards vaccinaux à 2 et à 12 mois de vie (35 % et 33 %, respectivement), alors que les CSSS non participants ont éliminé le cinquième des retards vaccinaux à 2 et 12 mois de vie (19 % dans les deux groupes d'âge).

### **Conclusion et recommandations**

Les proportions d'enfants vaccinés dans les délais recommandés à 2 et à 12 mois de vie ont évolué plus favorablement dans les CSSS participants que dans les CSSS non participants, ce qui est compatible avec un effet positif de l'intervention. L'analyse écologique réalisée ne permet toutefois pas de conclure à une association causale. La collaboration avec les intervenants du terrain lors de la conception du modèle d'organisation des services de vaccination et leur participation à la sélection des actions à implanter pour améliorer les services constituaient des caractéristiques innovantes de l'intervention.

## 26 Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 — Analyse de l'impact des nouveaux modes de gouvernance

**Auteurs**

Léo-Roch Poirier

Raynald Pineault, Marcio Gutierrez, Josée Morisset

### Contexte et objectifs

La mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 se fait dans le cadre des nouvelles structures mises en place suite à l'adoption de la Loi 10 créant, en avril 2015, les Centres intégrés (universitaires) de santé et services sociaux (CIUSSS). L'abolition du palier régional fait en sorte que les activités de première et deuxième lignes en santé publique sont intégrées. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a établi en juin 2015 des « balises pour atteindre les objectifs de la transformation et soutenir la prise de décision » en santé publique.

L'objectif général de l'évaluation est donc d'évaluer l'effet des nouveaux modes d'organisation des services de santé publique sur la mise en œuvre du PNSP dans une perspective d'amélioration des mécanismes de gouvernance.

### Méthode et démarche

Nous avons tenu dans toutes les régions du Québec (à l'exception des régions 17 et 18) des groupes de discussion (38 au total) d'une durée de 90 minutes auprès, d'une part, des comités de gestion des directions de santé publique, et d'autre part, auprès de professionnel(le)s et médecins œuvrant en santé publique. Une grille d'analyse été appliquée à la transcription des propos de chaque groupe de discussion de façon indépendante par au moins deux membre de l'équipe-projet et a été revue dans sa forme finale par l'auteur principal. Les principales dimensions à l'étude concernaient, soit les mécanismes sous-jacents à la mise en œuvre, soit les services du PNSP nous servant de cas-traceurs (6 au total).

Pour chacune de ces dimensions et pour chacun des établissements, une cote de 1 (impact très négatif) à 5 (impact très positif) a été attribuée de façon indépendante par trois des membres de l'équipe-projet. Le niveau d'accord interjuge a été de 94 %. Dans les autres cas, nous avons procédé par consensus.

Ces cotes ont par la suite servi à réaliser des analyses de correspondances multiples dont nous présentons ici les résultats.

### Résultats et outils développés

Quatre types d'organisation se dégagent de l'analyse.

Le premier (4 régions) se caractérise par des pertes importantes de ressources et d'expertise et des difficultés dans l'exercice de l'autorité fonctionnelle, l'intégration des équipes et l'harmonisation des pratiques. Par contre, on y observe que le PAR a été dans ces régions un outil de mobilisation et que les activités de communication y ont été particulièrement bien maintenues.

Le deuxième groupe (4 régions) a aussi été affecté par des pertes de ressources, mais a maintenu l'expertise professionnelle. Le PAR n'y est pas un outil de mobilisation et l'intégration des équipes n'est pas réussie. Mais l'harmonisation des pratiques et l'exercice de la responsabilité populationnelle sont assumés.

Le troisième groupe (6 régions) présente en général des résultats positifs sauf en ce qui concerne les activités de communication en soutien à la prévention — promotion.

Le quatrième groupe (2 régions) se distingue par l'absence de responsabilité populationnelle et la faiblesse du soutien aux activités de communication. Par contre, c'est le groupe qui a le mieux assuré le maintien de l'expertise et l'intégration des équipes.

### Conclusion et recommandations

Cette typologie devrait permettre aux régions de mieux cerner les enjeux auxquels elles font face. De plus comme le degré de mise en œuvre des services nous ayant servi de cas-traceurs n'est pas le même au sein de chaque groupe (quoiqu'il soit nettement plus élevé dans les groupes 3 et 4), la façon dont certaines régions ont pu, jusqu'à un certain point, contourner les contraintes auxquelles elles ont eu à faire face pourrait être utile à d'autres régions confrontés à ces mêmes contraintes.



## 27 Qui dit vrai : participants ou bases de données médico-administratives ? Une analyse de la concordance des prévalences de maladies à l'aide des données de la cohorte de CARTaGENE

Auteurs

Nolwenn Noisel

Yves Payette, Cristiano Moura, Catherine Labbé, Catherine Boileau, Sébastien Jacquemont, et l'équipe CARTaGENE

### Contexte et objectifs

De nombreuses études épidémiologiques utilisent des données de questionnaires autorapportées pour évaluer l'exposition, les effets de santé, la prévalence des maladies chroniques ou la prise de médication. Cependant, la fiabilité et la précision de ces données autorapportées varient selon le statut socioéconomique ou le type de maladie ciblée (complexité du diagnostic). Pour cette raison, les données médico-administratives sont souvent utilisées pour valider des données autorapportées, même si celles-ci ne sont pas collectées initialement pour des fins de surveillance. L'utilisation de données médico-administratives soulève également des défis puisque des erreurs de classification sont aussi possibles. L'objectif de cette étude est donc i) d'analyser la concordance des sources de données (autorapportées vs. médico-administratives) relativement aux diagnostics de maladies, et ii) d'identifier les facteurs influençant la concordance entre les sources de données.

### Méthode et démarche

L'étude a été réalisée à l'aide des bases de données médico-administratives (RAMQ, ISQ, INSPQ) et des données de CARTaGENE. À la fois biobanque et cohorte populationnelle longitudinale du Québec, CARTaGENE (CaG) constitue une ressource publique unique avec 43 000 participants représentatifs de la population âgée de 40 à 69. Les données collectées regroupent des questionnaires de santé, de nutrition, d'environnement et d'habitudes de vie, des mesures physiques et des échantillons biologiques (sang, urine). Les données intégrées dans les bases de données de CaG sont disponibles et accessibles à la communauté scientifique pour répondre à diverses problématiques de santé et de santé publique telles que l'élaboration de portraits détaillés de l'état de santé de la population, l'identification et la caractérisation des populations vulnérables. Un des atouts de CaG consiste en la possibilité d'accéder aux données médico-administratives (RAMQ, ISQ, INSPQ) des participants, à partir de 1998 et mises à jour annuellement, afin de reconstruire et de mieux comprendre les trajectoires de comorbidité et de mieux prédire les tendances futures.

Afin d'analyser la concordance entre les données autorapportées des participants de CaG et les données médico-administratives (diagnostic des maladies à partir des CIM-9 et CIM-10), des mesures classiques de concordance soit la sensibilité, la spécificité et le kappa ont été calculées pour 19 maladies chroniques et 12 types de cancers. Par la suite, des modèles de régression logistiques ont été développés afin d'identifier les facteurs influençant la concordance.

### Résultats et outils développés

Pour la majorité des maladies et des cancers étudiés (12/19 et 8/12, respectivement), la concordance est modérée à très forte ( $\kappa > 0,41$ ). La prévalence est généralement plus élevée pour les données médico-administratives que pour les données autorapportées (13/19 et 9/12 respectivement), en particulier pour l'insuffisance rénale chronique (3,30 % vs. 0,3 %). Cependant, le phénomène inverse est observé pour l'asthme, le syndrome du côlon irritable et l'arthrite rhumatoïde (6,40 % vs. 13,0 %, 1,70 % vs. 2,80 % et 0,90 % vs. 2,90 % respectivement pour les données médico-administratives et les données autorapportées). Les analyses de régression logistiques montrent que la concordance est associée avec l'âge, le sexe, le revenu et de façon inverse avec l'utilisation des services de santé et la comorbidité ( $p < 0,05$ ).

### Conclusion et recommandations

Ces résultats montrent qu'il existe des différences entre les données de questionnaires autorapportées et les données médico-administratives en ce qui concerne le diagnostic de maladies. Les raisons expliquant ces différences sont diverses et incluent différents biais (biais de mémoire, de désirabilité, de classification, etc.). Cette étude suggère l'importance de bien connaître les biais associés à chaque source de données afin de faire le meilleur choix en fonction du type d'étude réalisée.

## 28 Les inégalités sociales de mortalité par suicide au Québec

**Auteurs**

Larissa Ouedraogo

Geneviève Gravel, Carolyne Alix

### Contexte et objectifs

En 2014, le Québec occupait la 4<sup>e</sup> place des provinces canadiennes affichant le taux de suicide le plus élevé avec un taux de 13,9 décès pour 100 000 personnes (1). On observe des différences dans les taux de suicide entre les sous-groupes de la population selon des critères socioéconomiques, c'est-à-dire des inégalités sociales de mortalité par suicide (ISMS). Par exemple, en 2015, au Québec, le taux de suicide chez les hommes (19,6 décès pour 100 000) était presque 3 fois celui observé chez les femmes (6,9 décès pour 100 000) (1). Ainsi, le suicide constitue une préoccupation en santé publique au Québec et sa prévention fait partie des actions ciblées par le plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé (2). L'objectif de ce projet est d'identifier les ISMS les plus importantes au Québec ainsi que certaines recommandations visant à les réduire.

### Méthode et démarche

Les données analysées proviennent de deux bases de données : l'Outil de données sur les inégalités en santé (ODIS) de l'Agence de la santé publique du Canada et le Système de surveillance des inégalités sociales de santé du Québec (SSISSQ) de l'Institut national de santé publique du Québec. Deux mesures d'inégalité (différence et ratio de taux) présentées dans ces deux bases de données ont été utilisées pour synthétiser et comparer les écarts de mortalité par suicide entre certains sous-groupes de la population selon les caractéristiques socioéconomiques disponibles (le sexe, le revenu, la scolarité, la défavorisation matérielle et/ou sociale, les zones géographiques ou les régions sociosanitaires [RSS]). Parallèlement, à partir d'un questionnaire, 8 entrevues téléphoniques auprès de professionnels du réseau de la santé, de chercheurs et d'individus travaillant dans des organismes communautaires de prévention du suicide au Québec ont été effectuées afin d'obtenir leur avis sur les interventions efficaces pour lutter contre les ISMS au Québec.

### Résultats et outils développés

L'analyse des données a permis d'estimer l'ampleur des inégalités de mortalité par suicide entre plusieurs sous-groupes de la population québécoise. Entre 2009 et 2011, le taux de suicide chez les hommes était 3,5 fois celui des femmes ; et entre 2009 et 2013, le taux de suicide des individus vivant dans les milieux extrêmement défavorisés matériellement et socialement était 3,5 fois celui des individus vivant dans les milieux extrêmement favorisés. De plus, entre 2009 et 2013, bien que les RSS de Laval et de Montréal présentaient les taux de suicide les plus bas comparativement aux autres RSS (8,9 et 10,0 décès pour 100 000 personnes), celles-ci affichaient les écarts de taux de suicide les plus importants entre les individus des milieux les plus défavorisés matériellement et socialement et ceux des milieux les plus favorisés. Plusieurs interventions jugées comme étant efficaces pour lutter contre les ISMS au Québec ont été mentionnées par les répondants telles que : la restriction d'accès aux moyens utilisés pour s'enlever la vie ; l'amélioration de l'accès à la psychothérapie ; l'utilisation du numérique pour la prévention du suicide ; ou la mise en place d'un suivi étroit des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide ou ayant des idées suicidaires.

### Conclusion et recommandations

Les données analysées soulignent l'importance en santé publique d'accorder une attention particulière aux inégalités sociales de santé et à l'ampleur des inégalités dans les taux de suicide entre les différents sous-groupes d'une même population. En effet, un territoire peut présenter un taux de suicide relativement bas, mais des inégalités de mortalité par suicide importantes entre les différents groupes de sa population. Ainsi, la réduction des ISMS peut représenter une voie d'action possible pour baisser les taux de suicide observés au Québec.

## 29 Les disparités sociales dans la disponibilité des interventions de promotion de la santé dans les écoles publiques du Québec

Auteurs

Teodora Riglea

Hartley Dutczak, Nancy Hanusaik, Jodi Kalubi, Marie-Pierre Sylvestre, Geetanjali Datta, Liane Comeau, Annie Montreuil, Jennifer O'Loughlin

### Contexte et objectifs

Des saines habitudes de vie durant l'enfance aident à prévenir les maladies chroniques durant toute la vie. Les écoles peuvent influencer les comportements de santé pour tous les jeunes, indépendamment du statut socioéconomique (SSÉ). Or, on en sait peu sur les disparités qui peuvent exister dans la disponibilité des interventions de promotion de santé (IPS) et des activités parascolaires (AP) offertes dans les écoles. Notre objectif est de déterminer s'il existe des disparités sociales dans la présence ou dans les types d'IPS et d'AP dans les écoles publiques primaires et secondaires du Québec.

### Méthode et démarche

Dans le cadre du Projet PromeSS, nous réalisons présentement un sondage transversal dans les écoles publiques primaires et secondaires du Québec. Les directions de 83 écoles primaires et de 21 écoles secondaires, faisant partie de 17 Commission scolaires, ont complété des entrevues téléphoniques structurées sur la disponibilité des IPS (notamment en prévention du tabagisme) et des AP dans leurs écoles. Les IPS sont celles offertes durant les heures de classe et dont la participation est obligatoire, mais ne sont pas mandatées par le programme du Ministère de l'Éducation et Enseignement supérieur (MEES) du Québec. Les AP sont offertes à l'extérieur des heures de classe, la participation est volontaire et il peut y avoir des frais supplémentaires. Des données sont aussi recueillies sur le processus de sélection et de mise en œuvre des IPS et sur leur pérennité. Le SSÉ des écoles a été établi selon la liste la plus récente des Indices de défavorisation du MEES du Québec.

### Résultats et outils développés

Les écoles avec un SSÉ faible ont moins d'élèves et moins de changements au niveau de la direction, en comparaison avec les écoles ayant des SSÉ modéré et élevé. Il y a peu de différences selon le SSÉ dans le nombre d'IPS. Cependant, 34 % des écoles avec un faible SSÉ offrent des programmes de santé mentale, comparé à 54 % des écoles avec un SSÉ modéré et 53 % des écoles avec un SSÉ élevé. De plus, 31 % des écoles avec un faible SSÉ offrent des interventions de prévention du tabagisme alors que seulement 21 % des écoles avec un SSÉ modéré et 6 % des écoles avec un SSÉ élevé en offrent. Les types de AP en lien avec la promotion de la santé et des saines habitudes de vie sont offertes dans des proportions similaires dans toutes les catégories de SSÉ. Une seule exception se trouve au niveau des clubs spécialisés (legos, robotique, etc.), qui sont offerts surtout par les écoles avec un SSÉ modérée (67 % versus 34 % des écoles avec un faible SSÉ et 47 % des écoles avec un SSÉ élevé).

### Conclusion et recommandations

Nos résultats nous permettent d'illustrer la situation actuelle des IPS et des AP dans les écoles publiques du Québec, ce qui aide à fournir des données probantes à utiliser lors de la création et la planification de programmes et de politiques. La proportion d'écoles publiques offrant des IPS et des AP ne varient pas en fonction du SSÉ. Une exception importante se trouve au niveau de la disponibilité des programmes de santé mentale. Par ailleurs, peu d'écoles offrent des interventions de prévention du tabagisme. Ces résultats suscitent des réflexions sur la manière dont les écoles priorisent leurs interventions en promotion de la santé et à l'égard des conséquences potentielles sur les inégalités de santé.

## 30 Regard des intervenants et des parents sur les interventions de promotion des habiletés sociales et affectives chez les jeunes de 2 à 6 ans

**Auteurs**

Mathieu Roy

Véronique Déry

### Contexte et objectifs

Assurer le bien-être des enfants et promouvoir leur développement global est une responsabilité partagée (e.g. parents, services de garde ou de santé, écoles). Les recherches démontrent que la petite enfance exerce une influence profonde sur le développement. Il existe un lien entre le développement de l'enfant rendu à la maternelle, sa réussite scolaire et son adaptation sociale. La transition vers l'école primaire est un moment privilégié pour évaluer l'état de développement des enfants, repérer ceux susceptibles d'être vulnérables et favoriser le développement global. Si la plupart des enfants commencent la maternelle avec les habiletés permettant de bénéficier pleinement de ce qu'offre l'école, d'autres n'ont pas cette chance. La Direction de la santé publique de l'Estrie (DSPu) souhaite optimiser son offre régionale de services visant le développement des habiletés sociales et affectives des enfants de 2 à 6 ans. Elle a demandé une évaluation à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie — CHUS pour identifier les interventions efficaces et sécuritaires de développement de leurs habiletés sociales et affectives et connaître des éléments d'acceptabilité et faisabilité favorisant l'implantation de ces interventions.

### Méthode et démarche

Une démarche évaluative à plusieurs étapes a été construite. Une 1<sup>re</sup> étape de recension systématique des écrits scientifiques et de littérature grise a identifiée diverses interventions efficaces et sécuritaires de développement des habiletés sociales et affectives. Une 2<sup>e</sup> étape a consulté des intervenants et partenaires régionaux, ainsi que des parents d'enfants, pour amasser de l'information contextuelle et expérientielle sur l'acceptabilité des interventions recensées et la faisabilité d'implanter certaines d'entre elles. Deux questionnaires ont été construits (i.e. un pour les intervenants et partenaires, un pour les parents). Ces questionnaires sondaient a) les besoins perçus en matière de développement des habiletés sociales et affectives, b) les caractéristiques souhaitées des interventions retenues par la DSPu (quant au milieu visé par l'intervention, sa clientèle, l'intervention, les intervenants concernés et les caractéristiques perçues quant aux interventions), c) d'autres éléments jugés importants pour développer des habiletés sociales et affectives et d) les caractéristiques sociodémographiques des répondants. Les questionnaires ont été administré par « Survey Monkey ». Le recrutement des intervenants et partenaires a été effectué par convenance, via les contacts personnels et professionnels des membres d'un comité consultatif. Les milieux scolaires, de garde, communautaires et institutionnels ont été privilégiés. Le recrutement des parents a été effectué par la page Facebook de la DSPu.

### Résultats et outils développés

Plus de 200 individus ont répondu (i.e. 109 intervenants et partenaires régionaux, 122 parents d'enfants). Plus de 90 % sont des femmes de 30 et 59 ans demeurant dans l'ensemble des RLS estriens. Plusieurs éléments d'acceptabilité quant aux caractéristiques souhaitées des interventions ont été recensées. Sur ces caractéristiques, huit sont communes aux deux catégories d'acteurs : 1) le besoin de développer la confiance et l'estime de soi, 2) le besoin d'améliorer la gestion et l'expression des émotions, 3) l'importance d'impliquer et soutenir les parents, 4) l'importance que les services soient offerts le plus tôt possible dans la vie des enfants, 5) qu'ils rejoignent aussi les parents et intervenants, 6) qu'ils soient efficaces autant chez les garçons et les filles, 7) qu'il soit possible de les adapter aux besoins locaux et 8) que des effets positifs à long terme soient maintenus.

### Conclusion et recommandations

Une offre de services doit tenir compte de l'efficacité et la sécurité des interventions qu'elle déploie. Or, elle doit aussi tenir compte de l'acceptabilité et de la faisabilité de ces interventions. Malgré la meilleure preuve scientifique possible, une intervention est optimale que si elle jugée acceptable par les acteurs qui l'implantent. Les éléments identifiés dans cette étude aideront la DSPu à tenir compte de cet enjeu et optimiser son offre de services.

## 31 L'effet du parcours éducatif préscolaire des enfants issus de l'immigration sur leur développement à la maternelle

**Auteurs**

Isabelle Laurin

Danielle Guay, Medjine Léonard, Michel Fournier, Nathalie Bigras

### Contexte et objectifs

De nombreuses études québécoises et internationales démontrent que la fréquentation d'un service éducatif préscolaire de qualité favorise la santé, le développement ainsi que la réussite éducative des enfants. Au Québec, le parcours éducatif préscolaire des enfants n'est pas unique : certains demeurent à la maison, d'autres fréquentent les milieux de garde ou la maternelle 4 ans et d'autres combinent ces diverses modalités. Nos travaux récents indiquent que le portrait de l'utilisation des services éducatifs par les familles montréalaises varie selon le statut socioéconomique.

La présente étude s'intéresse plus particulièrement à la réalité des enfants issus de l'immigration, lesquels représentent une proportion importante des enfants d'âge préscolaire sur le territoire montréalais. Elle vise à répondre aux questions suivantes : Quel est le parcours éducatif préscolaire au Québec des enfants issus de l'immigration ? Quel est l'effet de ce parcours sur leur développement à la maternelle ? Observe-t-on des différences entre les enfants immigrants de 1<sup>re</sup> génération, ceux de 2<sup>e</sup> génération et les enfants non immigrants ?

La recherche a été réalisée à partir des données de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP) réalisée en 2012 par la Direction régionale de santé publique du Centre universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Cette enquête a été réalisée en complément à l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM).

### Méthode et démarche

La population visée par l'EMEP est celle des enfants fréquentant l'école maternelle 5 ans sur l'île de Montréal. Un échantillon probabiliste de 1184 enfants a été extrait de la base de sondage comprenant les enfants évalués dans le cadre de l'EQDEM.

La collecte de données a été réalisée par téléphone. Un questionnaire structuré a été utilisé pour documenter l'expérience préscolaire des enfants, dont les composantes de la fréquentation d'un service éducatif : profil longitudinal de services fréquentés, âge au début, durée, intensité hebdomadaire moyenne et temps cumulatif. Le couplage des données de l'EMEP à celles de l'EQDEM a donné accès aux mesures du développement obtenues avec l'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE).

La description du parcours éducatif préscolaire a été obtenue pour les trois groupes à l'étude et des tests de Khi-deux ont été effectués afin d'identifier les différences. La régression logistique a été utilisée afin de mesurer l'effet de la fréquentation d'un service éducatif sur la probabilité pour un enfant de maternelle d'être vulnérable dans au moins un domaine de développement, et ce, dans nos trois groupes d'intérêt. L'âge et le sexe de l'enfant, la scolarité de la mère, ainsi que le revenu de la famille ont été retenus comme variables de contrôle.

### Résultats et outils développés

Les enfants immigrants de 1<sup>re</sup> génération ont moins fréquenté les services de garde régis que les enfants immigrants de 2<sup>e</sup> génération ou non immigrants. Par contre, tout comme les immigrants de 2<sup>e</sup> génération, ils sont deux fois plus nombreux que les enfants non immigrants à avoir fréquenté une maternelle 4 ans à mi-temps. Nos résultats montrent que les enfants immigrants de 1<sup>re</sup> génération ayant fréquenté exclusivement un CPE ou une maternelle 4 ans à mi-temps sont près de 5 fois moins susceptibles d'être vulnérables dans au moins un domaine de leur développement que leurs pairs n'ayant fréquenté aucun service éducatif.

### Conclusion et recommandations

Nos constats viennent appuyer la recommandation présentée dans le rapport d'enquête de la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI, 2011) d'augmenter le nombre de places en CPE et en maternelle 4 ans dans les secteurs où l'on retrouve des taux d'immigration et de pauvreté élevés.

## 32 Les impacts du temps-écran sur le développement langagier des enfants : une question de contenu ?

**Auteurs**

Tania Tremblay

Andréanne Gagné, Nathalie, Bigras

### Contexte et objectifs

Le « temps-écrans » (TE) est considéré comme un enjeu de santé publique (1) et la Société canadienne de pédiatrie encourage de le limiter (2). Toutefois, la Société américaine de pédiatrie soutient que les recommandations devraient exclusivement porter sur la qualité du contenu-écran (CE) puisque plusieurs études révèlent des effets bénéfiques du CE éducatif (3). La présente étude évaluera les effets du TE et du CE éducatif et de divertissement sur les habiletés langagières des enfants, et se posera les questions suivantes :

1. Le CE peut-il médiatiser, c'est-à-dire expliquer, les effets négatifs du TE ?
2. Les effets du CE varient-ils selon le type d'activité, soit de regarder la télévision ou de jouer à des jeux électroniques ?

### Méthode et démarche

L'échantillon est constitué de 150 enfants âgés de 7 ans issus de la base de données de l'étude longitudinale « Jeunes enfants et ses milieux de vie 4, 5 et 7 ans » (4).

- Le TE de l'enfant est rapporté par la mère et se compose des durées hebdomadaires qu'il passe à regarder la télévision (émissions ou films) et à jouer à des jeux électroniques sur différents médiums (console, ordinateur ou appareil mobile).
- Le CE se classe en deux catégories : le CE éducatif et CE de divertissement selon les titres des émissions, films et jeux électroniques préférés de l'enfant et rapportés par la mère. La catégorisation du CE repose sur les écrits de Duursma, Meijer et deBot (2017) et d'Ennemoser et Schneider (2007) ainsi que sur les propos de la directrice de la programmation jeunesse de Télé-Québec (5,6).
- Les habiletés langagières ont été mesurées par l'indice de compréhension verbale de l'échelle d'intelligence de Wechsler ainsi qu'avec la version française du Children's Communication Checklist (7,8).
- Les informations sociodémographiques proviennent d'un questionnaire complété par la mère.
- Le QI de l'enfant a été évalué à l'âge de 5 ans avec l'échelle d'intelligence de Wechsler (9).

### Résultats et outils développés

Les analyses n'indiquent aucune médiation significative entre le TE et les habiletés langagières et révèlent que les effets du CE varient selon le type d'activité (télévision ou jeux électroniques). D'une part, parmi les enfants qui jouent à des jeux électroniques, ceux qui sont exposés à un CE éducatif présentent des habiletés supérieures sur le plan de la compréhension. Cette différence demeure même lorsque le statut socio-économique est contrôlé. D'autre part, parmi les enfants qui regardent la télévision, ceux qui sont exposés à un CE de divertissement présentent de plus grandes difficultés pragmatiques, et ce, même si le statut socio-économique et le QI de l'enfant sont contrôlés. Le CE explique toutefois moins de 5 % de la variance.

### Conclusion et recommandations

Les résultats suggèrent que les effets négatifs du TE sur les habiletés langagières des enfants ne peuvent pas être expliqués par le CE. En revanche, les effets du CE varient selon l'activité (télévision ou jeux électroniques). Les analyses suggèrent en effet que le CE de divertissement à la télévision s'avère délétère pour les habiletés pragmatiques, alors que le CE éducatif des jeux électroniques favorise les habiletés de compréhension. Toutefois, la taille de ces effets est négligeable.

À la lumière de ces résultats, il apparaît qu'une stratégie adéquate pour limiter les effets du TE chez les enfants ne devrait pas exclusivement miser sur l'exposition à un CE de qualité, mais devrait également mettre l'accent sur une limitation du TE. Cette étude semble ainsi appuyer la ligne directrice adoptée par la Société canadienne de pédiatrie.

### **33 Faciliter l'utilisation et l'évaluation de l'information web chez les parents ayant un faible statut socioéconomique : le point de vue des mères de jeunes enfants.**

**Auteurs**

Turcotte, Emmanuelle

Loignon C, Doray G, Lafrenière D, El Sherif R, Lagarde F, Grad R, Schurr S, Granikov V, Bartlett-Esquilant G, Barwick M, Schuster T, Bouthillier F, Smythe S, et Pluye P.

#### **Contexte et objectifs**

Le faible statut socioéconomique (SSE), soit un faible niveau de revenu et de scolarité, influence généralement l'utilisation de l'information web. Il est également connu que les parents ayant un faible SSE ont des besoins d'information plus importants que les autres parents concernant le développement, l'éducation, le bien-être et la santé de leurs enfants. L'utilisation d'information web adaptée à leurs besoins et à leurs capacités peut donc contribuer à l'amélioration de leurs connaissances et de leur pouvoir d'agir. Pourtant, la recherche a rarement étudié l'expérience des parents ayant un faible SSE pour identifier de leurs points de vue ce qui peut faciliter ou poser obstacle à leur utilisation de l'information web.

La présente étude aborde spécifiquement la perspective des mères de jeunes enfants qui présentent un faible SSE pour comprendre les facteurs facilitant leur utilisation et leur évaluation de l'information web. Elle est issue de la collaboration entre les éditeurs du site web Naître et grandir (N&G) et des chercheurs ayant développé et validé la Méthode d'évaluation de l'information (MEI), un court questionnaire en ligne permettant de documenter systématiquement les effets des pages web N&G, et de faciliter l'interaction entre les utilisateurs du site et les éditeurs, notamment la rétroaction des utilisateurs sur le contenu informationnel de chaque page web. L'étude concerne le premier volet qualitatif d'un projet de recherche multiphase mobilisant des méthodes mixtes dont l'objectif principal est d'améliorer l'utilisation et l'évaluation de l'information web par les parents ayant un faible statut socioéconomique.

Les objectifs spécifiques de l'étude présentée se concentrent sur l'expérience et le point de vue des mères ayant un faible SSE pour :

1. Identifier les facteurs qui facilitent ou contraignent leur utilisation de l'information web portant sur le développement, l'éducation, le bien-être et la santé des enfants ;
2. Identifier les facteurs qui facilitent ou contraignent leur utilisation du questionnaire MEI.

#### **Méthode et démarche**

Cette étude repose sur un devis qualitatif interprétatif. Nous avons mené 40 entrevues semi-dirigées avec des mères d'un ou de plusieurs enfants âgés de 0 à 8 ans, qui présentent un faible niveau de revenu et d'éducation. De ce groupe, 20 mères avaient déjà utilisé le site N&G, et 20 mères ne connaissaient pas le site. Le guide d'entrevue explorait leurs habitudes de consommation d'internet, ainsi que les stratégies de recherche et d'utilisation de l'information sur le développement, l'éducation, le bien-être et la santé de leur-s enfant-s. À partir de leur expérience spécifique sur le site N&G au moment de l'entrevue, nous avons exploré avec elles les facteurs pouvant faciliter ou contraindre leur recherche d'information, en lien notamment au contenu des fiches d'information, et aux fonctionnalités du site web. Nous les avons de plus interrogées sur le contenu et les fonctionnalités du questionnaire MEI. Nous avons fait une analyse thématique des entrevues en équipe pour en extraire les principaux thèmes et suggestions des participantes.

#### **Résultats et outils développés**

En mettant l'accent sur le point de vue des mères, l'étude a permis de dégager plusieurs pistes d'optimisation des sites web d'information selon leurs besoins, notamment la création d'une version abrégée, simplifiée et mobile du questionnaire MEI, ainsi que l'augmentation du nombre des aides à la navigation et des brèves capsules vidéo qui présentent le contenu informationnel du site web.

#### **Conclusion et recommandations**

Cette étude démontre l'importance de recueillir la perspective des personnes ayant un faible SSE pour optimiser l'utilisation et l'évaluation de l'information web selon leurs besoins. Nos résultats permettent de mieux comprendre ce qui facilite ou contraint l'utilisation et l'évaluation de l'information web sur le développement, l'éducation, le bien-être et la santé des enfants par les mères présentant un faible SSE. Les pistes d'optimisation formulées peuvent être appliquées sur tous les sites web offrant de l'information en santé publique à la population incluant les personnes en situation de vulnérabilité socioéconomique.

## **34 Revue systématique sur les programmes visant à améliorer le bien-être et favoriser la qualité de vie des familles d'enfants autistes. Constats et proposition d'un modèle.**

**Auteures**

Isabelle Courcy

Élodie Rainville, Alena Valderamma

### **Contexte et objectifs**

Au Canada, on estime qu'une personne sur 94, incluant les enfants et les adultes, présente un trouble du spectre de l'autisme (TSA) [1,2]. Les recherches montrent que les parents d'enfants présentant un TSA sont particulièrement à risque de développer un problème de santé lié au stress, à l'anxiété ou à la dépression [3]. Des taux de détresse psychologique variant entre 40 et 80 % sont remarqués chez les mères [4]. Le soutien social est reconnu comme un facteur de protection important pour ces familles [5,6]. La qualité de vie de ces parents se présente comme un sujet pertinent pour la santé publique, d'autant plus que la prévalence de l'autisme apparaît en hausse depuis les vingt dernières années [7]. Cette affiche présente les résultats d'une revue systématique de la littérature sur les programmes offerts pour améliorer le bien-être et favoriser la qualité de vie des parents d'enfants présentant un TSA.

### **Méthode et démarche**

Les méthodes PICO et PRISMA ont été utilisées afin de choisir les mots-clés à utiliser pour interroger les bases de données, définir les critères d'inclusion et d'exclusion et expliciter les différentes étapes de la revue systématique.

### **Résultats et outils développés**

Trente (30) articles publiés dans les dix dernières années ont été sélectionnés.

Caractéristique des échantillons : La grande majorité des études concernent les familles d'enfants d'âges préscolaire ou primaire et sont principalement effectuées auprès de mères en couple, diplômées et issues de milieux favorisés.

Caractéristiques des programmes : Deux principales modalités sont employées pour offrir du soutien aux parents : les rencontres de discussion en ligne ou en petits groupes animés par un médiateur (intervenant). Ces programmes sont pour la plupart de courte durée et sont surtout offerts peu de temps après que le diagnostic de l'enfant soit posé. Les thèmes abordés sont variés : autisme, bien-être, résolution de problème, sentiment d'efficacité, soutien social, services disponibles, relation parent-enfant, gestion des émotions et du stress, autonomie. Des programmes utilisent également la méditation pleine conscience ou des fiches de vulgarisation et l'information.

Évaluation des programmes : La plupart des études ont un petit échantillon ( $n < 50$ ), ce qui limite la portée des résultats. Des recherches indiquent que le groupe de discussion en ligne est une alternative plus pratique pour les parents, alors que d'autres montrent de meilleurs résultats lorsque les groupes de soutien se déroulent en personne. La grande majorité des études ont utilisé la méthode par questionnaires (en ligne ou papier) (mesures pré et post). Plusieurs études montrent une amélioration significative à court terme du bien-être des parents, une diminution de leur niveau de stress, d'anxiété et de dépression, une amélioration de la relation avec l'enfant et de leur qualité de vie. La plupart des participants étaient d'avis que les différents programmes avaient un effet bénéfique dans leur vie et se disaient très satisfaits. Par ailleurs, ces améliorations ne seraient pas nécessairement maintenues dans les mois qui suivent la fin des programmes.

### **Conclusion et recommandations**

Considérer les approches centrées sur la famille « family centered » et celles tenant compte des facteurs écologiques comme le soutien social dans le développement d'interventions populationnelles visant à améliorer le bien-être et favoriser la qualité de vie de ces familles à moyen et long terme. Sur la base de ces constats, un modèle écologique est proposé afin de guider le développement de futurs programmes en ce sens.



## 35 Éducation à la sexualité en milieu scolaire : point de vue des jeunes sur les approches pédagogiques à privilégier

**Auteurs**

Julie Descheneaux

Geneviève Pagé, Chiara Piazzesi, Magaly Pirotte

### Contexte et objectifs

Le nouveau curriculum d'éducation à la sexualité (ÉS) implanté au Québec de façon obligatoire dans les écoles primaires et secondaires depuis l'automne 2018 interpelle l'urgence de comprendre les besoins exprimés par les jeunes. Le point de vue des jeunes issu-e-s de la diversité sexuelle, de genre, racisé-e-s, en situation de handicap ou économiquement défavorisé doit permettre d'adapter les interventions pour promouvoir une santé sexuelle positive pour tous et toutes. Cependant, au lieu de penser leur inclusion comme des « modules supplémentaires », une analyse féministe intersectionnelle exige de développer des interventions inclusives de façon transversale.

L'objectif de cette étude est de réaliser une synthèse des connaissances quant aux besoins exprimés par les jeunes en termes d'éducation sexuelle positive, inclusive et émancipatrice. Les résultats de l'étude concernant les approches pédagogiques à privilégier en éducation à la sexualité seront présentés.

### Méthode et démarche

Une méta-analyse qualitative a été réalisée selon la méthodologie de Noblit et Hare (1988). Les critères de sélection des études sont les suivants : a) articles scientifiques en français ou en anglais ; b) parues entre 2006 et 2016 ; c) réalisées en Amérique du Nord, Europe ou Océanie ; d) les propos des adolescentes ou adolescents sont analysés de façon qualitative et rapportés dans la publication. Échantillonnage : PubMed, PsychInfo et Taylor & Francis Online, selon les mots-clés suivants : young OR youth OR adolescent OR teen OR student OR jeune OR étudiant AND « sex ed » OR « sex education » OR « sexuality education ». Les propos ont été analysés de façon inductive, mais les principes de la justice reproductive (Ross, 2017) ont servi d'assise théorique pour interpréter les résultats.

### Résultats et outils développés

Sur les 854 textes recueillis, 27 ont été retenus pour une analyse en profondeur après exclusion (issus de 25 études différentes) qui proviennent des États-Unis (n = 10), Royaume-Unis (n = 4), Canada (n = 3), Australie (n = 3), Suède (n = 3) et Nouvelle-Zélande (n = 2). 70 % des études ont analysé plus de deux axes d'oppression hormis l'âge (genre, orientation sexuelle, appartenance culturelle, situation de handicap, situation économique) et représentent 1 179 jeunes. Les témoignages de jeunes concernant les approches pédagogiques à privilégier en éducation à la sexualité ont été recueillis dans 22 de ces études et représentent 40 % des extraits.

Les résultats démontrent que les jeunes ont des points de vue consensuels, complémentaires ou contradictoires selon les modalités d'intervention. 1) Il existe un consensus sur la nécessité d'avoir de cours en éducation à la sexualité à l'école et que ces cours soient plus fréquents ; tandis que la majorité veulent que les apprentissages débutent plus tôt. 2) Concernant le ou la pédagogue en éducation à la sexualité, les connaissances sur la sexualité doivent être suffisantes, tout le corps professoral doit être formé sur les enjeux de genre et des sexualités et l'attitude à adopter mise sur l'ouverture, l'égalité, la proactivité, le plaisir et la passion pour son travail. D'autres éléments ne font pas consensus : la profession d'origine (personnel enseignant vs spécialiste), l'âge (des jeunes vs des adultes qui ont davantage tendance à préserver la confidentialité), ou la culture et le genre (même culture/genre que soi ou non). 3) Une approche pédagogique qui évite les cours magistraux, intègre une diversité d'activités interactives et qui laissent place à la réflexion personnelle sont de besoins exprimés (ex : démonstrations en classe, jeux, images ou matériels visuels, suggestion de lectures, etc.). 4) Il y a consensus quant à la création d'espace inclusif et sécuritaire, mais les jeunes ne s'entendent pas sur les modalités à privilégier concernant la mixité ou la non-mixité de la classe.

### Conclusion et recommandations

Cette méta-analyse qualitative détermine des pistes d'intervention pour promouvoir des programmes d'éducation à la sexualité positive, inclusive et émancipatrice qui prennent en considération le point de vue des jeunes. Des modalités d'intervention diversifiés et complémentaires afin de rejoindre une pluralité de jeunes sont à privilégier afin d'accroître la portée des interventions et de penser l'inclusion de tous et toutes.

## 36 Disparités dans l'accès aux aliments sains : Quelle relation avec l'approvisionnement alimentaire et l'alimentation des ménages en situation d'insécurité alimentaire ?

Auteures

Caroline Drisdelle

Geneviève Mercille, Yan Kestens, Anne-Marie Hamelin

### Contexte et objectifs

Le manque d'accès physique et économique à des aliments sains et abordables engendre des inégalités socioéconomiques de l'alimentation et peut expliquer une part du gradient observé dans les maladies chroniques (1). À Montréal, l'insécurité alimentaire des ménages est un grave problème de santé publique, sa prévalence de situant à 12,7 % (2). De plus, parmi les 40 % de citoyens ayant un accès physique inadéquat en fruits et légumes (FL) frais à proximité de leur domicile, 135 000 vivent sous le seuil de faible revenu (3). Ces personnes sont plus susceptibles de ne pouvoir consacrer une part suffisante de leur budget aux aliments sains, dont les FL (1). L'objectif de cette recherche est de comprendre comment le statut de sécurité alimentaire du ménage est associé avec les perceptions d'accès à des aliments sains, les pratiques d'approvisionnement et la consommation de FL dans la population d'Hochelaga-Maisonneuve, l'un des quartiers les plus défavorisés de Montréal.

### Méthode et démarche

Quatre cent cinquante et un adultes, responsables des provisions alimentaires dans leur ménage, résidant dans le quartier d'Hochelaga-Maisonneuve ont été recrutés par échantillonnage aléatoire simple lors d'entretiens téléphoniques réalisés par des enquêteurs professionnels. Le statut de sécurité alimentaire du ménage a été évalué au moyen de l'échelle des adultes du Module d'enquête sur la sécurité alimentaire des ménages afin de distinguer les participants en sécurité alimentaire (SA) de ceux en situation d'insécurité alimentaire (IA) marginale, modérée ou sévère (4). Un outil d'évaluation validé a été utilisé pour mesurer la consommation habituelle de FL (5). Les pratiques d'approvisionnement pour faire l'épicerie comprenaient la fréquence d'approvisionnement, le type de commerce comme lieu privilégié et le moyen de transport utilisé. Les distances routières entre le domicile (ou autre lieu déclaré) et le commerce fréquenté ont été calculées à l'aide de systèmes d'information géographique. La fréquentation de marchés (ou de kiosques) de FL durant l'été et la pratique de jardinage ont également été mesurées. Enfin, les participants ont été interrogés sur leurs perceptions d'accès physique et économique aux aliments sains près du domicile. Des analyses de régressions linéaires multiples et logistiques ont été conduites sur 415 participants.

### Résultats et outils développés

Notre échantillon présente un taux élevé d'IA, soit 21,4 % des ménages. Comparativement aux ménages en SA, ceux en situation IA étaient plus nombreux à avoir des perceptions négatives de l'accès économique aux aliments sains dans leur quartier ( $b = -2.42$ ,  $p = 0.00$ ), à rapporter des contraintes en matière de transport (OR 4,10, IC 95 % 2.22-7,58) et à fréquenter des supermarchés comme principal lieu d'approvisionnement (OR 3,13, IC 95 % 1.05-9,30). Le fait d'être en situation d'IA était également associé à une consommation plus faible de FL ( $b = -1.03$ ,  $p = 0.00$ ). Aucune différence n'a été constatée entre les ménages en SA et ceux en IA pour l'accès physique perçu, la distance parcourue jusqu'au lieu principal d'approvisionnement, la fréquence d'approvisionnement, la fréquentation de marchés de FL durant l'été et le jardinage. Parmi les ménages en IA, on observe une relation inverse entre l'accès au transport et le degré de sévérité. Les comportements d'approvisionnement des ménages en IA modérée semblent aussi différents : ces derniers fréquentent davantage de marchés de FL durant l'été et consomment aussi plus de FL que les autres catégories d'IA.

### Conclusion et recommandations

Ces résultats suggèrent que, pour les ménages en situation d'IA à Montréal, le caractère abordable des aliments sains importe davantage que leur accessibilité physique, malgré de plus grandes contraintes en matière de transport. Ces résultats suggèrent également que les ménages en IA se distinguent par le type de commerce fréquenté, ceux-ci étant plus nombreux à s'approvisionner principalement dans des supermarchés. Enfin, il semble qu'en fonction du niveau d'IA du ménage, certains comportements d'approvisionnement et alimentaires diffèrent.

## 37 Composition nutritionnelle des pains tranchés offerts et achetés dans les marchés d'alimentation du Québec en 2016-17 : Résultats de l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire

Auteurs

Sonia Pomerleau

Julie Perron, Pierre Gagnon, Marie-Claude Paquette,  
Céline Plante, Marie-Ève Labonté, Véronique Provencher

### Contexte et objectifs

Le pain est un des aliments les plus consommés au Québec contribuant ainsi de manière importante aux apports nutritionnels tout en étant un des principaux contributeurs aux apports en sodium dans l'alimentation des Québécois. Il importe donc d'analyser la qualité nutritive des pains tranchés tout en considérant certaines informations sur l'emballage pouvant influencer les achats des consommateurs. Cette étude avait pour objectif de caractériser la composition nutritionnelle des pains tranchés offerts et achetés au Québec.

### Méthode et démarche

Une base de données détaillant les valeurs nutritives de 294 pains tranchés a été combinée avec une base de données comprenant les achats de pains (oct.2016-oct.2017). Le croisement des bases par l'entremise des codes UPC a permis de regrouper 262 produits représentant 75 % du marché des pains au Québec. Les pains tranchés ont d'abord été classifiés selon le type de grains (p.ex. 100 % grain entier, 100 % grain raffiné) puis selon leur farine principale (p.ex. farine de blé entier, farine de blé enrichie). Les analyses réalisées comparaient la contribution de chaque type de pain à l'ensemble des pains selon leur valeur nutritive, leur total des ventes et la fréquence de ce type de pain (nombre d'items disponibles).

### Résultats et outils développés

En général, près du tiers des pains dépassent le seuil de 15 % de la valeur quotidienne pour le sodium et plus du deux tiers sont en deçà du seuil pour les fibres. Les pains les plus fréquents sur le marché sont multigrains (67 % des produits) ainsi que ceux dont l'ingrédient principal est la farine de blé enrichie (39 % des produits). Des analyses de composition nutritionnelle ont ensuite été effectuées en pondérant les données pour les ventes annuelles afin de représenter plus fidèlement la composition des pains tranchés achetés au Québec en attribuant un plus grand poids aux pains les plus vendus. Pour le type de grains, les pains 100 % grain raffiné contiennent moins de fibres ( $1,8 \pm 0,4$  vs  $2,7 \pm 1,7$  g/deux tranches), mais plus de sodium ( $369 \pm 83$  vs  $331 \pm 83$  mg) que les autres pains ( $p < 0,001$ ). D'ailleurs, ils sont ceux atteignant le moins souvent le seuil de 15 % de la valeur quotidienne pour les fibres, alors que près de la moitié d'entre eux dépasse ce seuil pour le sodium. Quant à la farine principale, en comparaison avec les pains à base de farine de blé entier, les pains faits principalement de farine de blé enrichie renfermaient plus de sucres totaux ( $3 \pm 3$  vs  $2 \pm 2$  g) et de glucides ( $36 \pm 7$  vs  $33 \pm 6$  g), mais moins de fibres ( $1,8 \pm 0,8$  vs  $4,9 \pm 1,5$  g) et de protéines ( $7 \pm 1$  vs  $8 \pm 2$  g) (tous les  $p < 0,001$ ). Finalement, pour ce qui est des principaux contributeurs, malgré une faible proportion des produits disponibles (7,5 % du marché), les pains 100 % grain raffiné contribuent pour une grande part des ventes totales (20 % du marché), ce qui peut expliquer leur forte contribution en sodium (27 % du marché). Bien qu'ils proposent une faible fréquence de produits (39 %), les pains ayant de la farine de blé enrichie comme farine principale représentent le deux tiers des ventes (66 %), mais contribuent à moins de la moitié du contenu en fibres (48 %). Ces résultats montrent une grande variabilité de composition nutritionnelle selon le type de grains et selon la farine principale.

### Conclusion et recommandations

Ceci permet d'orienter la reformulation des produits notamment les pains 100 % grain raffiné, qui ont une teneur en sodium plus élevée que les autres pains. En parallèle, la farine principale semble être un indicateur de qualité nutritionnelle intéressant pour le consommateur, d'autant plus que cette information s'avère facile à comprendre et à repérer sur l'étiquette. En appui au plan d'action de la Politique gouvernementale de prévention en santé (2017-2021), ces travaux visent à contribuer à l'amélioration de la qualité nutritive des aliments au Québec.

## **38 Le panier d'épicerie collectif pour identifier les principaux contributeurs en sucres libres dans l'alimentation des Québécois et modéliser l'impact de leur réduction en sucres libres**

**Auteures**

Gabrielle Durette

Marie-Claude Paquette

### **Contexte et objectifs**

Une consommation élevée de sucres libres est associée à une alimentation de pauvre qualité nutritionnelle, à de l'obésité et au développement de maladies chroniques (WHO, 2015). C'est pourquoi la Politique gouvernementale de prévention en santé prévoit entre autres d'améliorer la qualité nutritive des aliments transformés par le suivi de la teneur en sucre et d'explorer la pertinence et la faisabilité d'implanter des cibles de composition nutritionnelle pour certaines catégories d'aliments. 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 sucres libres des Québécois et modéliser l'impact de la réduction de leurs teneurs en sucres libres, afin de soutenir la prise de décisions en lien avec cette politique publique. Pour ce faire, une méthode novatrice alliant des données d'achats alimentaires et des teneurs en sucres libres par catégorie d'aliments a été employée. De celle-ci a découlé deux volets d'analyse : 1) une identification des contributeurs aux sucres libres dans les achats alimentaires et 2) une modélisation de la réduction des teneurs en sucres libres.

### **Méthode et démarche**

Un panier d'épicerie collectif regroupant les achats d'aliments effectués en 2015-16 dans des supermarchés et magasins à grande surface au Québec a été créé. À partir de ce dernier et des teneurs en sucres libres du projet Food Label Information Program (FLIP) (Bernstein et collab., 2016), les catégories d'aliments les plus contributrices aux sucres libres dans le panier d'épicerie ont été identifiées. Finalement, une modélisation a été développée afin d'évaluer l'impact de la réduction de la teneur en sucres libres d'un nombre variable de catégories d'aliments. Cinq différents scénarios possédant un nombre croissant de catégories d'aliments réduites ont été testés.

### **Résultats et outils développés**

Les Boissons gazeuses régulières ont été identifiées comme étant la catégorie contribuant le plus aux sucres libres dans le panier d'épicerie de 2015-16 (21,3 %). Les autres catégories sont en ordre décroissant, les Desserts non glacés (18,3 %), les Jus de fruits purs (16,6 %), les Produits laitiers et substituts sucrés (14,8 %) et les Boissons aux fruits (9,0 %). Au final, la majorité (80 %) des sucres libres proviennent des boissons (Boissons gazeuses, Jus de fruits, Laits et boissons végétales sucrés et Boissons aux fruits) et les desserts (Desserts glacés et Desserts non glacés).

L'exercice de modélisation a démontré qu'une réduction de la teneur en sucres libres des Boissons gazeuses régulières occasionnerait à elle seule une réduction de 2,0 g/pers./jour de sucres libres par personne. Une réduction des teneurs en sucres libres des cinq catégories les plus contributrices engendrerait une diminution de l'apport de 4,9 g/pers./jour, soit 2,5 fois plus qu'au scénario 1. Une réduction de dix catégories occasionnerait une diminution de 6,4 g/pers./jour. Quant aux scénarios 4 et 5, ils offrent peu de bénéfice supplémentaire lorsque comparés au scénario 3 (respectivement +0,4 g et +0,5 g/pers./jour).

### **Conclusion et recommandations**

L'identification des contributeurs en sucres libres a démontré le rôle prépondérant des boissons et des desserts comme contributeurs aux sucres libres dans les achats. L'implantation de cibles nutritionnelles pour les dix premiers contributeurs pourrait induire une réduction intéressante de l'apport en sucres libres des Québécois sans nécessiter un changement des habitudes alimentaires de ces derniers. Une telle stratégie de réduction devra toutefois s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité globale de l'aliment, sans quoi des produits aux caractéristiques indésirables d'un point de vue nutritionnel pourraient voir le jour.



## **Catégorie Pratiques inspirantes**

## 39 Chemsex : une réponse concertée à une problématique émergente dans le domaine de la prévention du VIH et des autres ITSS

**Auteurs**

Nicolas Hamel

Gabriel Girard, Sarah-Amélie Mercure

### Contexte et description

À Montréal, les deux tiers des nouveaux diagnostics de VIH concernent des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Cette population fait face à de multiples facteurs de vulnérabilités (biologiques, sociales) déjà connus et documentés. Ces dernières années, certaines pratiques de consommation de drogues en contexte sexuel ont attiré l'attention des organismes communautaires, des soignants et des acteurs de la santé publique. Ce phénomène est connu sous l'appellation « chemsex », un terme anglais qui décrit l'utilisation de drogues, particulièrement le crystal meth, le GHB et la kétamine, dans le but d'amplifier la sexualité de la personne qui les consomme en termes de durée (plusieurs heures, voire quelques jours) et d'intensité (types de pratiques visant à repousser des limites, nombre de partenaires souvent augmenté).

La consommation de substances psychoactives dans un contexte sexuel ne date pas d'hier. Toutefois, deux enjeux suscitent une préoccupation particulière : 1) le crystal meth est une drogue qui a le potentiel de causer rapidement une dépendance et dont la consommation soutenue peut avoir des conséquences sociales, psychologiques et physiques importantes ; 2) la pratique plus fréquente de l'injection dans une population peu familière avec les techniques d'injection à risques réduits.

### Résultats et retombées

À l'automne 2017, le Comité HARSAH de la DRSP de Montréal a pris l'initiative de mettre en place un groupe de travail multipartite (intervenants communautaires, conseiller en dépendance, médecin, travailleur social, gestionnaire, infirmier, chercheur et intervenant-pair) qui s'est vu confier trois mandats : développer une formation de base sur le chemsex ; émettre des recommandations quant au matériel de prévention pour le crystal meth ; soutenir l'évaluation de différentes interventions mises en place.

Les résultats sont :

1. Dès l'automne 2018, une formation sera offerte aux intervenants de première ligne qui œuvrent auprès de clientèles susceptibles de pratiquer le chemsex dans le but de démystifier la pratique, d'être en mesure de la déceler auprès de sa clientèle et de discuter des interventions qui peuvent être proposées. Cette formation outillera les intervenants à offrir une intervention brève et, au besoin, référer vers des services appropriés.
2. Selon les données recueillies par une recherche réalisée à Montréal (Meth@morphose) et par des cliniques spécialisées, jusqu'à 22 % de personnes pratiquant le chemsex auraient eu recours à l'injection comme mode de consommation. Ce groupe d'injecteurs ne se considère pas « UDI » et nomme d'ailleurs cette pratique d'injection sous le terme « slam ». Cette particularité a amené le groupe de travail à réfléchir à la composition d'une trousse destinée spécifiquement aux « slammeurs ». À la suite d'entrevues semi-dirigées auprès de « slammeurs » pour valider le contenu de la trousse et explorer les modes de distribution les plus adaptés, la nécessité de revoir l'information sur l'utilisation adéquate du matériel de prévention a été mise en lumière. Un nouvel outil d'information sera donc développé pour accompagner les trousse à « slam ». Enfin, dans le but de réduire le passage à l'injection, des pipes à crystal meth seront financées par la DRSP afin que les organismes qui desservent cette population puissent les distribuer gratuitement pour accompagner leurs interventions.
3. Le chemsex étant une réalité émergente, les interventions associées n'ont souvent pas encore été évaluées. L'évaluation d'une initiative déjà existante (ateliers offerts par l'organisme ACCM) ainsi que de celles que nous souhaitons mettre en place (formation, offre de matériel de protection) est donc planifiée pour l'automne 2018.

### Leçons apprises et conclusion

L'activité concertée du Groupe de travail chemsex met en lumière la qualité des réponses qui peuvent être apportées pour faire face aux enjeux de santé publique émergents, en impliquant plusieurs partenaires et des personnes des communautés les plus vulnérables aux ITSS.

## 40 Soins de santé avec une population marginalisée : la clinique infirmière McGill-Bonneau

**Auteurs**

David Nguyen et Françoise Filion

Cassandra Veilleux, Jasmine Alami, Courtney Wilkinson-Maitland, Hugo Marchand et Gisèle Poirier

### Contexte et description

Introduction : Selon le dernier recensement de mars 2015 des personnes en situation d'itinérance à Montréal, 3 016 personnes ont été dénombrées dont 76 % représentant des hommes. Cette population présente un taux de mortalité de 2 à 5 fois plus élevé que celui de la population en général et ce lié à des facteurs de risque tels que la consommation d'alcool et de cigarette, l'usage de drogues illicites ainsi que les défis en santé mentale. Cette tendance se traduit en problèmes de santé chroniques entraînant une utilisation accrue des services de santé publique. Toutefois, étant confronté à des barrières systémiques d'accès aux soins de santé tels que la discrimination et la stigmatisation, les temps d'attente prolongés, l'absence d'assurance santé valide, l'accès limité à de l'information et les déplacements nombreux, leurs besoins sont rarement comblés. Par conséquent, leur état de santé se détériore et les coûts associés aux soins de santé augmentent.

Méthode : Une solution s'offre à cette population, une clinique infirmière peut offrir des services d'accès à des soins de santé tels que des consultations infirmières, de l'éducation à la santé et des suivis à des soins de première ligne. La clinique infirmière McGill-Bonneau est née à l'automne 2017 d'un partenariat entre l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill et l'Accueil Bonneau, un organisme communautaire à but non lucratif offrant divers services aux hommes en situation d'itinérance à Montréal. Cette idée novatrice offre aux étudiants une chance unique d'apprentissage et bénéficie grandement aux bénéficiaires de ces soins. Les objectifs de collaboration sont multiples : offrir des soins et des activités de sensibilisation accessibles et adaptés à la population en situation d'itinérance, réduire les barrières associées à l'accès aux soins de santé, rétablir la confiance de cette population face au système de santé et finalement, permettre aux étudiants de l'École des sciences infirmières Ingram de travailler auprès de populations marginalisées et assurer le suivi et la continuité des soins prodigués.

### Résultats et retombées

Résultats : Entre septembre 2017 et juin 2018, la clinique McGill-Bonneau a accueilli 54 hommes pour un total de 138 consultations, moyennant 2,56 visites par client. De ceux-ci, seulement 30 clients (55,6 %) avaient un médecin de famille et 34 clients (63,0 %) étaient fumeurs. Les raisons principales de consultations portaient sur des questions tégumentaires (21,0 %), de l'hypertension (15,9 %), des plaintes oto-rhino laryngologique (10,9 %) et les bilans de santé (10,9 %).

### Leçons apprises et conclusion

Conclusion : Les résultats préliminaires de ce projet suggèrent qu'en dépit d'un système de santé public, il existe une forte demande pour la présence d'une clinique infirmière à l'Accueil Bonneau. Beaucoup d'hommes bénéficient de cette initiative novatrice jusqu'à ce jour. La clinique McGill-Bonneau permet d'adapter l'approche infirmière par les forces aux besoins particuliers de cette population vulnérable et de les soutenir dans leurs démarches de prise en charge de leur condition médicale. Une approche holistique et personnalisée soutient la population qui présente une histoire d'itinérance pour éventuellement les réintégrer au système de santé de manière autonome. La clinique McGill-Bonneau est une initiative ne remplaçant pas les services actuellement prodigués par le système de santé public québécois, mais qui cherche plutôt à combler les lacunes de ce dernier.

## 41 Streptocoque du groupe A : approche collaborative pour gérer une écloison au sein de la population itinérante de Montréal.

**Auteurs**

Jacynthe Caron

Anna Urbanek, Noémie Savard, Pierre A. Pilon, Christine Savard, Karrie Hammond-Collins

### Contexte et description

En juin 2017, la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) a détecté une écloison d'infections invasives à streptocoque du groupe A (SGA) chez des personnes en situation d'itinérance ou fréquentant des ressources communautaires en itinérance. Le SGA type emm 74 identifié n'avait pas été détecté depuis que le typage des souches a été repris au Québec, en 2010.

Pour freiner la transmission du SGA dans cette population, limiter l'ampleur de l'écloison et assurer une surveillance épidémiologique, 4 axes d'interventions ont été rapidement élaborés :

1. Enquête approfondie des cas déclarés en déterminant les milieux communs de fréquentation et identification des contacts étroits des cas d'infections invasives pour offrir une prophylaxie antibiotique.
2. Détection rapide et prise en charge des infections de plaies par les équipes cliniques travaillant auprès des personnes en situation d'itinérance.
3. Rehaussement des mesures d'hygiène et de salubrité, incluant la gestion parasitaire, dans toutes les ressources communautaires desservant la population en situation d'itinérance, particulièrement les refuges d'hébergement d'urgence.
4. Sensibilisation de la population cible et des intervenants communautaires par divers outils de communication.

### Résultats et retombées

C'est la première fois que la DRSP répond à une écloison de SGA dans cette population. Cette intervention a nécessité la mise en place de stratégies adaptées à cette population et un travail multidisciplinaire entre de nouveaux collaborateurs.

Entre mars 2017 et le 1er août 2018, l'écloison comptait 21 cas, dont 4 décès. Une surveillance sentinelle des plaies superficielles par les équipes cliniques de proximité initiée à l'été 2017, a permis de repérer 156 plaies dont 63 positives pour le SGA type emm 74 sur une période de 12 mois.

Les équipes de maladies infectieuses et d'environnement de la DRSP ont effectué la visite de 13 ressources en hébergement ou centres de jour, afin de connaître leur fonctionnement et de soutenir la mise en application des recommandations des mesures d'hygiène et de salubrité.

Des recommandations pour diminuer la transmission du SGA ont été élaborées à l'intention des organismes communautaires, ainsi que des affiches pour informer la population cible. Plusieurs présentations ont été faites auprès des équipes cliniques, des intervenants communautaires et des responsables des ressources. Considérant un lien plausible entre la présence de punaises de lit, de lésions de grattage et l'infection de plaies par du SGA, un guide informatif de gestion parasitaire a été élaboré à l'intention des ressources en hébergement.

### Leçons apprises et conclusion

Une approche multidisciplinaire orientée vers des objectifs communs, a certainement permis d'agir rapidement et efficacement. Ceci a mené à des choix d'interventions adaptés au contexte des personnes vivant en situation d'itinérance.

Le manque de données probantes dans la littérature a mené à un partage de connaissances avec d'autres autorités de santé publique pour améliorer la gestion d'écloison dans un milieu complexe.

Cette intervention a permis de développer des canaux de communication avec plusieurs organismes communautaires et équipes cliniques en itinérance. Ces liens pourraient faciliter l'élaboration d'activités de prévention et de protection de santé publique auprès de cette population vulnérable à risque accru de plusieurs maladies infectieuses dans le futur.



## 42 Une ville pensée pour notre santé

### Auteurs

Johanne Elsener

Isabelle Vaillancourt, Anne-Gabrielle Charlebois

### Contexte et description

De multiples maladies peuvent être causées ou aggravées par l'aménagement urbain telles les maladies cardiaques, les pathologies pulmonaires, l'obésité, l'hypertension, le diabète, le cancer, la démence, les maladies mentales, etc. Le projet Ça marche Doc! vise à faire connaître aux décideurs et au grand public ces liens entre santé et aménagement urbain afin d'inciter à la création de milieux de vie favorables à la santé tout en luttant contre les changements climatiques.

Ce projet a été conçu avec la collaboration du CIUSSS de la Capitale-Nationale, du CISSS de Chaudière-Appalaches, du CHU de Québec-Université Laval, de l'IUCPQ et de l'INSPQ. Il a été appuyé par le MSSS et financé, en partie, par le Fonds Vert. Il est administré par le Conseil régional de l'environnement de la Capitale nationale. Le projet Ça marche Doc! a reçu un prix prestigieux de l'Ordre des urbanistes du Québec en ayant été retenu pour figurer dans la compilation 2017 des projets novateurs.

### Résultats et retombées

Débuté en 2016, ce projet a mené à la production de 39 chroniques radiophoniques à Radio-Canada Première et de 25 épisodes télévisés sur les ondes de MATV Québec. Cette production médiatique a permis d'aborder avec des médecins spécialistes 24 thématiques médicales en lien avec l'aménagement urbain et de proposer des solutions urbanistiques grâce à l'intervention d'experts en urbanisme, architecture, économie, etc. Les émissions télévisées, d'abord diffusées sur le réseau de MATV Québec, ont été reprises par MATV Montréal, MATV Saguenay-Lac-Saint-Jean et MATV Gatineau-Outaouais.

En parallèle, plus de 60 marches hebdomadaires avec des médecins ont été organisées dans des quartiers différents de Québec, Lévis et 4 autres villes de Chaudière-Appalaches. Ces marches ludiques, gratuites, ouvertes à tous, ont eu lieu les samedis matin du début de l'automne jusqu'à la fin du printemps. Elles visaient à faire réfléchir les participants sur différents types d'aménagement urbain tout en leur permettant de découvrir qu'il est facile de faire les 30 minutes d'activités journalières recommandées par les médecins lorsqu'ils sont bien vêtus et en bonne compagnie. Des invités spéciaux tels que députés provinciaux, maires, conseillers municipaux ainsi que des représentants d'organismes du milieu se sont joints aux marches.

En tout, plus de 40 médecins ont participé aux chroniques radiophoniques, émissions télévisées et marches et plus de 40 experts en urbanisme et autres spécialités ont contribué aux chroniques et émissions. Ces dernières ont rejoint environ 250 000 personnes. Plus de 1 000 citoyens ont participé aux marches avec une moyenne de plus de 70 participants par marche, la marche à l'Aquarium du Québec ayant enregistré un record de 214 marcheurs.

Depuis 2016, quatre conférences ont été organisées. À la demande de médecins, une carte des lieux où marcher l'hiver a été élaborée en collaboration avec la Ville de Québec. Un concours a été mené au printemps pour inciter citoyens, organismes et entreprises à passer à l'action pour verdir la ville. L'un des gagnants a vu son projet (création du Parc du Corps-de-Garde) avalisé par la Ville de Québec en août dernier.

### Leçons apprises et conclusion

Une recherche bibliographique étayée ainsi qu'un briefing personnalisé ont permis aux médecins de se sentir en confiance devant le microphone, la caméra ou un groupe de gens. L'organisation de marches hivernales demeure un défi, car beaucoup de quartiers n'ont pas de sentiers hivernaux permettant de marcher 3 km en toute sécurité. Une évaluation sommative réalisée par l'INSPQ a démontré que les thèmes abordés par les émissions télévisées sont d'intérêt pour la population. C'est donc avec un enthousiasme renouvelé que l'équipe de Ça marche Doc! s'est engagée à poursuivre son travail en 2018-2019 pour inciter à créer des milieux favorables à la santé.

## 43 Plan de mobilité durable de Victoriaville : Évaluation d'impact sur la santé et regard sur l'utilité de la démarche

**Auteurs**

Marianne Cormier

Louis-Charles Beaudoin-Lacroix, Laurie Cantin-Towner, Aglaé Landry

### Contexte et description

Dans le cadre de l'essai-laboratoire de la Maîtrise en aménagement du territoire et développement régional et du projet d'intervention de la Maîtrise en santé publique de l'Université Laval, cinq étudiants ont effectué une évaluation d'impact sur la santé (EIS) sur le Plan de mobilité durable (PMD) de la municipalité de Victoriaville. Il s'agit d'une première expérience d'EIS sur un plan de mobilité au Québec.

Les interventions dans le domaine de l'aménagement du territoire peuvent influencer les conditions de santé physique et mentale. D'ailleurs, l'aménagement du territoire est un déterminant de la santé au même titre que l'éducation, la solidarité sociale et le transport. En 2017, la municipalité de Victoriaville élaborait son premier Plan de mobilité durable qui prévoit des interventions en aménagement du territoire visant à développer et à promouvoir l'utilisation de modes de déplacements alternatifs à l'automobile. Dans le but de le bonifier, la municipalité a entamé une démarche d'EIS qui s'est réalisée dans un climat collaboratif intégrant une équipe interdisciplinaire composée d'universitaires, d'acteurs municipaux et de la direction de santé publique de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

L'EIS est une démarche prospective qui permet d'intégrer des préoccupations de santé publique dans des projets qui ne sont pas directement liés à la santé, tels que les plans d'aménagement du territoire. Elle a donc comme objectif l'élaboration de recommandations visant à maximiser les impacts positifs et minimiser les impacts négatifs du projet sur la santé de la population. Une phase d'évaluation de la démarche d'EIS a également été mise en place afin de juger de l'utilité de cette dernière pour la prise de décisions territoriales.

Les EIS, bien qu'encore peu répandues au sein des municipalités québécoises, gagnent graduellement en popularité. En effet, la Politique gouvernementale de prévention en santé prévoit offrir un contexte favorable à leur implantation dans les municipalités. Il est ainsi primordial de documenter les facteurs qui facilitent ou nuisent à son utilité afin de contribuer à la mise en œuvre de démarches optimisées dans le futur.

### Résultats et retombées

Au terme de la démarche d'EIS, 30 recommandations ont été formulées à la municipalité de Victoriaville dans l'optique de bonifier les actions du PMD en lien avec cinq déterminants de la santé. Ces recommandations visent, entre autres, à encourager l'utilisation de modes de transport alternatifs à l'automobile en établissant les meilleures conditions possibles pour la mobilité et en portant une attention particulière aux populations vulnérables.

Il est présentement encore trop tôt pour juger des possibles retombées de cette EIS sur la santé de la population ou sur la modification concrète des actions planifiées dans le PMD. Les changements à court terme engendrés par cette démarche se situent principalement au niveau de la perception des acteurs de la municipalité impliqués dans l'EIS face aux enjeux de santé et à leur pouvoir d'action sur ces derniers. L'EIS n'aura pas permis la modification textuelle du PMD, mais elle aura permis de justifier l'adoption de certaines mesures favorables à la santé des citoyens du territoire. Des facteurs influençant l'utilité de la démarche ont également été identifiés, tels que le contexte local de la municipalité et la planification du temps requis pour les diverses étapes de l'EIS.

### Leçons apprises et conclusion

L'EIS a le potentiel de favoriser des changements de pratiques auprès des acteurs municipaux grâce à sa capacité à sensibiliser ces derniers aux enjeux de santé. La mise en place de démarches optimisées et adaptées aux contextes locaux des municipalités pourrait permettre de maximiser la plus-value des EIS pour des projets en aménagement du territoire. Pour ce faire, le développement de stratégies d'encadrement pour les acteurs concernés serait envisageable afin que l'utilité de telles démarches soit favorisée.

## 44 Le projet « Mon environnement, ma santé » — La concertation au cœur de la co-construction d'un projet de recherche

**Auteurs**

Nadine Allain-Boulé

Isabelle Goupil-Sormany

### **Contexte et objectifs**

Plusieurs stressseurs environnementaux sont présents dans les territoires de Limoilou-Vanier et de la Basse-Ville (LVBV). Il s'y trouve de nombreuses autoroutes et routes achalandées, de grandes lignes électriques, des chemins de fer, des industries, des terrains contaminés, des bâtiments résidentiels à rénover, la présence du Port de Québec et de l'incinérateur. Ces aménagements produisent, entre autres, du bruit, des odeurs, des poussières et de la pollution. Considérés un à la fois, ces aménagements ont peu d'impact sur la santé. Toutefois, s'ils sont réunis aux mêmes endroits et qu'ils affectent la même population, l'impact réel sur la santé pourrait en être amplifié. Cette affirmation reste à documenter. Notons que ces territoires présentent les moins bons indicateurs de santé de la région 03 et que les citoyens revendiquent clairement une amélioration de la qualité de leur environnement. Le projet « Mon environnement, ma santé » (MEMS) a donc été développé afin de mieux documenter la relation entre les facteurs environnementaux, le bilan de santé et les inégalités sociales de santé qui y sont constatées. Le premier volet de ce projet porte sur la qualité de l'air extérieur et son impact sur les maladies respiratoires et cardiovasculaires.

### **Méthode et démarche**

La DSPublique a mis sur pied une structure de gouvernance intersectorielle au projet MEMS : une équipe de projet, un comité-conseil et un comité scientifique. Le comité-conseil se rencontre mensuellement. Il est composé de membres en provenance des industries majeures du secteur LVBV, des membres des conseils de quartier de LVBV, des organismes CRE-Capitale-Nationale et Vivre en Ville, du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de la DSPublique. Le comité scientifique se rencontre trimestriellement. Il est composé d'experts de l'INSPQ, du MDDELCC et de la DSPublique. Ces deux structures travaillent de concert avec l'équipe de projet.

L'équipe de projet de la DSPublique du CIUSSS de la Capitale-Nationale a demandé l'expertise de l'INSPQ sur les risques associés à la pollution de l'air et la toxicologie afin de développer une proposition d'activités scientifiques. Au final, la proposition incluait 18 activités scientifiques pouvant répondre à certains aspects de la question de recherche principale. Les membres du Comité-conseil se sont familiarisés avec les différentes activités scientifiques proposées, grâce à l'accompagnement des membres du Comité scientifique. Le Comité-Conseil a fait l'exercice de prioriser les propositions d'activités scientifiques, et de les sélectionner. Les critères suivants ont été utilisés : 1) pertinence au regard des préoccupations citoyennes et de la santé des populations concernées ; 2) disponibilité de l'expertise ; 3) respect du budget et du calendrier inscrit dans l'entente avec la Ville de Québec. Le comité scientifique a pu moduler les choix finaux selon les critères scientifiques.

### **Résultats et outils développés**

Au final, la réalisation de 8 activités scientifiques ont été retenus par les comités. L'avancement du projet, le choix des orientations et l'approbation des livrables impliquent toujours les comités. Les tensions entre citoyens, santé publique et les représentants industriels s'amenuisent peu à peu au profit d'un projet porteur.

### **Conclusion et recommandations**

Impliquer dans la gouvernance du projet les citoyens et les parties prenantes présentes sur ces territoires permet de faciliter l'adhésion au projet, mais surtout d'assurer que le projet répond aux besoins évoqués depuis de nombreuses années. De plus, une fois le projet complété, la mise en œuvre de ces recommandations impliquera, à différents degrés, les citoyens, les entreprises et les gouvernements. C'est dans cette optique que la DSPublique a mis sur pied cette structure de gouvernance impliquant près d'une trentaine de personnes de tout horizon.

Ce volet sur la qualité de l'air extérieur a été financé par la Ville de Québec.

## 45 Troubles complexes de santé des aînés : un accompagnement pas si compliqué !

**Auteurs**

Emmanuelle Singh

Caroline Sauriol

### Contexte et description

Pour répondre à un besoin social grandissant, Les Petits Frères a développé un système autoportant de formation et d'outils complémentaires de transmission des connaissances. Celui-ci permet d'améliorer l'accompagnement auprès des grands aînés (75 ans et plus) les plus vulnérables qui sont atteints de troubles cognitifs et/ou de santé mentale.

Cette structure conçue et basée sur l'optimisation de l'expertise bénévole et salariée vise à maximiser sa capacité interne de façon pérenne et durable. Ainsi, ses 2 000 bénévoles seront mieux outillés pour faire face à ces défis et surtout, les 1 448 Vieux Amis (grands aînés) pourront bénéficier de cette nouvelle approche.

Cette démarche novatrice s'appuie non seulement sur la formation de ceux-ci mais sur le principe que ces derniers seront des formateurs à leur tour. Ces cellules d'expertise offrent des formations spécifiques et seront des ressources internes dans l'organisation à long terme.

Cette initiative a été élaborée avec l'étroite collaboration des salariés et des bénévoles dès le début du projet par la mise en place d'un comité avisé, de sous-comité et groupes de travail ainsi que deux groupes d'expertise permanents.

Les outils développés sont :

- Quatre formations distinctes dont:
  - Deux plus générales, « Vieillissement » et « Communication avec les aînés »
  - Deux autres, plus spécifiques, « Accompagnement des aînés vulnérables atteints de troubles cognitifs » et « Accompagnement des aînés vulnérables atteints de troubles de santé mentale » ;
- Plus d'une quinzaine de fiches pratiques disponibles sur notre site Internet : <https://www.petitsfreres.ca/programmes/tcs/>;
- une trousse d'activités afin d'outiller les intervenants et bénévoles pour créer et animer des activités spécifiques avec et pour ces aînés ainsi qu'un système d'atelier d'échanges afin que les employés et bénévoles puissent partager leur expérience terrain avec leurs collègues et confrères.

### Résultats et retombées

Maintenant, **une centaine** d'employés et de bénévoles sont formés et peuvent agir comme formateurs à leur tour. À ce propos, le contenu des formations a été diffusé auprès des **16 équipes de l'organisme dans 11 régions du Québec** dont environ **30 employés** et **350 bénévoles**. Ces derniers ont acquis maintenant les connaissances et les compétences pour mieux accompagner les **1448 grands aînés de la grande famille des Petits Frères**.

Ces quatre formations et ces divers outils complémentaires seront accessibles prochainement aux professionnels de la santé. Donc, les retombées dans les milieux seront évaluées lors de leur déploiement.

Ces solutions innovatrices mettent de l'avant le savoir-être lors de l'accompagnement des aînés. Celles-ci misent davantage sur les moyens d'établir et de conserver la relation sociale de confiance se construisant entre l'intervenant ou le bénévole et l'aîné, approche complémentaire mais tout autant fondamentale que l'intervention clinique.

### Leçons apprises et conclusion

Au centre de notre action, l'engagement des bénévoles fut au-delà de nos espérances. Ceux-ci ont non seulement témoigné d'un grand intérêt et d'une générosité immense, mais se sont impliqués de façon durable dans la démarche. Par la consultation de ceux-ci dès le début du projet et de leur implication dans le processus, nous avons vu que cette approche assurait la pertinence des contenus, une fidélité et un engagement de ceux-ci.

Toutefois, ceci a demandé à l'équipe de travail une grande adaptabilité du programme prévu VS le programme réel.

## 46 **Nouvelles recommandations pour la vaccination contre les VPH au Québec : pourquoi et comment ?**

**Auteurs**

Chantal Sauvageau

Vladimir Gilca, Gisèle Trudeau, Monique Landry, Marie-Hélène Mayrand

### **Contexte et description**

L'objectif est d'informer les professionnels de la santé sur les approches et les moyens utilisés par le Comité sur l'Immunisation du Québec (CIQ) pour la prise de décisions concernant le calendrier de vaccination contre les VPH.

Les démarches mises en place ont été les suivantes : depuis 2014, deux revues de la littérature ont été effectuées ; des études cliniques sur des calendriers mixtes ont été menées ; les enjeux économiques, de faisabilité, d'acceptabilité et de conformité ont été analysés et discutés au CIQ ; l'avis et les recommandations du CIQ ont été publiés en 2018 ; plusieurs présentations ont été réalisées depuis.

### **Résultats et retombées**

Plusieurs données sur l'immunogénicité/l'efficacité de moins de trois doses de vaccins VPH sont devenues disponibles depuis 2008. Le calendrier à deux doses est devenu une norme dans le monde.

Des études ont présenté des résultats prometteurs sur l'immunogénicité/l'efficacité d'une seule dose : les taux de séroconversion sont semblables après 1, 2 ou 3 doses, les niveaux d'anticorps sont plus bas après 1 dose, mais plus élevés ( $\approx 4-11$  fois) que les niveaux observés chez les femmes infectées qui ont réussi à éliminer les virus. Les études cliniques d'efficacité suggèrent qu'une, deux ou trois doses assurent une protection similaire contre les infections.

Au niveau international, l'évaluation de l'immunogénicité/l'efficacité d'une seule dose est une priorité et des données plus robustes sont attendues dans les prochaines années.

Une dose de vaccin nonavalent suivie d'une dose de bivalent induit des anticorps contre les neuf types de VPH inclus dans le nonavalent chez 100 % de sujets. Les niveaux d'anticorps contre les VPH16 et VPH18 (principaux responsables des cancers) sont plus élevés dans le groupe ayant reçu une dose de nonavalent et une dose de bivalent que dans le groupe ayant reçu deux doses de nonavalent. Les niveaux d'anticorps contre les 7 types de VPH non inclus dans le bivalent sont plus élevés dans le groupe ayant reçu deux doses de nonavalent.

Le coût d'un programme utilisant un calendrier mixte serait d'environ 3 M\$ de moins par cohorte d'âge vaccinée par rapport au programme à deux doses de nonavalent.

Les membres actifs du CIQ ont exprimé unanimement une préférence pour un calendrier mixte pour les jeunes de 9 à 17 ans plutôt qu'un calendrier uniquement avec le nonavalent, pourvu que la différence de prix soit appréciable.

Le calendrier mixte permet :

- une meilleure réponse immunitaire contre les types de virus les plus cancérigènes tout en assurant une bonne immunité contre les autres 7 types de VPH inclus au vaccin nonavalent.
- de diminuer le coût du programme et ainsi d'offrir la vaccination à des cohortes additionnelles de garçons.
- de ne pas être en situation de monopole d'un seul manufacturier et ainsi limiter les impacts négatifs en cas de pénurie de vaccins.

### **Leçons apprises et conclusion**

- Les manufacturiers des vaccins ne produisent pas/peu de données sur les calendriers mixtes, n'ayant aucun intérêt commercial dans de tels calendriers.
- L'évaluation de différents calendriers de vaccination sans l'implication des compagnies privées demande des efforts importants, mais peut permettre l'optimisation et une plus grande étendue des programmes publics.
- L'utilisation d'un calendrier non homologué peut susciter davantage de questions.

La dose du vaccin bivalent qui suit la dose du vaccin nonavalent est considérée comme un filet de sécurité, puisqu'une seule dose de vaccin semble déjà procurer des bénéfices importants.

## 47 Une typologie des interventions pour soutenir la pratique de santé publique

**Auteurs**

Litvak, Eric

Renée Dufour, Émilie Leblanc., David Kaiser,  
Sarah-Amélie Mercure, Cat Tuong Nguyen, Lynda Thibeault,

### Contexte et description

Depuis la Charte d'Ottawa, le champ d'intervention de la santé publique s'est considérablement élargi et complexifié. Cependant sur le terrain, la perception sociale de son rôle n'a pas beaucoup évolué. Le travail de l'infirmière scolaire qui vaccine les écoliers est bien connu, mais on ne peut pas en dire autant du professionnel qui œuvre auprès de la municipalité sur des mesures d'apaisement de la circulation ou pour améliorer l'accès à des aliments nutritifs dans les secteurs mal desservis, ou encore de celui qui soutient l'implantation de politiques sans fumée dans les établissements de santé. Cette méconnaissance des rôles et responsabilités des équipes de santé publique limite dans bien des cas leur capacité d'action. Afin d'explicitier et mieux communiquer les interventions, la DRSP de Montréal a élaboré une typologie des interventions de santé publique. L'outil a été utilisé pour la première fois dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action régional intégré de santé publique (PARI-SP) de Montréal 2016-2021. À partir d'un modèle novateur de planification, une offre de services intégrée a été développée pour agir sur chacun des 30 déterminants les plus importants de la santé des Montréalais. L'affiche présente la démarche d'élaboration de la typologie des interventions de santé publique, l'outil lui-même qui définit 30 types d'interventions regroupés en quatre catégories (action directe ; action indirecte de mobilisation, soutien ou collaboration) ainsi que le portrait des interventions de santé publique inscrites au PARI-SP 2016-2021 de Montréal.

### Résultats et retombées

L'analyse de l'offre de services de Montréal, entièrement rédigée en termes de la typologie, permet de caractériser la pratique de santé publique. Le portrait d'ensemble des interventions de santé publique révèle que l'action directe est présente dans l'offre de services de 29 des 30 déterminants. Cependant, elle ne constitue au total que 20 % des interventions, quatre interventions sur cinq étant réalisées auprès de tiers. L'action indirecte est composée dans la moitié des cas d'interventions de soutien, principalement de l'expertise-conseil, la production d'outils de référence, du soutien au développement des communautés et la tenue d'événements de partage des connaissances. Le reste de l'action indirecte se répartit à peu près également entre les interventions de mobilisation et de collaboration.

Le fait de suivre une démarche rigoureuse de planification en utilisant la typologie des interventions a eu un effet structurant significatif pour l'organisation et ses équipes. Tout au long de la démarche, l'emploi d'un langage commun et d'un cadre qui explicite la nature de leur travail et de leurs activités a forcé une remise en question de ce qui est fait, son sens et son utilité.

Des efforts substantiels sont maintenant déployés pour la mise en œuvre de l'offre de services et l'évaluation des résultats. Le défi est d'atteindre des cibles souvent ambitieuses en misant sur la combinaison et l'adaptation judicieuses des interventions reconnues les plus efficaces. Cela dit, les cibles et les interventions étant plus clairement définies, les équipes seront davantage en mesure de tirer des enseignements de l'évaluation, ce qui facilitera les ajustements lors de la prochaine itération de l'offre de services de santé publique de Montréal.

### Leçons apprises et conclusion

En clarifiant ce que fait la santé publique, la typologie des interventions devrait faciliter la communication avec le public et les décideurs, et contribuer à améliorer son positionnement sur la place publique. Actuellement, très peu de gens sont familiers avec l'éventail des contributions de la santé publique, pas même les décideurs politiques qui en sont responsables. Cette situation constitue une réelle menace à la survie de la mission de prévention du réseau de la santé et des services sociaux. Pour améliorer la santé de la population, il est essentiel que notre société accorde davantage d'importance à la santé publique.

## 48 Une capsule e-learning sur la chaleur en santé au travail : un moyen innovant pour un sujet d'actualité !

**Auteurs**

Tania Abou Chacra

Johanne Thibodeau, Francine Codère, Anaïs Féret, Émilie Royer, Esther Fortier, Julie Fontanals

### Contexte et description

Dans le cadre des programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE), les intervenants du Réseau de santé publique en santé au travail ont le mandat d'informer les milieux de travail sur les risques à la santé présents et sur leurs effets, ainsi que sur les moyens préventifs et les mesures de contrôle. Ce mandat est généralement réalisé dans le cadre de sessions d'information dans le milieu de travail.

En Estrie, le nombre d'intervenants en santé au travail étant limité, les sessions d'information sont répétées en moyenne aux 3 à 5 ans si le risque est toujours présent dans le milieu de travail. Une réflexion a été menée dans le but d'accroître le nombre de travailleurs informés et la fréquence d'information. L'idée retenue est d'utiliser une capsule e-learning disponible en ligne et réalisée en collaboration avec un fournisseur de services spécialisés en apprentissage e-learning et en technopédagogie.

### Les objectifs d'une capsule e-learning

- Accroître le nombre de travailleurs rejoints en répondant aux besoins des travailleurs mobiles (secteur Forêt et scieries, par exemple), qui ont des horaires atypiques ou qui sont plus difficiles à libérer à cause de la production.
- Permettre à l'employeur de répéter la formation selon ses besoins dans des entreprises où le roulement de personnel est important et nécessite régulièrement de former du nouveau personnel (travailleurs saisonniers, tels que dans les domaines de l'agriculture ou de la surveillance des piscines extérieures, par exemple).
- Faciliter l'autonomie de l'employeur dans la prise en charge de la santé et de la sécurité au travail.

### Fonctionnement

- La formation est asynchrone : elle peut être suivie en tout temps à partir de n'importe quel ordinateur ou tablette ayant une connexion Internet. Le visionnement dure environ 30 minutes.
- Elle s'adresse à des travailleurs et à des employeurs avec un tronc commun et des parties personnalisées selon les responsabilités de chacun.
- La capsule a été conçue pour être visionnée par une ou deux personnes à la fois, qui doivent répondre à des questions en cliquant sur des choix de réponses avec une rétroaction visuelle et sonore.
- La capsule nécessite très peu de lecture et contient beaucoup d'illustrations pour rejoindre les travailleurs avec un faible niveau de littératie ou allophones.

### Pourquoi traiter de la chaleur en milieu de travail ?

La chaleur est un risque saisonnier et récurrent et on s'attend à une augmentation des épisodes de vagues de chaleur dues aux changements climatiques. La chaleur est un risque très sérieux, auquel un grand nombre de travailleurs peuvent être exposés.

### Résultats et retombées

En mai 2018, près de 340 établissements ont été contactés par courriel. L'objectif était que les employeurs prennent connaissance de la capsule et la fasse visionner, avant la saison estivale, aux employés à risque de coups de chaleur et aux secouristes.

### Leçons apprises et conclusion

Une évaluation de la capsule est en cours et apportera des informations sur son utilisation, sur l'appréciation de l'outil et sur la mise en place des mesures préventives par les milieux de travail. Toutefois, on peut d'ores et déjà entrevoir des pistes de développement :

- Le nombre d'établissements ciblés pourrait être augmenté pour rejoindre plus de travailleurs à risque dans les groupes non prioritaires.
- L'expérience des vagues de chaleur vécues durant l'été 2018 a montré que la chaleur radiante a contribué à des signalements en lien avec la chaleur. Toutefois, la capsule n'aborde pas cet aspect.
- Les recommandations pour les travailleurs non acclimatés sont à préciser.
- Cette capsule est disponible pour les intervenants du réseau, et devrait être publicisée davantage afin d'encourager son utilisation à grande échelle.

En conclusion, la capsule peut être visionnée à l'adresse suivante :

<https://www.expertise-sante.com/sante-au-travail/>



## 49 Palindrome, un magazine alliant santé et littérature

**Auteurs**

Pascale Lehoux

Frédérique Dubé, Julien Fontaine-Binette, Olyvier Leroux-Picard

### Contexte et description

Le développement du magazine Palindrome a démarré en 2016. Le magazine réunit des créations littéraires et du contenu scientifique pour présenter sous un angle nouveau les transformations sociales et culturelles qu'apportent les innovations en santé. Il mise sur une approche interdisciplinaire afin de frapper l'imaginaire de son lectorat et de l'amener à réfléchir aux enjeux individuels et collectifs que soulèvent les innovations en santé. Pour ce faire, Palindrome invite des écrivains, des experts, ainsi que des chercheurs établis et de la relève à prendre la parole à propos d'une innovation technologique ou sociale en santé qui a un impact significatif sur nos vies.

Afin de s'ouvrir à un grand lectorat, Palindrome est gratuit, publié deux fois par année, et distribué dans les pharmacies, les bibliothèques municipales et les librairies indépendantes de l'axe Montréal — Trois-Rivières - Québec, à un tirage de 4500 exemplaires. Ce projet mise sur la création littéraire entendue au sens large (poésie, récit, nouvelle, conte graphique, etc.), car elle peut mobiliser les connaissances informelles développées à travers l'expérience des soins ou de la maladie et les connaissances formelles de la recherche scientifique. Il n'existe aucun véhicule grand public similaire sur les marchés québécois et canadiens, Palindrome est donc un projet novateur, interdisciplinaire et intersectoriel, sortant des sentiers battus.

### Résultats et retombées

Deux numéros ont été produits : un premier sorti en avril et un deuxième prévu pour octobre 2018. Les douze thèmes abordés — tels la transition de genre, la légalisation du cannabis, l'aide médicale à mourir ou l'environnement bâti et la santé — ont été choisis parce qu'ils touchent et relient des personnes de différentes générations. Chaque thème abordé par un écrivain s'accompagne de compléments scientifiques vulgarisés tels des entrevues avec des experts, des lignes de temps, des faits saillants, des vrais ou faux.

Les retombées du projet sont collectives et ont un effet structurant, car ce magazine privilégie une démarche créative et scientifique qui se pose en rupture avec l'existant.

Palindrome a reçu un accueil très favorable dans les milieux de la santé et littéraires. Les 2 500 exemplaires distribués dans les présentoirs Diffumag des pharmacies et des bibliothèques ont été écoulés en moins d'une semaine. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a distribué 160 exemplaires dans les salles d'attente de ses huit CLSC. De plus, 1 200 exemplaires ont été encartés dans les revues à fort impact Québec Science et Lettres québécoises. Lors du lancement du 1er numéro, un reportage de 5 minutes a été diffusé à l'émission de radio Les années lumière d'ICI Radio-Canada et le scientifique en chef du Québec, Rémi Quirion, a parlé de notre magazine sur son fil Twitter.

### Leçons apprises et conclusion

Au fil de la production et de la distribution du magazine Palindrome, nous avons fait face à de nombreux défis, mais nous avons constaté que la recherche en mobilisation des connaissances nourrit des réflexions collectives plus informées si nous prenons la peine de traduire en un langage clair et invitant les savoirs que les chercheurs maîtrisent. Lorsque la création littéraire « dialogue » avec des contenus scientifiques, elle peut capter l'attention d'un lectorat encore plus diversifié tout en lui permettant de mettre des mots sur des enjeux. De plus, des personnes ayant une expérience directe de soins ont été invitées à contribuer.

En mobilisant les connaissances développées en santé publique, le magazine répond à un besoin collectif du 21<sup>e</sup> siècle : la nécessité de créer des outils de réflexion accessibles au grand public.

## 50 Ateliers sur le rôle parental en contexte d'immigration : collaboration entre les organismes communautaires et les CLSC

**Auteurs**

Isabelle Laurin

Danielle Guay, Suzanne DeBlois, Sarah Dufour, Marjolaine Lord, Chantal Lavergne, Marie-Claire Rufagari et les partenaires du GTM-ODL

### Contexte et description

Lors des consultations sur le Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal, les partenaires du réseau de la santé et du réseau communautaire ont soulevé l'importance de mieux soutenir les familles immigrantes dans leur rôle parental. Ils ont aussi nommé le besoin d'être mieux outillés pour accompagner ces familles et la volonté de travailler en collaboration.

C'est dans ce contexte que la Direction régionale de santé publique (DRSP) a sollicité la collaboration de deux chercheuses et la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) parce qu'ils ont développé les ateliers Espace Parents. Ceux-ci visent à accompagner les personnes immigrantes dans leur rôle parental et à renforcer leurs capacités d'adaptation. Il s'agit de 9 ateliers d'une durée de 2 heures offerts en milieu communautaire à des groupes de 10 participants.

La DRSP a donc proposé aux responsables des ateliers Espace parents de collaborer à un projet visant à offrir les ateliers dans une perspective d'arrimage entre les réseaux communautaire et de santé. Dans ce contexte, 4 organismes communautaires (OC) ayant une mission d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants ont accepté d'offrir les ateliers Espace Parents dans leurs locaux en collaboration avec les 4 CLSC situés sur leur territoire. De mars à juin 2018, 6 groupes de parents (n = 66) ont suivi les ateliers.

La DRSP a mené une évaluation d'implantation afin de documenter les avantages et les défis des différentes modalités de collaboration expérimentées entre les deux réseaux, ainsi que les bénéfices pour les parents et les intervenants. Les gestionnaires des OC et des CLSC ont participé à deux entrevues, avant et après le déroulement des ateliers. Au terme des ateliers, les animateurs des ateliers ont été rencontrés en entrevue individuelle et un focus group a été réalisé avec chaque groupe de parents.

### Résultats et retombées

La majorité des participants ont été recrutés parmi la clientèle des organismes qui offraient les ateliers. Un peu plus de la moitié étaient des résidents permanents et un peu plus du tiers des demandeurs d'asile. La majorité vivait au Canada depuis moins de 5 ans. Les participants ont fréquenté en moyenne 6 ateliers sur 9. Leurs motivations à participer aux ateliers étaient multiples, mais concernaient davantage le fait de pouvoir être mieux informés sur les normes en lien avec l'éducation des enfants et de mieux connaître les services offerts. Au terme des ateliers, les parents sont unanimes pour dire qu'ils connaissent maintenant l'existence de nombreuses ressources et les services qui y sont offerts, notamment les CLSC dont ils ignoraient en majorité l'existence, et qu'ils sont plus enclins à s'y référer. Ils ont une meilleure connaissance des pratiques parentales valorisées au Québec et plusieurs disent avoir amorcé des changements dans leurs pratiques disciplinaires et de communication avec leurs enfants. Au regard des avantages et des défis des modalités de collaboration entre les deux réseaux, les résultats sont différents d'un territoire à l'autre selon le niveau de partenariat déjà présent ou non avant le projet. Toutefois, deux constats émergent 1) la présence du CLSC pour co-animer certains des 9 ateliers dans l'OC a été bénéfique pour les deux partenaires ; 2) les attentes divergentes quant au recrutement des familles ont été une source d'insatisfaction.

### Leçons apprises et conclusion

L'expérience indique la nécessaire collaboration entre différents organismes pour mieux répondre aux besoins des familles immigrantes. Pour la poursuite d'Espace parent, il est souhaité d'élargir le partenariat pour que les ateliers continuent d'être offerts par les OC ayant une mission d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants et le CLSC, en complémentarité avec les OC ayant une mission orientée vers la famille.

## 51 Continuum de services en orthophonie communautaire et développement optimal de la communication des enfants d'âge préscolaire

**Auteurs**

Nathalie Walter

Émilie Courteau et les partenaires

### **Contexte et description**

Selon les résultats de l'EQDEM 2012, 26 % des enfants qui entrent en maternelle à 5 ans présentent une vulnérabilité pour au moins un des cinq piliers de développement. Cette proportion varie selon certaines caractéristiques des enfants, comme l'âge, le sexe ou la fréquentation d'un service de garde, entre autres. Cette vulnérabilité affectant le développement global des enfants s'exprime plus précisément dans les domaines touchant la communication et le langage pour près de 15 % des enfants de moins de 5 ans.

Pour réduire les impacts de ces vulnérabilités, et ainsi favoriser la réussite éducative des enfants, le GTM-ODL propose l'implantation d'un continuum de services concerté en orthophonie communautaire. Dans une démarche incluant promotion, prévention et intervention, 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. L'objectif est d'intervenir le plus tôt possible auprès des familles dont les enfants présentent des difficultés de développement, ce qui sous-entend une mobilisation continue des acteurs d'un territoire déterminé.

### **Résultats et retombées**

Les premiers constats révèlent la nécessité d'une démarche active d'appropriation du concept, car il s'agit bien plus de l'implantation d'une nouvelle philosophie de dispensation de services que de l'apport d'un modèle tout-inclus. La mobilisation de tous les partenaires engagés à bonifier l'offre de services aux enfants d'âge préscolaire est un facteur de réussite incontournable pour l'implantation du continuum. Outre l'implication d'une orthophoniste du réseau public dédiée à la mise en œuvre du continuum, l'adjonction d'une coordination est apparue comme une plus-value pour l'établissement des liens entre les différents acteurs et pour le transfert approprié d'informations dans le territoire.

S'il requiert la réduction des barrières d'accès aux activités et aux interventions préconisées, le continuum de services concerté en orthophonie communautaire permet surtout que les enfants 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. Une évaluation préliminaire de son implantation a été réalisée dans trois sites de la Montérégie, très distinctifs sur le plan des caractéristiques sociodémographiques autant que sur celui de l'organisation institutionnelle des services en orthophonie.

### **Leçons apprises et conclusion**

Attendre que les enfants entrent en maternelle pour identifier les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans le développement de la communication et du langage est un non-sens lourd de conséquences sur leur réussite éducative, mais aussi sur l'efficacité du service public de santé et d'éducation. Considérant que des habiletés langagières et communicationnelles optimales sont la base nécessaire et transversale à l'acquisition de comportements sociaux adéquats, à l'intégration d'apprentissages plus abstraits et au développement de l'individu intégré dans sa société, l'urgence d'intervenir de manière précoce devient évidente. Proposer une prise en charge avant l'âge de 5 ans permet de profiter de la plasticité cérébrale encore disponible pour la fonction langagière et de développer de bonnes stratégies de stimulation du langage avant l'entrée à la maternelle. De fait, toujours avec la reconnaissance du rôle majeur et prépondérant des parents, le continuum de services concerté en orthophonie communautaire modifie la vision de la pratique en orthophonie, en impliquant différents partenaires institutionnels, des services de garde et des organismes communautaires, ce qui suppose un partage de responsabilités et une reconnaissance mutuelle des expertises. Il permet de déployer un filet social autour des familles dans lesquelles évoluent de jeunes enfants avec des difficultés de communication et de langage.

## 52 CHU Sainte-Justine sans fumée pour un monde en santé

**Auteurs**

Martine Fortier

Sabrina Ourabah, Kim Loranger

### Commentaire particulier

Veuillez noter que cette affiche a déjà été présentée dans le cadre du Salon de la qualité et de l'innovation du CHU Sainte-Justine et du Réseau Mère-Enfant de la francophonie et qu'elle est en format paysage et non portrait (3' X4')

### Contexte et description

C'est sous le thème CHU Sainte-Justine sans fumée pour un monde en santé qu'ont été amorcés depuis 2015 le développement et le déploiement de la politique sur l'usage du tabac pour un environnement sans fumée dans toutes les installations intérieures et extérieures et sur les trois sites du CHU Sainte-Justine (CHUSJ), en conformité avec la loi concernant la lutte contre le tabagisme.

Le mandat de mettre à jour la politique concernant l'usage du tabac et de contribuer à faire du CHUSJ un établissement sans fumée a été octroyé au Centre de promotion de la santé. Dans le cadre de cette mission de prévention et de promotion de la santé, 3 objectifs ont été ciblés :

- Réduire l'exposition des usagers, visiteurs et employés à la fumée secondaire
- Améliorer la prévention du tabagisme et les interventions de soutien en cessation tabagique pour les usagers, les visiteurs et les employés du CHU
- Communiquer les orientations du CHUSJ et les services en lien avec le tabagisme.

Le CHU a fait preuve d'avant-gardisme en positionnant sa démarche en amont de la loi et en déployant sa politique en 2016 (tout établissement de santé doit être doté d'une politique sans fumée depuis novembre 2017). Avec cette politique, il souhaite offrir un environnement propice à la guérison et promouvoir une bonne santé. Pour ce faire, il a mis de l'avant toute une série de stratégies et d'actions afin d'informer, de sensibiliser et de mobiliser l'ensemble des acteurs dans le déploiement de la politique dans un esprit positif, visant la santé et le bien-être de tous.

L'approche prônée par le CHU est une approche non coercitive, permettant également de proposer des solutions pour prévenir et soutenir la cessation tabagique chez trois publics ciblés : les employés, les adolescents et les femmes enceintes. L'implantation s'est effectuée avec une approche en gestion de projet, de manière rigoureuse, transversale, transdirectionnelle et par étape. Cela a permis une plus grande mobilisation des différentes parties prenantes et une appropriation des mesures de respect par tous. Le renforcement des habiletés et des compétences des intervenants et l'accès à des outils efficaces et fiables, font partie des stratégies déployées de manière transdisciplinaire

### Résultats et retombées

- Rapports d'événements en 2017 : 16
- Connaissance de la politique par les employés du CHU Sainte-Justine : T0 (2016) : 84 % et T1 (2017) : 96 %
- Satisfaction de la clientèle par rapport à un environnement sans fumée : 2017 : 100 %

La démarche de déploiement de la politique pour un environnement sans fumée du CHU Sainte-Justine est d'ores et déjà exportable auprès d'autres organisations du réseau de la santé qui souhaitent implanter leur politique. En effet, le CHUSJ a rendu disponibles les grandes lignes de la démarche ainsi que les outils développés en réponse à des demandes adressées par la Direction régionale de santé publique de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

### Leçons apprises et conclusion

Le bilan est fort positif ! Le déploiement de la politique, qui s'avérait au départ un véritable défi collectif, a été un succès grâce à la mobilisation de tous que ce soit, notamment, à travers la consultation de différents acteurs et employés, le travail de collaboration interdirections et le respect des mesures par les employés, les familles et les visiteurs fumeurs.

Quelques défis ont été rencontrés, liés notamment au respect de la politique (3 sites à couvrir sur 3 quarts de travail), à l'étendue des terrains, à la résistance des syndicats et au contexte de la dernière étape des travaux d'agrandissement du CHUSJ (projet Grandir en santé). Toutefois, la multitude des stratégies de communication, le respect du calendrier et la cohérence des messages ont fait en sorte qu'à l'heure actuelle, les employés tout comme les patients et les visiteurs respectent et appliquent les mesures établies sur l'ensemble des sites du CHUSJ.

## 53 Le Club des chefs

### Auteurs

Martine Fortier

Isabelle Marcoux, Anic Morissette

### Contexte et description

La promotion de la santé fait partie de la mission du CHU Sainte-Justine (CHUSJ). En juin 2016, le Centre de promotion de la santé initiait une démarche de concertation impliquant plusieurs directions du CHUSJ (Direction des affaires médicales et universitaires, Direction des services techniques et de l'hébergement, Direction de l'enseignement, Direction des affaires multidisciplinaires, Direction de la qualité et de la performance) dans le but de développer un projet visant à augmenter la satisfaction, la qualité et le bien-être des patients durant leur hospitalisation, soit les ateliers de cuisine Le Club des chefs. Les ateliers Le Club des chefs sont non seulement ludiques, mais ils visent également à :

- Augmenter le sentiment de confiance face à la participation des jeunes et à la préparation d'un repas
- Améliorer les connaissances des jeunes à propos des concepts de base de la saine alimentation, favoriser la créativité, l'autonomie et l'estime de soi des jeunes par la préparation de mets,
- Outiller les parents pour faciliter la transmission de compétences culinaires à la maison.

Ce projet reflète l'engagement du personnel du CHUSJ à intégrer la prévention et la promotion de la santé dans toutes les trajectoires de soins et de services. Le Club des chefs s'avère ainsi un moyen innovant et efficace qui contribue à augmenter les habiletés et les compétences culinaires des familles et, à plus long terme, améliorer la santé globale des mères et des enfants du Québec.

Le Club des chefs s'inscrit dans le cadre de l'offre de services du Centre de formation patient-famille qui a pour mission de répondre aux besoins de la population, en favorisant le développement de ses compétences dans la prise en charge de sa santé et de son bien-être.

### Résultats et retombées

De juin à décembre 2016, une évaluation des ateliers de cuisine Le Club des chefs a été réalisée auprès des enfants et des parents participants.

#### Chez les enfants :

- 100 % des enfants ont indiqué que cette activité leur avait donné le goût de participer plus souvent à la préparation des repas.

#### Chez les parents :

L'évaluation a permis de constater un taux élevé de satisfaction générale de l'activité.

Sur une échelle de 0 (pas satisfait) à 10 (très satisfait) :

- 17 % ont répondu 8/10
- 33 % ont répondu 9/10
- 50 % ont répondu 10/10

### Leçons apprises et conclusion

Suite au projet pilote, un rapport a été rédigé et des recommandations ont été émises afin d'optimiser l'opérationnalisation de la mise en place des ateliers. Ces ajustements ont permis un déploiement efficace et structuré de la programmation.

L'attribution prochaine d'un local permanent où se dérouleront les ateliers permettra d'ancrer cette nouvelle pratique au cœur de l'offre de services du CHUSJ.

Les ateliers de cuisine Le Club des chefs sont également exportables à d'autres unités de soins et à d'autres clientèles (femmes enceintes, adolescents, employés). À titre d'exemple, à l'unité de psychiatrie, les ateliers de cuisine pourraient servir d'outil d'évaluation pour les thérapeutes puisqu'ils permettraient, entre autres, d'observer le comportement verbal et non verbal, lors de l'exécution d'une tâche donnée, de même que l'évolution des progrès du patient. Les ateliers peuvent aussi être mis en œuvre dans d'autres milieux de vie de l'enfant comme dans les écoles, les garderies.

## 54 « Découvre le monde et ses diverses saveurs », un outil de référence sur les habitudes alimentaires des immigrants du Québec

Auteurs

Dispensaire diététique de Montréal et Fondation OLO

### Contexte et description

« Découvrir le monde et ses diverses saveurs : Profils alimentaires de régions du monde et de quelques aspects culturels liés à la périnatalité » est un outil de référence incontournable sur les habitudes alimentaires et culinaires des communautés culturelles issues de l'immigration. Ayant d'abord été conçu pour s'adresser aux intervenants en périnatalité, son contenu unique est pertinent pour l'ensemble des acteurs œuvrant en contexte multiculturel. Il permet de bonifier l'accompagnement des familles et des femmes enceintes par une meilleure compréhension de leur culture alimentaire et de leurs croyances, d'enrichir les connaissances et les compétences afin de mieux adapter les interventions en santé, nutrition et saine alimentation ainsi que de favoriser un lien de confiance avec les familles de toutes origines. Réalisé par le Dispensaire diététique de Montréal et la Fondation OLO, près de 50 collaboratrices, majoritairement des nutritionnistes, et plus d'une centaine de familles immigrantes ont collaboré à son élaboration. Inspirée du document « Profils alimentaires des principaux groupes ethniques de la région de Québec » publié en 1997 par la Direction de la santé publique de Québec, le document trace les profils alimentaires et culturels de 11 régions du monde regroupant 44 pays en différentes sections : représentation d'un repas traditionnel, comportements et habitudes alimentaires, patron alimentaire habituel, mets communs, lexique ainsi que croyances et coutumes. Il a été distribué en version imprimée aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et communautaires membres de la Fondation OLO et aux intervenantes du Dispensaire diététique de Montréal. Il est également accessible gratuitement à tous en ligne sur les sites Internet des deux organisations ([www.fondationolo.ca/profils-alimentaires/](http://www.fondationolo.ca/profils-alimentaires/) ou [www.dispensaire.ca/app/uploads/Profils-alimentaires-complet.pdf](http://www.dispensaire.ca/app/uploads/Profils-alimentaires-complet.pdf)).

### Résultats et retombées

L'outil a permis aux intervenants de se familiariser avec la culture des femmes suivies, d'avoir une meilleure compréhension du bagage culturel des familles immigrantes et d'adapter leurs interventions auprès d'elles en conséquence, de même que de pouvoir comprendre et utiliser le même vocabulaire qu'elles, ce qui est gagnant pour créer un lien de confiance. Il y a également un aspect lié à la prévention. Par exemple, dans le cas où l'intervenant sait que de petites quantités d'alcool peuvent être permises lors de la grossesse dans certaines cultures, cela lui permet d'aborder la question de façon préventive. Dès sa sortie, il a fait l'objet d'un grand intérêt de la part des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire, mais également des organismes œuvrant auprès des familles, des services de garde éducatifs, des nutritionnistes en pratique privée, des départements universitaires de nutrition ainsi que des médias. La réalisation de ce projet a valu à ses auteurs le Prix Innovation, remis par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec à l'automne 2017.

### Leçons apprises et conclusion

Le visage de l'immigration et de la diversité culturelle au Québec a beaucoup changé au cours des 20 dernières années, tout comme d'ailleurs le concept de la saine alimentation. À leur arrivée, plusieurs familles immigrantes veulent maintenir leurs habitudes alimentaires et culinaires, car elles font partie de leur bagage culturel et de ce qui les définit. Or, ces familles sont souvent à risque de connaître de l'insécurité alimentaire et/ou un déclin de leur santé. Il s'agit malheureusement d'un enjeu de santé publique de plus en plus confirmé par les études. Les causes sont multiples, allant de la difficulté à se procurer les aliments utilisés dans leur cuisine traditionnelle au défi que représente la cuisine avec des aliments méconnus pour eux. Sachant à quel point l'alimentation est au cœur de l'intégration dans une société d'accueil et un facteur de prévention de la santé, notamment chez la femme enceinte, la création de ce document répond à un besoin qui était largement exprimé par les intervenants en périnatalité. Non seulement ils bénéficient d'informations fiables pour orienter leur intervention auprès des familles d'origines diverses, mais ils peuvent aussi faire une réelle différence dans leur quotidien en créant un lien de confiance durable, basé sur une meilleure compréhension de l'autre et une ouverture à sa différence.