

INCONTOURNABLES

19^{es} journées
annuelles
de **santé**
publique



Communications affichées

Tables des matières

1.	Prévalence et déterminants de la non-vaccination et du refus de la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) chez les filles de 12 à 14 ans au Canada, 2013.....	1
2.	Efficacité du vaccin contre le rotavirus à prévenir la gastro-entérite sévère chez les jeunes enfants selon diverses caractéristiques socioéconomiques	2
3.	Évaluation d'une formation brève sur l'entretien motivationnel adapté à la vaccination	3
4.	Impact à long terme d'une stratégie novatrice de promotion de la vaccination	5
5.	Problèmes de santé respiratoires potentiellement liés aux moisissures au primaire : élaboration et étude de la fidélité test-retest d'un questionnaire.....	6
6.	Exposition résidentielle à l'humidité excessive ou aux moisissures parmi les étudiants universitaires	7
7.	Mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique en 1 ^{re} ligne : le point de vue des médecins participants	8
8.	Les services préventifs en première ligne au Québec : une analyse secondaire des données issues de l'étude transversale « Quality and Cost of Primary Care » (QUALICOPC).....	11
9.	Le risque de séroconversion pour le cytomégalovirus dans une cohorte de femmes enceintes du Québec en 2010-2013	12
10.	Satisfaction des femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS.....	13
11.	Les Groupes de médecine de famille (GMF) atteignent-ils leurs objectifs de prévention?.....	15
12.	Coûts de pharmacie et utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués chez les personnes âgées selon le modèle de soins primaires.....	17
13.	Hospitalisations associées à <i>Salmonella</i> chez les aînés au Canada : connaître la situation actuelle pour mieux anticiper le fardeau futur	18
14.	Évaluation des communications portant sur le risque lié à la maladie de Lyme en Montérégie.	19
15.	Étude descriptive de la morbidité et de la mortalité associées aux infections par le virus du Nil occidental déclarées au Québec en 2012 et 2013	21
16.	Les sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie : le point de vue des intervenants sensibilisés	23
17.	Vit-on moins longtemps et en moins bonne santé lorsqu'on est aux prises avec la dépression?	24
18.	Évaluation de la pertinence d'un service d'injection supervisée en Montérégie.....	25
19.	L'élaboration du modèle logique de la Clinique SPOT : un processus novateur d'appropriation collective	27
20.	Développement d'un outil pour caractériser l'offre alimentaire à l'intérieur des commerces québécois.....	29
21.	Perceptions de 4 007 participants volontaires sur les effets des informations Web concernant le développement des enfants	30
22.	Évaluation de l'Opération Colibri : une diffusion réussie des données de l'EQDEM	31
23.	Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé	35
24.	REFLEX-ISS : un outil d'équipe pour observer, comprendre et analyser une intervention de santé publique au regard des inégalités sociales de santé.....	36
25.	Un Forum ouvert sur l'équité en santé comme espace pour oser s'exprimer et proposer des idées différentes pour l'action.....	39
26.	Le plaidoyer et l'équité en santé... Parlons-en.....	41

27.	Des services adaptés aux besoins des hommes : bilan 2009-2014	42
28.	Consultation chez les familles et jeunes de Montréal vivant sous le seuil de faible revenu en matière de saines habitudes de vie (saine alimentation et mode de vie physiquement actif).....	43
29.	0-5-30 Combinaison Prévention, deux ans après : évaluation auprès de décideurs locaux d'un engagement pris aux élections locales de 2012 en Belgique francophone	44
30.	De l'individuel au populationnel, le rôle des agents de promotion et prévention en saines habitudes de vie	45
31.	Je bouge avec mon doc : projet de promotion de l'activité physique	47
32.	Programme préscolaire : nos enfants et le stress	49
33.	Déterminants socioculturels en santé bucco-dentaire chez les Peulhs du Ferlo (Sénégal).....	50
34.	Clinique Bébé-dent	51
35.	La Charte OK : un modèle d'engagement intersectoriel pour la prévention des ITSS auprès des HARSAH	53
36.	Projet de recherche-action « Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation »	55
37.	Bactéries <i>Legionella</i> et tours de refroidissement à l'eau : la gestion des facteurs de risque dans le Règlement modifiant le code de sécurité de la Loi sur le bâtiment.....	56
38.	Scan environnemental des instruments de mesure utilisés au Québec évaluant l'offre alimentaire dans différents milieux de vie (2005-2015).....	57
39.	Les recours collectifs québécois : un atout pour la santé publique?	58

Recherche et évaluation

1. Prévalence et déterminants de la non-vaccination et du refus de la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) chez les filles de 12 à 14 ans au Canada, 2013

Auteur

Nicolas L. Gilbert

Coauteures

Heather Gilmour, Ève Dubé, Sarah E. Wilson, Julie Laroche

Contexte et objectifs

Depuis le début de la vaccination des adolescents contre le virus du papillome humain (VPH) au Canada en 2007, les couvertures vaccinales sont en deçà des objectifs de la santé publique. Cette analyse a été entreprise pour identifier les déterminants de la non-vaccination et du refus du vaccin.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Les données de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale (ENCVE) de 2013 ont été analysées. L'ENCVE est une vaste enquête téléphonique pancanadienne réalisée aux deux ans. Des parents sont questionnés sur les vaccins reçus par leur enfant. Des questions mesurent également les attitudes sur la vaccination. Les données recueillies chez les parents de filles de 12 à 14 ans ont été utilisées pour la présente analyse.

Méthode et démarche

Les variables dépendantes à l'étude étaient la non-vaccination et le refus de la vaccination. Les variables indépendantes incluses dans l'analyse étaient l'âge, la province de résidence et le lieu de naissance des filles; le revenu des ménages; et la scolarité et le lieu de naissance des parents répondants. Des régressions logistiques multiples ont été effectuées pour mesurer l'association entre les variables dépendantes et indépendantes et pour calculer des rapports de cotes ajustés. Les intervalles de confiance ont été estimés par la méthode Bootstrap.

Résultats et outils développés

En tout, 5 720 filles âgées de 12 à 14 ans ont été incluses dans l'analyse. Parmi elles, 27,7 % n'avaient pas été vaccinées contre le VPH, et les parents de 14,4 % des filles avaient refusé le vaccin. Au Québec, les taux de non-vaccination et de refus du vaccin étaient respectivement de 20,3 % et de 10,5 %. La non-vaccination était significativement plus fréquente chez les filles dont le parent répondant était originaire d'Europe, tandis que les parents répondants originaires d'Asie étaient significativement moins à risque que les autres de refuser le vaccin pour leur fille. Par ailleurs, les parents répondants les plus scolarisés étaient davantage à risque de refuser le vaccin.

Conclusion et recommandations

Des facteurs géographiques, démographiques et socioéconomiques influencent les taux de non-vaccination et de refus du vaccin contre le VPH. Ces variations, et en particulier le refus plus fréquent du vaccin par les parents les plus scolarisés, devront faire l'objet de recherches plus approfondies.

2. Efficacité du vaccin contre le rotavirus à prévenir la gastro-entérite sévère chez les jeunes enfants selon diverses caractéristiques socioéconomiques

Auteure

Virginie Gosselin

Coauteures

Mélissa Généreux, Geneviève Petit

Contexte et objectifs

Le rotavirus est la principale cause de gastro-entérite aiguë (GEA) chez les tout-petits à travers le monde. Dans les pays industrialisés, la gastro-entérite à rotavirus (GERV) entraîne rarement le décès, mais elle peut mener à l'hospitalisation, engendrant des coûts importants à la société. Avant l'arrivée des vaccins contre le rotavirus au Canada, 7 500 à 10 500 hospitalisations pour GERV étaient estimées annuellement.

Deux vaccins contre le rotavirus, RotaTeq et Rotarix, ont été approuvés au Canada en 2006 et 2007 et sont recommandés depuis 2010 pour prévenir la GERV chez les jeunes enfants. Le 1^{er} novembre 2011, le vaccin antirrotavirus monovalent Rotarix (RV1) a été introduit dans le programme québécois de vaccination universel afin de réduire la morbidité reliée à la GERV dans la population générale, incluant les groupes vulnérables. Le vaccin est offert à tous les nourrissons, étant administré de façon orale à raison de deux doses à l'âge de deux et quatre mois.

Après trois ans d'implantation de ce programme universel, la présente étude avait pour objectif d'évaluer l'efficacité vaccinale (EV) de RV1 à prévenir l'hospitalisation pour GEA et GERV chez les jeunes enfants en Estrie.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Une étude de cohorte rétrospective a permis de suivre trois cohortes d'enfants nés au CHUS entre août 2008 et décembre 2013 et vivant en Estrie à la naissance pendant une période de temps équivalente de deux ans et six mois, soit de novembre 2008 à mai 2011 (période pré-implantation) ou de novembre 2011 à mai 2014 (période post-implantation).

Méthode et démarche

Grâce au jumelage d'une banque de données hospitalières du CHUS (CIRESSS) avec un registre régional de vaccination (LOGIVAC), trois cohortes d'enfants ont été créées : (1) les enfants vaccinés contre le rotavirus nés en 2011-2013 (n = 5 033), (2) les enfants non vaccinés contre le rotavirus nés en 2011-2013 (n = 1 239) et (3) les enfants non vaccinés contre le rotavirus nés en 2008-2010 (n = 6 436). Ces cohortes ont été suivies de façon rétrospective afin d'identifier la survenue d'une hospitalisation pour GEA ou GERV et ainsi calculer l'EV pour ≥ 1 dose et 2 doses. L'EV a été calculée de manière globale et selon plusieurs variables socioéconomiques mesurées à l'échelle des quartiers résidentiels.

Résultats et outils développés

En utilisant la régression logistique multivariée, l'EV ajustée pour ≥ 1 dose était de 58% (IC 95 % : 35 %-72 %) et de 89 % (IC 95 % : 55 %-98 %) pour prévenir l'hospitalisation pour GEA et GERV, respectivement. Pour une série complète (2 doses), l'EV ajustée a atteint 62 % (IC 95 % : 37 %-77 %) et 94 % (IC 95 % : 52-99 %), respectivement. Les analyses stratifiées selon les caractéristiques socioéconomiques ont démontré une EV moindre chez les enfants vivant dans les quartiers défavorisés. Par exemple, l'EV contre les hospitalisations pour GEA était significativement plus faible dans les quartiers ayant une proportion élevée de familles à faible revenu (tertile 3) par rapport aux autres quartiers (tertile 1 : EV = 63 %, tertile 2 : EV = 86 %, tertile 3 : EV = 30 %, p = 0,049).

Conclusion et recommandations

Ces résultats confirment que RV1 est très efficace pour prévenir la gastro-entérite sévère chez les enfants âgés de moins de trois ans au Québec, particulièrement chez les groupes socioéconomiquement plus aisés. Dans un pays industrialisé comme le Canada, le statut socioéconomique pourrait influencer l'EV du vaccin antirrotavirus. D'autres études sont requises pour déterminer les facteurs reliés à une plus faible EV dans certains groupes vulnérables.

3. Évaluation d'une formation brève sur l'entretien motivationnel adapté à la vaccination

Auteure

Stéphanie Lanthier-Labonté

Coauteures

Amin Mesbahi, Nina Nguyen, Ginette Sika, Judith Archambault, Maryse Guay

Contexte et objectifs

L'hésitation à la vaccination contribue à diminuer les couvertures vaccinales (CV). Lors d'un projet sur l'organisation des services de vaccination (OSV) (Guay *et al.* 2015), des infirmières vaccinatrices ont manifesté le besoin d'être formées pour mieux conseiller la clientèle hésitante. Une approche s'appuyant sur l'entretien motivationnel (EM) auprès des parents de nouveau-nés ayant été démontrée efficace pour augmenter les CV (Gagneur *et al.* 2013), une formation sur l'EM adapté à la vaccination a été développée pour répondre à ce besoin.

Objectifs

Évaluer l'impact d'une formation brève sur l'EM adapté à la vaccination en vérifiant : 1) l'amélioration des connaissances, 2) l'intention d'appliquer l'EM en pratique et 3) le sentiment de confiance à appliquer l'EM; évaluer la satisfaction des participants.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Évaluation d'une formation brève sur l'EM adapté à la vaccination développée pour les infirmières vaccinatrices de 4 CSSS de la Montérégie ayant participé au projet OSV.

Formation élaborée à partir des écrits et de travaux antérieurs (Lanthier-Labonté, 2015). Elle comportait 1) une partie théorique sur 4 des principes de l'EM : exploration de l'ambivalence, questions ouvertes, non-argumentation et technique d'enseignement « Demander–Fournir–Demander »; 2) une partie pratique sous forme de jeux de rôles en trio (parent hésitant–vaccinatrice–observateur).

Méthode et démarche

Devis : Étude quasi expérimentale à devis avant-après à groupe unique.

Population à l'étude : Infirmières (n = 37) de 4 CSSS ayant participé au projet OSV.

Intervention : Formation brève sur l'EM donnée à 5 reprises en août 2015, d'une durée de 60 à 90 minutes.

Instruments de mesure : Des questionnaires pré- (Qpré) et post-formation (Qpost) ont été développés d'après Gagneur et Farrands (2015), des écrits et des avis d'experts, et en s'appuyant sur un cadre conceptuel adapté de Briss (2000) et de la théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1975). Ils comportaient principalement des questions à choix de réponses (échelles de Likert). D'une durée d'environ 5 minutes chacun, le Qpré a été administré au début de la formation et le Qpost immédiatement à la fin. Ils mesuraient les variables dépendantes et intermédiaires : 1) connaissances, intentions et sentiment de confiance en lien avec les 4 principes de l'EM mentionnés ci-dessus; et 2) variables sociodémographiques (expérience en vaccination, expérience en soins infirmiers, fréquence de pratique en vaccination et formation récente en EM). Un questionnaire d'appréciation administré après le Qpost évaluait le processus de la formation. Des analyses descriptives ont été réalisées en plus d'analyses comparatives et d'association, celles-ci après transformation des variables catégoriques en scores (test de rang signé de Wilcoxon, test de Mann-Whitney et corrélations).

Résultats et outils développés

Les scores moyens pré-post des connaissances, d'intention et de sentiment de confiance pour chacun des principes de l'EM et les scores moyens totaux se sont tous améliorés, et ce, de manière statistiquement significative, à l'exception du score de connaissances de l'exploration de l'ambivalence. Les différences de scores pré-post ne sont influencées par aucune des variables intermédiaires évaluées. La formation a été très appréciée, et a majoritairement répondu aux attentes.

Conclusion et recommandations

La formation brève sur l'EM a contribué à l'amélioration 1) des connaissances, 2) de l'intention d'appliquer l'EM et ses principes et 3) du sentiment de confiance à pouvoir l'utiliser en clinique. Les résultats sont encourageants par leur cohérence, malgré leurs limites inhérentes liées notamment au devis de l'étude sans groupe témoin et à leur caractère peu généralisable conséquemment à l'échantillonnage. Ces résultats tracent la voie à une formation plus intense pour outiller davantage les vaccinateurs face au phénomène d'hésitation, une problématique d'actualité en santé publique. Cette formation bonifiée pourrait alors être assortie d'une évaluation plus robuste sur des indicateurs comme les compétences et les CV.

4. Impact à long terme d'une stratégie novatrice de promotion de la vaccination

Auteur

Thomas Lemaitre

Coauteurs

Nathalie Carrier, Geneviève Petit, Arnaud Gagneur

Contexte et objectifs

La vaccination a permis de réduire fortement la mortalité et la morbidité de nombreuses maladies (CCNI, 2006). Au Québec, les couvertures vaccinales (CV) chez les jeunes enfants demeurent sous-optimales (Boulianne, 2011), ce qui nécessite des efforts de promotion plus soutenus. De nombreuses études ont démontré que le retard à l'initiation des premières vaccinations est un facteur prédictif de statut vaccinal incomplet pendant l'enfance (Dietz, 1994; Valiquette, 1998; Boulianne 2003; Strine, 2003). L'étude Promovac a été réalisée en Estrie entre 2010 et 2011. Elle a démontré l'efficacité d'une intervention éducative de promotion de la vaccination délivrée, selon les techniques de l'entrevue motivationnelle, aux familles durant leur séjour post-partum à la maternité du CHUS. L'intervention a augmenté significativement l'intention de vaccination des parents (+ 15 %) ainsi que les CV à 3, 5 et 7 mois de vie (+ 3,3 %, 5 % et 7,4 %) de leur nourrisson (Gagneur, 2012).

L'objectif du présent projet est d'évaluer l'impact de l'intervention de l'étude Promovac sur les CV à 13, 19 et 24 mois de vie, ainsi que sur l'ensemble de la vaccination de la petite enfance (0-2 ans).

Description de l'étude ou du projet et population visée

Il s'agit d'une étude de type groupe de comparaison statique avec mesures post-tests répétées. La population visée est constituée des enfants qui naissent à la maternité du CHUS. La population étudiée est quant à elle constituée de deux cohortes : les enfants des familles ayant reçu l'intervention testée dans le cadre de l'étude Promovac (groupe expérimental) et ceux des familles ne l'ayant pas reçu (groupe contrôle).

Méthode et démarche

Les données de CV à 13, 19 et 24 mois de vie ont été extraites du registre régional de vaccination de la Direction de santé publique de l'Estrie. Après détermination du statut vaccinal de chaque sujet étudié, les CV de chaque cohorte ont été calculées et comparées à l'aide du test du Khi-carré. Des régressions logistiques à mesures répétées ont été réalisées afin d'évaluer l'impact de l'intervention et du statut vaccinal complet à 3 mois sur l'ensemble de la vaccination au cours de la petite enfance. Des risques relatifs ont été estimés. Un modèle multivarié a été réalisé pour contrôler selon le statut vaccinal à 3 mois, l'âge de la mère, avoir plus d'un enfant, avoir accouché par césarienne et l'hospitalisation en néonatalogie.

Résultats et outils développés

Les parents de 1 140 enfants ont eu l'intervention et 1249 enfants sont dans le groupe contrôle. Les groupes sont comparables pour l'âge de la mère et la durée d'hospitalisation. Les CV sont significativement plus élevées à 13, 19 et 24 mois (+6,7 %, 10,6 % et 5,1 %) chez les enfants du groupe expérimental comparativement à celles des enfants du groupe contrôle. Les enfants du groupe expérimental ont 9 % plus de chance d'avoir une CV complète de 3 à 24 mois comparativement aux enfants du groupe contrôle (79,4 vs 74,3 %; RR (IC à 95 %) = 1,09 (1,05-1,13), $p < 0,001$). De plus, les enfants ayant reçu leurs premières doses vaccinales avant 3 mois ont plus de chances d'avoir un statut vaccinal complet à 2 ans (82,3 vs 48,1 %; RR (IC à 95 %) = 2,72 (2,28-3,24), $p < 0,001$). Dans le modèle multivarié, le risque relatif ajusté de l'impact de l'intervention sur les CV est estimé à 1,05 (1,02-1,08), $p < 0,001$.

Conclusion et recommandations

L'étude Promovac a démontré l'efficacité d'une intervention éducative précoce et adaptée sur les premières vaccinations à 3, 5 et 7 mois de vie, mais aussi sur l'ensemble de la vaccination de la petite enfance. Ces résultats sont donc très encourageants et devraient être pris en considération dans la prise de décision relative au choix de stratégies de promotion efficace de la vaccination pour l'atteinte des objectifs de CV du Programme de national de santé publique du Québec.

5. Problèmes de santé respiratoires potentiellement liés aux moisissures au primaire : élaboration et étude de la fidélité test-retest d'un questionnaire.

Auteure

Cynthia Paradis-Beaudoin

Coauteures

Linda Pinsonneault, Marie-France Dubois

Contexte et objectifs

Lorsque l'on soupçonne la présence de moisissures dans une école, il peut être nécessaire d'effectuer des enquêtes épidémiologiques dans le but de confirmer la présence d'une fréquence accrue de problèmes de santé. La méthode utilisée lors de ces enquêtes est la comparaison des taux de symptômes et de maladies de références à ceux obtenus dans les écoles inspectées. Cependant, aucun taux de référence n'est répertorié en Estrie et il n'existe aucun outil permettant de les obtenir. Ainsi, la présente étude vise une étape préliminaire à de telles enquêtes et a pour objectifs généraux de développer et de débiter la validation d'un questionnaire portant sur les maladies respiratoires et les facteurs de risques associés, chez les enfants fréquentant une école primaire. Les objectifs spécifiques sont 1) d'adapter et de bonifier les questionnaires existants et d'en évaluer, 2) la validité de contenu et 3) la stabilité temporelle.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Il s'agit d'une étude de développement et de validation d'un questionnaire. Des experts en santé publique, en recherche et en clinique étaient visés pour contribuer au développement et à la validation de contenu. Les parents d'enfants d'écoles primaires de la Montérégie étaient visés pour l'étude de la fidélité test-retest.

Méthode et démarche

Une recension des outils existants a d'abord été effectuée. Puisqu'aucun d'entre eux ne possédait toutes les caractéristiques désirées, seuls certains éléments ont été conservés pour le développement d'un nouveau questionnaire autoadministré à remplir par les parents au sujet de leur enfant. Pour la validation du contenu, chaque question a été révisée par un comité de cinq experts à l'aide d'un questionnaire papier et d'une conférence téléphonique. Les variables indicatrices calculées à partir de ces questions ont également été validées par les experts. Pour étudier la fidélité test-retest du questionnaire, les parents de 514 enfants de deux écoles primaires ont été sollicités dans l'objectif d'en recruter 102 qui devaient répondre au questionnaire à deux reprises à deux semaines d'intervalle. Pour chaque variable, l'accord entre les deux passations était estimé par le coefficient kappa et des valeurs de kappa significativement supérieures à 0,4 étaient recherchées.

Résultats et outils développés

L'ébauche du questionnaire comptait 31 questions regroupées en 5 sections. Après obtention d'un consensus avec les experts, certaines questions ont été éliminées, d'autres ajoutées et certaines modifiées. La version révisée du questionnaire comptait 34 questions qui sont ensuite transformées en 48 variables. 81 parents ont complété le questionnaire à deux reprises pour un taux de réponse de 24 %. Les coefficients kappa sont statistiquement différents de 0,4 pour plusieurs variables dont la présence d'allergie ($k = 0,89$, $p < 0,001$), des symptômes nasaux ($k = 0,71$, $p = 0,0012$) et d'indicateur d'humidité excessive ($k = 0,77$, $p < 0,001$). Par contre, les coefficients kappa sont inférieurs et non statistiquement différents de 0,4 pour la présence des symptômes oculaires ($k = 0,64$, $p = 0,147$), des symptômes respiratoires ($k = 0,37$, $p = 0,849$) et des symptômes non spécifiques ($k = 0,59$, $p = 0,222$).

Conclusion et recommandations

Un des défis lors de l'élaboration du questionnaire a été d'inclure le plus de variables essentielles à l'étude sans que le questionnaire soit trop long. Pour la collecte de données auprès des parents, des contretemps administratifs ont retardé l'envoi du premier questionnaire de deux semaines et demie. Ainsi, la période pour la deuxième complétion du questionnaire (retest) était pendant la dernière semaine d'école et le début du congé d'été. Cela a pu diminuer le taux de réponse et certains participants ont pris plus de deux semaines entre le test et le retest. Les analyses avec et sans les retardataires donnent toutefois des résultats similaires. Les coefficients kappa sont élevés pour la plupart des variables et les autres sont modérés. Seulement une question a dû être modifiée et une autre éliminée du questionnaire. Cependant, d'autres études de validation sont nécessaires avant d'utiliser ce questionnaire.

6. Exposition résidentielle à l'humidité excessive ou aux moisissures parmi les étudiants universitaires

Auteur

Mathieu, Lanthier-Veilleux

Coauteures

Geneviève Baron, Mélissa Généreux

Contexte et objectifs

L'humidité excessive et les moisissures en milieu résidentiel sont reconnues pour contribuer aux problèmes de santé respiratoire et à leur mauvais contrôle. De nombreuses inégalités d'accès géographiques et socioéconomiques aux logements salubres existent. Aucune étude canadienne n'a documenté l'exposition à l'humidité excessive ou aux moisissures chez les étudiants universitaires, une population pourtant susceptible de vivre des situations de précarité en matière de logement. Cette étude vise à décrire la prévalence de telles problématiques dans le logement des étudiants universitaires et les différentes caractéristiques qui y sont associées.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Une enquête électronique a été réalisée auprès des 26 676 étudiants inscrits à l'Université de Sherbrooke en mars 2014. Ceux-ci ont été sollicités par leur courriel universitaire. Les étudiants inscrits à l'Université du troisième âge, habitant à l'extérieur du Québec ou âgés de moins de 18 ans étaient exclus.

Méthode et démarche

Afin de promouvoir la participation à l'enquête, différentes techniques suggérées par Dillman ont été utilisées notamment : soutien d'organismes crédibles, rappel, titre accrocheur, structure conviviale du questionnaire et tirage de certificats-cadeaux. L'exposition à l'humidité excessive ou aux moisissures a été définie comme la présence d'au moins un des quatre signes suivants (tous mesurés à l'aide de questions validées) : signes visuels de moisissures, signes olfactifs de moisissures, signes d'humidité excessive, histoire de dégâts d'eau. Cette mesure d'exposition a une sensibilité de 75 % et une spécificité de 71 % comparativement à une évaluation par un hygiéniste. Des tests de chi-carré et des régressions logistiques univariées ont été utilisés pour examiner la fréquence d'exposition selon des facteurs sociogéographiques et les caractéristiques des logements. Les résultats ont été pondérés pour l'âge, le sexe et le campus d'étude.

Résultats et outils développés

Un questionnaire a été développé à partir d'autres outils et scores existants validés ou reconnus par des experts, tels que : ECRHS7, SFAR8 et GINA9. Après avoir été soumise auprès d'experts et pré-testée par des étudiants universitaires pour la compréhension et la durée, la version finale incluait jusqu'à 144 questions (plusieurs sections conditionnelles) et prenait 10 à 20 minutes à compléter. Parmi les 2 097 étudiants ayant participé à l'enquête (taux de réponse de 7,9 %), 74,3 % étaient locataires. Plus d'un étudiant sur trois, soit 36,1 % (IC à 95 % : 33,9-38,1), étaient exposés à l'humidité excessive ou aux moisissures. Des différences importantes au niveau de cette exposition ont été notées entre locataires et propriétaires-occupants (39,7 % contre 25,5 %, soit un rapport de cote de 1,92 [IC à 95 % : 1,54-2,38]). Le sexe et l'âge n'étaient pas associés aux moisissures ou à l'humidité excessive, mais le campus d'étude (principal ou satellites), les relations entre les occupants du logement, et l'expérience antérieure de logement insalubre l'étaient ($p < 0,01$). Le revenu familial était également un facteur associé (RC de 0,63 (IC à 95 % : 0.50-0.80)) lorsqu'on comparait les ménages gagnant plus de 55 000 \$ à ceux gagnant moins de 15 000 \$ annuellement, mais le coût mensuel du logement ne l'était pas. L'exposition était également associée à plusieurs caractéristiques des bâtiments : construits avant 1981, nécessitant des rénovations et n'ayant pas de système de ventilation adéquat ($p < 0,001$).

Conclusion et recommandations

Cette étude démontre une prévalence élevée d'exposition aux moisissures ou à l'humidité excessive dans les logements des étudiants universitaires, ce qui les rend à risque de développer ou aggraver certaines maladies respiratoires. Elle met surtout en lumière les inégalités d'accès aux logements salubres selon le revenu familial. Cette étude renforce l'importance pour la santé publique de travailler à améliorer l'accès aux logements sains, et ce, particulièrement pour les populations vulnérables. Ces actions devraient viser le partage de connaissances sur les droits et responsabilités des locataires et propriétaires ainsi que sur les caractéristiques modifiables des bâtiments et les moyens de les améliorer.

7. Mise en œuvre d'un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique en 1^{re} ligne : le point de vue des médecins participants

Auteure

Sylvie Provost

Coauteurs

Raynald Pineault, Russell Simco, Dominique Grimard, Pierre Tousignant

Contexte et objectifs

La gestion des maladies chroniques nécessite une intégration des services destinés aux personnes atteintes. Plusieurs études indiquent que les interventions basées sur le *Chronic Care Model-CCM* améliorent les processus et résultats de soins. En favorisant l'établissement de réseaux intégrés de services, l'implantation d'initiatives inspirées du CCM constitue un instrument de choix pour amorcer la création ou consolider les réseaux locaux de services (RLS).

L'objectif de l'étude est d'apprécier la participation des médecins à un programme de gestion des maladies chroniques en première ligne inspiré du CCM et de documenter leur appréciation des effets du programme sur leurs patients, leur pratique et la collaboration au sein du réseau.

Description de l'étude ou du projet et population visée

En collaboration avec les CSSS, l'ASSS de Montréal a mis en œuvre au printemps 2011 un programme de prévention et d'intervention interdisciplinaire intégré sur le risque cardiométabolique s'adressant aux patients atteints de prédiabète/diabète ou d'hypertension. Dans chaque CSSS, le programme prévoit : un centre d'enseignement offrant aux patients, en complémentarité avec le suivi du médecin de première ligne, des interventions cliniques réalisées sur 2 ans par une équipe interdisciplinaire; un soutien aux médecins de première ligne; l'établissement de liens entre les partenaires du réseau local et la mise en place de mécanismes de coordination des soins. Six CSSS ont participé à l'évaluation du programme.

Méthode et démarche

Un questionnaire postal a été administré aux médecins de première ligne un an après l'inscription d'un premier patient au programme, pour documenter leur participation et leur appréciation des effets du programme sur: leurs patients, leur pratique médicale, leurs liens avec la 2^e ligne et la collaboration au sein du RLS. Des scores ont été construits à partir des items documentant ces aspects. Des analyses de régression logistique ont été réalisées pour identifier les facteurs associés à la participation des médecins et à leur appréciation du programme.

Résultats et outils développés

381 omnipraticiens ont participé à l'évaluation (taux de réponse 51 %). La majorité consacrait au moins 50 % de leurs activités professionnelles en première ligne, effectuait surtout leurs consultations sur rendez-vous, et pratiquait en GMF, CR, CLSC ou UMF.

Les médecins ont indiqué avoir référé en moyenne 13 patients au programme au cours de l'année précédente. Parmi les raisons qui les inciteraient à référer davantage, on note : plus d'information sur le service offert (48 %), plus de rétroaction sur les patients référés (42 %) et l'élargissement des critères d'admission (34 %).

Les médecins considèrent que le programme est bénéfique pour leurs patients (score moyen 8,4/10), en termes d'amélioration des habitudes de vie, information et autogestion de la maladie, motivation à la contrôler. Les médecins considèrent que le programme est utile pour leur pratique en termes de soutien au suivi des patients (score 8,7/10). L'appréciation est moindre en ce qui concerne les activités de formation continue et outils cliniques (score 6,2/10), la collaboration avec les services de 2^e ligne (score 5,8/10) et la collaboration au sein du RLS (score 6,3/10). Un plus grand nombre de patients vus chaque semaine en clinique de première ligne, ainsi qu'une pratique orientée vers la prise en charge des maladies chroniques, sont associés au fait de référer plus de patients au programme et à une meilleure appréciation du programme.

Conclusion et recommandations

Le programme sur le risque cardiométabolique mis en place par l'ASSSM et les CSSS semble apprécié par les médecins qui y ont référé des patients, particulièrement au regard du soutien au suivi des patients et des effets sur les patients. Toutefois, le taux de référence demeure faible et la perception des médecins de première ligne concernant les aspects relatifs à la collaboration et à la coordination des soins indique que l'impact de l'implantation du programme sur l'intégration des services destinés aux patients demeure à consolider.

8. Les services préventifs en première ligne au Québec : une analyse secondaire des données issues de l'étude transversale « Quality and Cost of Primary Care » (QUALICOPC)

Auteur

Grégory Léon

Coauteurs

Danièle Francoeur, Élise Chartrand, Dominique Laroche, Karine Héber, Marc Lemire

Contexte et objectifs

Au Québec, la prévention et la gestion des maladies chroniques font partie des priorités ministérielles et régionales. Dans un objectif de prévention des maladies chroniques, une des stratégies retenues mise sur l'encouragement des services préventifs en première ligne. Les services préventifs regroupent un ensemble d'activités variées : counselling sur les habitudes de vie, dépistage de maladies ou facteurs de risques, immunisation et chimio-prophylaxie. L'objectif principal de cette analyse des données de l'étude QUALICOPC pilotée au Québec par l'INSPQ est d'explorer les variations dans l'offre de services préventifs par les médecins de famille ou d'autres professionnels de la santé œuvrant en cliniques de première ligne.

Description de l'étude ou du projet et population visée

QUALICOPC est une étude internationale réalisée auprès de médecins de famille et leurs patients dans le but d'analyser et de comparer les systèmes de santé de première ligne de plusieurs pays.

Méthode et démarche

L'étude QUALICOPC-Québec s'appuie sur une approche quantitative (questionnaire autoadministré). Des médecins de famille ont été recrutés entre 2013 et 2014 sur la base d'un échantillon randomisé de 2 000 médecins à partir d'une liste de 7 561 médecins stratifiée par type de région (universitaire, périphérique, intermédiaire et éloignée). Des analyses exploratoires bivariées ont été réalisées afin d'étudier la relation entre l'offre de services préventifs et les variables suivantes : modèles de clinique (nouveaux modèles de clinique, ex. groupe de médecine de famille (GMF), et anciens modèles de clinique, ex. cabinet de médecin solo), types de région et autres facteurs pouvant influencer cette offre (ex. : sexe et âge des médecins). Un groupe de travail, composé de médecins de santé publique, a été impliqué lors de l'analyse et l'interprétation des données.

Résultats et outils développés

Counselling : Plus de 93 % des médecins rapportent effectuer, lors des contacts réguliers avec leurs patients, un counselling sur les habitudes de vie (tabagisme, exercice physique, consommation d'alcool et régime alimentaire). Les médecins qui pratiquent dans un nouveau modèle de clinique sont en proportion plus nombreux à s'impliquer dans l'éducation à la santé de leurs patients, en particulier au sujet de leur régime alimentaire. Moins de 7 % des médecins rapportent être impliqués dans le counselling sur les habitudes de vie au moyen de sessions de groupe.

Dépistage : 97 % des médecins rapportent mesurer la pression artérielle des adultes régulièrement, quelle que soit la raison de la visite. Toutefois, 41 % des médecins rapportent mesurer le taux de cholestérol régulièrement auprès des adultes. Dans des proportions moindres ($\leq 28\%$), la pression artérielle et le taux de cholestérol sont aussi mesurés dans le cas de conditions cliniques spécifiques, sur demande ou auprès des patients qui consultent pour cette raison. Aucune différence significative n'est observée entre les modèles de clinique ou les types de région.

Immunisation : 73 % des médecins rapportent être impliqués, dans le cadre d'un programme, dans les activités de vaccination contre la grippe et 35 % dans les activités d'immunisation des enfants. Les médecins qui pratiquent en région éloignée sont moins enclins à rapporter une implication dans les activités de vaccination contre la grippe, alors que ceux en région universitaire sont plus enclins à rapporter une implication dans les activités d'immunisation des enfants. Autres facteurs associés à l'offre de services préventifs : une combinaison d'autres facteurs, tels que le sexe des médecins (femme), la rétroaction des patients et collègues, le mode de rémunération (capitation), la présence d'infirmières et la disponibilité de ressources matérielles sont associés positivement aux activités de counselling, de dépistage et d'immunisation étudiées.

Conclusion et recommandations

Notre étude a permis d'observer la généralisation d'une offre de services préventifs en clinique de première ligne au Québec tout comme une variation de cette offre selon les contextes notamment selon le modèle de clinique et le type de région.

9. Le risque de séroconversion pour le cytomégalovirus dans une cohorte de femmes enceintes du Québec en 2010-2013

Auteure

Valérie Lamarre

Coauteurs

Nicolas L. Gilbert, Céline Rousseau, Theresa W. Gyorkos, William D. Fraser

Contexte et objectifs

Le cytomégalovirus (CMV) est la principale infection congénitale et la principale cause de perte auditive sensorineuronale non génétique chez les enfants. Il n'existe aucune donnée récente sur l'incidence de l'infection à cytomégalovirus durant la grossesse au Canada. Cette étude a été entreprise afin de mesurer la prévalence des anticorps IgG contre le CMV et le taux de séroconversion dans une cohorte de femmes enceintes du Québec.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Nous avons utilisé des échantillons de sérum recueillis dans le cadre de l'étude de cohorte 3D (Découvrir, Développer, Devenir) chez des femmes enceintes qui préoyaient accoucher dans six hôpitaux du Québec : six à Montréal, un à Québec et un à Sherbrooke.

Méthode et démarche

Les échantillons de sérum recueillis au premier et troisième trimestre de grossesse ont été testés pour les anticorps IgG contre le CMV. Les associations entre les variables dépendantes et la séroprévalence ont été mesurées au moyen de régressions logistiques et les associations avec la séroconversion ont été mesurées au moyen de régressions de Poisson.

Résultats et outils développés

Sur 1938 femmes enceintes testées, 40,4 % étaient initialement séropositives pour le CMV. La présence d'anticorps contre le CMV était associée au travail comme éducatrice en service de garde, à une scolarité plus faible, à un revenu plus faible, au fait d'avoir des enfants et au fait d'avoir une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Sur 1 122 femmes initialement séronégatives, 24 (2,1 %) ont séroconverti entre leurs deux tests sérologiques. Le taux de séroconversion était de 1,4% (IC à 95 % : 0,9 à 2,1) pour 10 000 personnes-jours à risque ou 3,9 (IC à 95 % : 2,5 à 5,9) pour 100 grossesses.

Conclusion et recommandations

La grande proportion de femmes enceintes susceptibles à l'infection et le taux de séroconversions sont préoccupants.

10. Satisfaction des femmes ayant eu une mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS

Auteure

Michèle Paradis

Coauteures

Geneviève Doray, France Belleau, Isabelle Bairati

Contexte et objectifs

La Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale a le mandat de soutenir l'évaluation de la qualité des services du PQDCS offerts dans sa région. Depuis plusieurs années, cette évaluation est réalisée à partir d'indicateurs quantitatifs, tels que définis dans le cadre de référence du programme. L'objectif de cette recherche évaluative était d'identifier les éléments de satisfaction des femmes et leurs préoccupations au regard des services du PQDCS, tels que rapportés par ces dernières.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Un questionnaire de satisfaction a été transmis par envoi postal à 1 800 femmes ayant eu consécutivement, entre le 28 février et le 12 mars 2014, une mammographie de dépistage dans l'un des huit centres désignés de dépistage (CDD) de la région de la Capitale-Nationale. Au total, 1 187 femmes ont retourné leur questionnaire complété.

Méthode et démarche

L'enquête postale comportait trois sections : 1) un questionnaire de satisfaction structuré; 2) des questions permettant d'identifier les déterminants de la satisfaction et 3) une invitation aux femmes à partager leurs commentaires sur leur expérience de dépistage. Un panel de trois réviseuses a été constitué pour analyser ce contenu à partir d'une grille de codification structurée. Les commentaires étaient codés selon huit dimensions de satisfaction. De plus, tous les items de satisfaction étaient codés afin d'identifier s'ils traduisaient une satisfaction (item positif) ou une insatisfaction (item négatif). Les autres éléments de préoccupation des femmes concernaient les effets indésirables usuels de la mammographie, la norme de santé quant au fait de passer une mammographie de dépistage ainsi que des éléments de croyances en lien avec les bienfaits ou non de la mammographie. Ces éléments ont été codés selon le « Health Belief Model » appliqué à la mammographie.

Résultats et outils développés

Au total, 287 femmes ont transmis des commentaires écrits, générant 529 items : 77,7 % étaient des items de satisfaction, 10,4 % concernaient les effets indésirables de la mammographie (principalement la douleur lors de la compression), 10,2 % portaient sur les croyances de santé au regard du dépistage par mammographie et 1,7 % concernait la norme de santé. Les items les plus fréquemment rapportés par les femmes ayant un niveau élevé de satisfaction abordaient : 1) la satisfaction générale (62 items; 98 % positifs); 2) la satisfaction au regard du professionnalisme du personnel du CDD visité (73 items; 84 % positifs), 3) la satisfaction quant au savoir-être du personnel du CDD envers les femmes (92 items, 77 % positifs) et 4) la satisfaction au regard des temps d'attente (49 items, 82 % positifs). Les items portant sur la coordination des services du PQDCS étaient peu nombreux et plutôt positifs (n = 17, 65 % positifs). Par ailleurs, un nombre important d'items (n = 60) était relié à l'environnement physique dont 62 % reflétaient une insatisfaction; celle-ci concernait l'inconfort des lieux ou de l'appareil de mammographie. Les items portant sur la transmission des informations traduisaient une insatisfaction (n = 36; 72 % négatifs), principalement au regard des explications données par le personnel des CDD ou la transmission des documents provenant du programme. Les commentaires à l'égard de l'accessibilité des services reflétaient une insatisfaction (22 items, 64 % négatifs), principalement en lien avec l'accessibilité géographique des CDD.

Conclusion et recommandations

Dans leurs commentaires écrits, les femmes rapportent principalement des éléments de satisfaction, surtout au regard du savoir-faire et du savoir-être du personnel des CDD. Compte tenu de l'importance accordée à ces deux dimensions qui impliquent particulièrement la technologie en mammographie, il apparaît pertinent de poursuivre les programmes de formation afin de maintenir la qualité des services.

11. Les Groupes de médecine de famille (GMF) atteignent-ils leurs objectifs de prévention?

Auteure

Julie Fiset-Laniel

Coauteurs

Mamadou Diop, Sylvie Provost, Roxane Borgès Da Silva, Pierre Tousignant, Erin C. Strumpf

Contexte et objectifs

La création des groupes de médecine de famille (GMF) est une des transformations majeures des soins de première ligne au Québec. Les premiers GMF ont été accrédités en novembre 2002. La politique GMF prévoit des regroupements de 6 à 12 médecins équivalent temps-plein (ETP) travaillant en étroite collaboration avec une infirmière et d'autres professionnels de la santé en vue d'offrir une plus grande accessibilité, une prise en charge globale, et une continuité des soins pour une clientèle inscrite.

De par leur organisation, les GMF ont le potentiel de contribuer à la prévention de plusieurs maladies chroniques. L'objectif de ce projet est d'estimer l'impact causal des GMF sur la prestation de trois services de dépistage recommandés par les guides de pratique clinique au moment de l'étude pour certaines sous-populations ciblées : la coloscopie/sigmoïdoscopie pour les patients de 50 ans et plus, la mammographie de dépistage pour les femmes de 50 à 69 ans et l'ostéodensitométrie pour les femmes de 65 ans et plus.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Nous avons construit une banque de données longitudinale de tous les malades chroniques et/ou patients âgés de 70 ans ou plus inscrits comme « vulnérables » entre 2002 et 2005 au Québec. Une première cohorte de patients inscrits auprès d'un omnipraticien pratiquant en GMF est comparée à une deuxième cohorte de patients suivis par un omnipraticien pratiquant dans une clinique traditionnelle. Une période de pré-exposition de deux ans permet d'ajuster pour les différences entre les cohortes de patients GMF et non-GMF. L'impact des GMF est mesuré sur une période de suivi de cinq ans après l'inscription.

Méthode et démarche

Données

Les taux de services préventifs sont évalués à partir des données administratives de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les données de la RAMQ incluent tous les services de santé payés à l'acte (visites ambulatoires, visites à l'urgence, hospitalisations), de même que des informations sociodémographiques. Par conséquent, l'évaluation du respect des recommandations de prévention est limitée aux services préventifs facturables par les médecins à la RAMQ au moment de l'étude, soit la coloscopie/sigmoïdoscopie, la mammographie de dépistage et l'ostéodensitométrie.

Analyses

Étant donné la nature volontaire de l'inscription des patients en GMF, nous contrôlons pour le biais de sélection avec un score de propension (SP). Par la suite, nous utilisons des régressions logistiques multivariées en différences de différences (DD) afin d'évaluer l'impact causal des GMF sur l'utilisation des services de dépistage. Toutes les analyses sont menées sur des cohortes de patients qui répondent aux critères d'admissibilité de dépistage lors des années de suivi.

Résultats et outils développés

Après cinq ans de suivi, nous ne trouvons aucun effet des GMF sur les taux de dépistage du cancer colorectal par coloscopie/sigmoïdoscopie (DD [95% CI] = -0,06 [-0,31; 0,20]), ni les taux de dépistage du cancer du sein par mammographie (DD [95 % CI] = 1,03 [-0,23; 2,29]). Un effet négatif statistiquement significatif des GMF, mais cliniquement négligeable est observé pour les taux de dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie (DD [95 % CI] = -0,45 [-0,85; -0,05]).

Conclusion et recommandations

Le manque de preuves de l'effet des GMF sur la prestation de services préventifs était inattendu. Compte tenu de la structure des GMF (équipes interdisciplinaires, liens avec des spécialistes, etc.) et de la participation des infirmières, nous nous attendions à un avantage comparatif des GMF sur les cliniques non GMF. L'impact des GMF mis en opération après 2005 peut toutefois différer des GMF de première génération inclus dans cette étude.

L'interprétation de ces résultats sera appuyée, dans le futur, par des études portant sur la mise en œuvre de la politique GMF et sur la comparaison entre les différentes générations de GMF.

12. Coûts de pharmacie et utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués chez les personnes âgées selon le modèle de soins primaires

Auteure

Clara Bermudez-Tamayo

Coauteurs

François Béland, John Fletcher, Claude Galand

Contexte et objectifs

Au cours des dernières années, un certain consensus s'est établi sur l'idée que la réforme de la première ligne est une stratégie clé pour améliorer la performance du système de santé. Au Québec, on a proposé la mise en œuvre des groupes de médecine familiale (GMF), mais leur efficacité n'a pas été évaluée par rapport à d'autres modèles de soins. Par ailleurs, les médicaments constituent environ 20 % des dépenses de santé dont 40 % attribuables aux personnes âgées qui ne représentent que 15 % de la population. Dans un scénario de contraintes budgétaires, l'étude de l'utilisation de médicaments des GMF comparé à d'autres modèles de soins aux personnes âgées peut éclairer la prise de décisions. Objectifs : 1) Comparer le coût moyen total de médicaments prescrits en clinique aux personnes âgées selon son appartenance, on non, à un GMF, 2) Analyser si la prescription des médicaments potentiellement contre-indiqués diffère selon l'appartenance à un GMF (Liste de Beers).

Description de l'étude ou du projet et population visée

Analyse secondaire de l'étude « FRÉLE », basée sur une population de personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Trois territoires ont été ciblés en fonction du découpage géographique de dispensation des services de soins de santé au Québec et en fonction de leur densité populationnelle; il s'agit d'un territoire « métropolitain » (Montréal, CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent), un territoire « urbain » (Sherbrooke, CSSS de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke et d'un territoire « semi-rural » (Victoriaville, CSSS d'Arthabaska et de l'Érable). FRÉLE est une étude sur la fragilité, en conséquence, la taille de l'échantillon (1 638 personnes) a été calculée pour obtenir suffisamment de variations dans les cinq composantes de la mesure de la fragilité de Fried. L'échantillon, tiré depuis les données du fichier de la RAMQ en 2009, est composé de 12 strates égales selon les territoires, trois groupes d'âge (65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans+) et le sexe. Cinq collectes de données ont été faites: 3 interviews face-à-face à un an d'intervalle et 2 interviews par téléphone.

Méthode et démarche

Les différences des coûts totaux des médicaments prescrits entre patients inscrits ou non à un GMF ont été obtenues et comparées en contrôlant pour les strates. Puisque les distributions des coûts des médicaments sont asymétriques, nous avons utilisé l'estimation bootstrap pour calculer les écarts-types et l'intervalle de confiance de 95 % pour la moyenne et l'erreur type. Pour analyser si la prescription des médicaments potentiellement contre-indiqués diffère selon l'appartenance à un GMF (Liste de Beers), on a utilisé un modèle de régression logistique en ajustant par sexe, âge et territoire.

Résultats et outils développés

Aucune différence significative par rapport à l'âge, la santé physique et mentale, la fragilité ou les maladies chroniques n'est observée entre les patients appartenant à un GMF et ceux n'appartenant pas à un GMF (non GMF).

Pour les hommes, on n'a pas trouvé de différences significatives pour le coût moyen de médicaments prescrits entre le groupe « non GMF » (1,596 \$, RSE 99.4) et le groupe GMF (1,637 \$, RSE 87.6) ($p = 0,7491$). Pour les femmes, les coûts sont plus élevés chez celles qui ne sont pas inscrites à un GMF (1,714; RSE 185,1) par rapport à celles qui le sont (1,418; RSE 62,0) ($p = 0,0401$). Le modèle de régression logistique met en évidence que la prescription des médicaments potentiellement contre-indiqués ne diffère pas selon l'appartenance à un GMF.

Conclusion et recommandations

Le coût moyen des médicaments prescrits des hommes ne diffère pas selon l'appartenance à un GMF. En revanche, les femmes qui ne font pas partie d'un GMF, ont un coût plus élevé de pharmacie. L'appartenance à un GMF n'influence pas la prescription des médicaments potentiellement contre-indiqués.

13. Hospitalisations associées à *Salmonella* chez les aînés au Canada : connaître la situation actuelle pour mieux anticiper le fardeau futur

Auteure

Patricia Turgeon

Coauteurs

Regan Murray, Andrea Nesbitt

Contexte et objectifs

La salmonellose est une des infections entériques bactériennes les plus fréquentes au Canada et les aînés sont considérés comme une population plus vulnérable susceptible de développer des symptômes plus sévères. Selon les projections de populations de Statistique Canada de 2015 à 2035, alors que la population adulte (20-59 ans) augmentera de seulement 5 %, l'augmentation de la population d'aînés (60 et plus) sera de plus de 50 % et celle des gens de 80 ans et plus pourrait atteindre 110 %. Ce changement démographique affectera vraisemblablement les taux d'hospitalisation des maladies infectieuses, incluant la salmonellose. Par conséquent, il est important de connaître les caractéristiques des hospitalisations associées à salmonella chez les aînés afin de mieux anticiper comment le changement démographique pourra affecter le fardeau des hospitalisations.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Analyse descriptive des données canadiennes d'hospitalisations associées à la salmonellose pour différents groupes d'âge, soient les aînés (60-79 et 80 ans et plus) et les adultes (20-59 ans). Les données ont été utilisées pour le calcul de taux d'hospitalisation, des décès et la description des caractéristiques des hospitalisations associées à *Salmonella* chez les aînés (60-79 et 80 ans et plus) et les adultes (20-59 ans), incluant la durée du séjour, l'état à la sortie et la comorbidité en lien avec les principales maladies chroniques affectant les aînés au Canada.

Méthode et démarche

Les analyses ont porté sur dix années (2001 à 2010) de données d'hospitalisations qui ont été extraites à partir de la base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Résultats et outils développés

Entre 2001 et 2010, plus de 6000 hospitalisations associées à *Salmonella* ont été répertoriées chez les adultes âgés de plus de 20 ans. De ce nombre, près de 50 % ont été enregistrées pour des aînés de 60 ans et plus pour un taux d'incidence d'hospitalisation annuel de 5 cas/100 000 habitants, comparativement à 1,7 cas/100 000 habitants pour les autres adultes (20-59). La durée du séjour était aussi différente selon l'âge, avec une médiane de sept jours pour les aînés et quatre jours pour les autres adultes. De plus, lorsqu'un diagnostic de salmonellose était enregistré comme le diagnostic le plus responsable de l'hospitalisation, le décès est survenu chez 3 % des patients aînés et chez 0,5 % des patients adultes. Parmi les aînés hospitalisés avec une salmonellose comme étant le diagnostic le plus responsable de l'hospitalisation, 60 % ont aussi été diagnostiqués avec une des quatre maladies chroniques les plus fréquentes chez les aînés au Canada. De plus, parmi ceux-ci, le tiers était affecté par plus d'une maladie chronique.

Conclusion et recommandations

Malgré que les aînés âgés de 60 ans et plus représentent 23 % des cas de salmonellose déclarés au pays durant la période à l'étude, près de 50 % des hospitalisations associées à *Salmonella* sont survenus chez cette population, et une augmentation de cette proportion est attendue. Ce pourcentage est préoccupant étant donné que les résultats démontrent que les hospitalisations chez ce groupe d'âge sont associées à un plus grand fardeau que les hospitalisations chez les autres adultes. Des approches de prévention ciblées pour les aînés sont essentielles afin de réduire l'impact du changement démographique sur le fardeau des hospitalisations et de la recherche sur les facteurs de risque associés à la salmonellose et spécifiques aux aînés devrait aussi être poursuivie.

14. Évaluation des communications portant sur le risque lié à la maladie de Lyme en Montérégie.

Auteure

Julie Gervais

Coauteurs

François Milord, Cécile Aenishaenslin, André Ravel

Contexte et objectifs

La maladie de Lyme est présentement en émergence au Québec (Ferrouillet *et al.* 2014) particulièrement en Montérégie (Lambert et Milord, 2015). Toutefois, les connaissances générales sur la maladie et l'adoption des mesures de protection personnelle étaient plutôt faibles lorsque mesurées en 2012 dans cette région (Aenishaenslin *et al.* 2015, Ferrouillet *et al.*, 2015). Aussi, en 2014, la Direction de santé publique de la Montérégie (DSPM) a élaboré et mis en œuvre un plan de communications destinées aux professionnels de la santé et à la population. Cette affiche présentera les résultats d'évaluation avec deux objectifs : 1) identifier les bonnes pratiques en matière de communications du risque et 2) analyser l'adéquation entre ces bonnes pratiques, les besoins des publics cibles et les communications du risque pour la maladie de Lyme menées en Montérégie.

Description de l'étude ou du projet et population visée

L'évaluation ciblait les communications accessibles à la population générale et aux professionnels de la santé de la Montérégie en 2014 et 2015. Puisqu'elles coexistaient, les activités et outils de communications effectuées par d'autres organismes ont aussi été inclus. Une évaluation formative et une évaluation des processus (Fischhoff, 2011) ont été réalisées de manière à vérifier la portée des messages et leur capacité à répondre aux besoins d'informations identifiés. Aussi, une réflexion sur la méthodologie qui permettrait de faire l'évaluation des impacts de ces communications a été effectuée.

Méthode et démarche

L'évaluation s'est déroulée en trois grandes étapes. D'abord, une recension des écrits et la consultation d'experts en communication et relations sociales a permis d'identifier les bonnes pratiques en communication du risque en santé. En deuxième lieu, la consultation des études portant sur les besoins et préoccupations des groupes ciblés ainsi que le recensement des outils et activités de communication leur étant destinées a permis d'en faire la compilation. Finalement, par la construction de modèles logiques, une évaluation formative a permis de déterminer l'adéquation entre les bonnes pratiques, les besoins identifiés et les différents outils et activités employés. L'évaluation des processus a été réalisée en faisant le suivi de certains indicateurs par exemple, la fréquentation de page web ou le tirage des documents imprimés.

Résultats et outils développés

Sept bonnes pratiques en matière de communication du risque en santé ont été identifiées. Un large éventail d'outils et de canaux de diffusion adaptés aux publics cibles et répondant majoritairement aux bonnes pratiques ont été identifiés. L'évaluation formative a démontré des efforts de communication moindres pour certains sous-groupes : les travailleurs à risque et les jeunes enfants. Aussi, l'analyse des besoins et préoccupations a mis en lumière un certain sentiment de méfiance de la population face aux capacités du système de santé à diagnostiquer et traiter la maladie. L'analyse des processus a permis de mesurer la portée de certains outils. Finalement, pour permettre de faire l'évaluation des impacts sur le transfert des connaissances, les changements de comportements et de croyances des publics ciblés, nous proposons une démarche utilisant une approche mixte.

Conclusion et recommandations

Ce projet comportait plusieurs défis. La multitude d'acteurs produisant des outils ou réalisant des activités de communication ainsi que la variété des groupes ciblés et leurs besoins particuliers ont contribué à sa complexité.

L'évaluation a permis de formuler les recommandations suivantes :

- développer de nouveaux outils visant à rejoindre les travailleurs à risque et les jeunes enfants;

- tenir compte des préoccupations de la population notamment le besoin de clarification sur les capacités diagnostiques et thérapeutiques du système de santé;
- poursuivre les efforts de formations continues des professionnels de la santé pour augmenter leurs connaissances sur la maladie;
- augmenter les efforts et les ressources pour permettre l'évaluation de ces communications afin d'optimiser le ratio coût-efficacité de ces activités.

15. Étude descriptive de la morbidité et de la mortalité associées aux infections par le virus du Nil occidental déclarées au Québec en 2012 et 2013

Auteure

Anne-Marie Lowe

Coauteurs

A-M. Lowe, N. Ouhoumane, A. Fortin, D. Kairy, A. Vibien, J. Kovitz-Lensch, C. Back, T-N. Tannenbaum, Eric Tchouaket, F. Milord

Contexte et objectifs

Depuis son introduction à New York en 1999, le virus du Nil occidental (VNO) est endémique en Amérique du Nord. Les premiers cas ont été documentés au Québec en 2002. Après une période d'accalmie, la province a connu une recrudescence entre 2011 et 2013. Le VNO entraîne une infection le plus souvent asymptomatique (80 %) ou s'apparentant au syndrome d'allure grippale (20 %). Chez moins de 1 % des cas, on observe une maladie grave avec atteinte neurologique : méningite aseptique, encéphalite ou paralysie flasque aiguë (1). Des complications à moyen et long terme sont décrites dans la littérature (2-8).

Documenter les complications physiques, psycho-cognitives et fonctionnelles, 12 et 24 mois après le diagnostic, chez les cas d'infections par le VNO déclarés au Québec en 2012 et 2013 et à décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ces cas.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Cette étude descriptive des cas déclarés aux directeurs de santé publique en 2012 et 2013 permet la comparaison des cas selon leur présentation clinique (avec ou sans atteinte neurologique). Le seuil statistique est de 5 %.

Méthode et démarche

Recrutement des cas trois mois suivant leur diagnostic par un intervenant de la DSP de résidence. Obtention du consentement par voie téléphonique (accès aux dossiers médicaux et participation aux entrevues téléphoniques). Collecte de données dans les questionnaires d'enquête des DSP et les dossiers médicaux (grilles standardisées et validées), et par téléphone (questionnaires Short Form-36 pour la santé physique et mentale et Instrumental Activities of Daily Living pour l'évaluation du statut fonctionnel des patients).

Résultats et outils développés

Parmi les 166 cas d'infection par le VNO déclarés, 91 cas ont participé à l'enquête téléphonique et les dossiers médicaux de 81 cas ont été consultés. La proportion d'atteintes neurologiques est similaire chez les participants et les non-participants. Une plus grande proportion de cas avec atteinte neurologique avaient des conditions médicales sous-jacentes comparativement aux cas sans atteinte neurologique (73 % vs 43 %, $p = 0,01$), dont HTA (50 % vs 26 %, $p = 0,045$) et maladie cardiovasculaire (39 % vs 13 %, $p = 0,04$). Les cas avec atteinte neurologique présentaient davantage de manifestations cliniques comme la fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$ (96 % vs 65 %, $p < 0,0001$) la faiblesse (66 % vs 9 %, $p < 0,0001$) et les symptômes gastro-intestinaux (67 % vs 39 %, $p = 0,017$). La quasi-totalité d'entre eux ont été hospitalisés (96 % vs 17 %, $p = 0,0001$) et presque la moitié avaient des séquelles au congé (46 % vs 4 %, $p < 0,001$). Le tiers (31 %) des cas hospitalisés ont requis du support à la sortie de l'hôpital et 16 % sont décédés (5 décès sur 11 directement liés au VNO). Seuls les scores moyens du SF-36 pour les composantes « vie et relation avec les autres » et « santé mentale perçue » étaient statistiquement différents de ceux de la population générale canadienne (respectivement $p = 0,007$ et $p = 0,0036$). La séquelle fonctionnelle la plus rapportée était « incapacité à faire ses courses » (12 %).

Conclusion et recommandations

Le taux de mortalité observé correspond à la littérature (2-3,7). L'identification d'un ensemble de signes et symptômes lors de la présentation peut suggérer une atteinte neurologique et un suivi plus étroit pourrait être indiqué dans les jours suivants (7) afin de détecter les complications. Tel que relevé dans la littérature, les séquelles touchent le domaine de la santé mentale (5-6). Cette étude a permis de colliger des données de morbidité et de

mortalité de l'infection au VNO applicables au Québec. D'autres études pourront être faites afin de les valoriser, notamment d'y attribuer un coût économique, pour soutenir les décideurs dans le choix des interventions à mettre en place.

Bibliographie

1. Sejvar J.J. *et al.* Neurologic manifestations and outcome of West Nile virus infection. JAMA. July 2003;290(4), 511-515.
2. Loeb M. *et al.* Prognosis after West Nile virus infection. Annals of internal medicine 2008;149 :232-241.
3. Johnstone J. *et al.* Prognosis of West Nile virus associated acute flaccid paralysis : a case series. Journal of Medical Case Reports. 2011;5(395), 1-6.
4. Labowitz Klee A. *et al.* Long-term prognosis for clinical West Nile virus infection. Emerging infectious diseases. August 2004;10(8), 1405-1411.
5. Haaland KY. *et al.* Mental status after West Nile virus infection. Emerging infectious disease. August 2006;12(8), 1260-1262.
6. Nolan MS. *et al.* Findings of long-term depression up to 8 years post infection from West Nile virus. Journal of clinical psychology. 2012;68(7), 801-808.
7. Pepperell C. *et al.* West Nile virus infection in 2002 : morbidity and mortality among patients admitted to hospital in southcentral Ontario. Canadian Medical Association Journal. May 27, 2003;168(11), 1399-1405.
8. Sejvar J.J. *et al.* The long-term outcomes of human West Nile virus infection. Clinical infectious diseases. 2007;44 : 1617-24.

16. Les sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie : le point de vue des intervenants sensibilisés

Auteure

Marie-Claude Rivard

Coauteurs

Virginie Roy, François Trudeau

Contexte et objectifs

Parmi les approches novatrices visant à pallier à la problématique préoccupante l'alimentation et l'activité physique, souvent associées à l'obésité, celle qui cible les environnements physique, politique, économique et socioculturel jugés influents sur ces deux habitudes de vie (Booth *et al.*, 2001; Gortmaker *et al.*, 2011) émerge au Québec (MSSS, 2012). Afin de promouvoir des environnements favorables aux saines habitudes de vie (EF-SHV), des sessions de sensibilisation ont été déployées à l'intention d'intervenants de divers milieux et paliers à l'échelle provinciale. Il est pertinent d'impliquer les intervenants qui peuvent exercer à leur tour une influence significative sur ces environnements (Cohen, 2000). La présente étude se penche sur l'évaluation à caractère unique de ces sessions de sensibilisation et vise à décrire les perceptions des intervenants sensibilisés sous l'angle de la pertinence et de l'efficacité de cette session pour leur pratique.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Le but de ces sessions est d'outiller les intervenants à rendre les environnements plus favorables aux saines habitudes de l'alimentation et de l'activité physique. Le pilotage des sessions à l'échelle provinciale consiste à sensibiliser les intervenants quant aux causes et conséquences de l'obésité, à mieux comprendre l'effet des environnements sur les habitudes de vie et à réfléchir sur les moyens disponibles pour agir. Cette opération de grande envergure a offert plus de 1 000 sessions (moyenne = 3 h/session) sur tout le territoire québécois entre septembre 2012 et 2015, rejoignant plus de 15 000 intervenants de divers milieux.

Méthode et démarche

L'évaluation de ces sessions a été réalisée à l'aide de différents outils complémentaires tels que 12 groupes de discussion, 52 entretiens individuels et plus de 1 800 questionnaires administrés en deux temps de mesure. Tous les participants (n = 1953) devaient avoir suivi une session. Les données ont été analysées grâce aux logiciels NVivo 10 et SPSS.

Résultats et outils développés

Les entretiens individuels et de groupe révèlent que les sessions de sensibilisation auront permis d'orienter les intervenants vers une appropriation plus juste et une vision plus large des EF-SHV. De plus, tous évoquent que ces sessions ont favorisé l'acquisition d'un vocabulaire commun et ce, peu importe le secteur d'activités. L'analyse des questionnaires indique des différences significatives au niveau de quatre variables : l'engagement, les intentions et la perception de contrôle des intervenants de même que les barrières perçues, et ce selon leur statut d'emploi (décideurs, employés et bénévoles) et leur secteur d'activités (santé, éducation et communautaire). À titre d'exemple, pour le statut d'emploi, les décideurs sont ceux qui manifestent le plus haut niveau de perception de contrôle. Quant aux secteurs d'activités, les intervenants de l'éducation et du communautaire affichent une perception de contrôle plus élevée et des intentions plus fortes pour apporter des changements dans leur milieu de pratique. De plus, les intervenants de la santé et du communautaire sont ceux qui perçoivent les barrières (ex. : contraintes de temps et de ressources) comme étant plus importantes.

Conclusion et recommandations

L'évaluation a permis de constater que les sessions rejoignent un grand réseau d'intervenants qui ont le potentiel d'agir dans leur milieu respectif. Le thème des environnements favorables a été perçu positivement par les participants comme une nouvelle voie d'entrée pour travailler les SHV et développer des actions cohérentes. Les résultats suggèrent que les sessions évaluées ont été pertinentes (objectif 1) et qu'elles ont entraîné des changements de perceptions et de pratiques chez les acteurs sensibilisés et donc, une certaine efficacité (objectif 2). Ceci laisse supposer qu'une telle phase de sensibilisation à grande échelle est préalable à toute activité de formation visant un public plus restreint. Aussi, tout porte à croire qu'à plus long terme, une telle sensibilisation aura servi de levier aux acteurs pour passer à de véritables actions concertées, rattachées aux quatre d'environnements.

17. Vit-on moins longtemps et en moins bonne santé lorsqu'on est aux prises avec la dépression?

Auteur

Colin Steensma

Coauteurs

Lidia Loukine, Heather Orpana, Louise McRae, Julie Vachon, Frank Mo, Michèle Boileau-Falardeau, Carrie Reid, Bernard C.K. Choi

Contexte et objectifs (incluant la finalité du projet ou de l'étude)

Environ 11 % de la population canadienne de 15 ans et plus ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie. Cette situation est préoccupante puisque la dépression augmente les risques de décès prématurés, de maladies du cœur, de cancer et d'accidents vasculaires cérébraux. Bien que la dépression ait des conséquences connues sur la santé, l'ampleur du phénomène demeure à quantifier. L'indicateur de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) a été développé pour amorcer une réflexion sur la question : vit-on moins longtemps et en moins bonne santé lorsqu'on est aux prises avec la dépression?

Objectifs

Les objectifs de cette étude descriptive étaient de mieux comprendre le fardeau de la dépression en estimant l'EVAS chez les adultes canadiens et de déterminer dans quelle mesure la dépression influence la longueur de la vie (composante de mortalité) et la qualité de la vie (composante de morbidité).

Description

Cette étude présente une mesure de l'espérance de vie en santé chez la population adulte canadienne vivant avec ou sans dépression.

Méthode et démarche

L'indicateur EVAS traduit le nombre d'années que l'on peut espérer vivre en bonne santé ou sans incapacité. Les données utilisées proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1994-2010), l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (2009-2010) et le Système de surveillance des maladies chroniques.

La présence de la dépression (épisode dépressif majeur au cours de l'année précédente) et le risque relatif de décès associé à la dépression ont été calculés pour construire les tables de mortalité selon le sexe, l'âge et le statut de la dépression de la population canadienne de 20 ans et plus. Ensuite, un indice de l'état de santé fonctionnelle incorporant plusieurs éléments d'incapacité a été inclus pour tenir compte de la qualité de vie reliée à la santé. L'EVAS pour les personnes vivant avec et sans dépression a ensuite été partitionné en deux composantes soit la mortalité et la morbidité.

Résultats et outils développés

À 20 ans, une femme vivant avec la dépression peut espérer vivre environ 42 années supplémentaires en pleine santé comparé à environ 57 années pour celle ne vivant pas avec la dépression. Chez les hommes, ce nombre est de 39 années supplémentaires en pleine santé comparé à environ 54 années pour celui ne vivant pas avec la dépression.

En tenant compte de la différence d'environ 15 années d'EVAS entre les femmes et les hommes avec et sans dépression, on constate que la grande majorité est associée à des pertes de qualité de vie (femmes : 12 ans et hommes : 13 ans).

À 20 ans, il est estimé que les hommes et les femmes qui vivent une dépression passeront une proportion du reste de leur vie trois fois plus grande en mauvaise santé que ceux ne vivant pas avec la dépression (femmes : 32 % vs 12 %, hommes : 31 % vs 11 %). Ces différences persistent également dans les groupes de personnes plus âgées.

Conclusion et recommandations

La dépression chez les adultes au Canada est associée à une espérance de vie en santé significativement moins longue. Bien que la mortalité précoce y contribue, une grande partie de cet écart entre les personnes vivant avec et sans la dépression s'explique par des pertes de qualité de vie liée à l'incapacité.

18. Évaluation de la pertinence d'un service d'injection supervisée en Montérégie

Auteur

David-Martin Milot

Coauteures

Julie Loslier, Kareen Nour

Contexte et objectifs

Les usagers de drogues par injection (UDI) présentent des taux de morbidité et de mortalité élevés, en plus d'une importante précarité psychosociale. Pourtant, leur utilisation des services en place est sous-optimale. Dans ce projet de recherche, nous avons voulu, dans le contexte montérégien, 1) dresser un portrait de cette population et des services qui lui sont offerts et 2) évaluer la pertinence d'un service d'injection supervisée (SIS) dans la région. Ce second objectif devait également permettre de documenter les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés par les UDI par rapport à l'utilisation des services disponibles.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Le projet de recherche a été réalisé dans le cadre d'une maîtrise en santé publique à l'Université de Montréal et s'est déroulé sur une période d'un an. Il provenait d'une demande de plusieurs acteurs stratégiques œuvrant auprès des personnes vivant avec une dépendance en Montérégie, qui considéraient avoir une connaissance sous-optimale de la population UDI montérégienne. En effet, seules les données du réseau canadien SurvUDI permettaient d'avoir une idée approximative des caractéristiques de cette population, estimée à 5105 individus en 2006.

Méthode et démarche

Un devis transversal combinant les approches quantitative et qualitative a été utilisé. Le premier volet du projet a donné lieu à l'analyse principalement descriptive de sept banques de données. Un portrait des UDI montréalais et du reste du Québec a ainsi été réalisé. Des analyses comparatives ont été effectuées pour les variables où un écart plus important était observé entre les données de ces trois territoires. Le second volet a permis de recueillir l'opinion des UDI et des acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux via des groupes de discussion semi-dirigés portant sur les services sociaux et de santé disponibles pour les UDI en Montérégie.

Résultats et outils développés

Les résultats indiquent que bien que plutôt similaire aux populations UDI montréalaises et du Québec, celle de la Montérégie s'en distingue par le fait qu'elle s'injecte moins souvent dans des lieux publics et plus fréquemment dans son domicile, et qu'elle soit sans domicile fixe à moindre proportion. Bien qu'elle présente les mêmes taux de comportements à risque, tels que le fait de s'injecter seul (risque de surdose fatale) ou d'utiliser du matériel usagé (risque d'infection) que ses homologues de Montréal et du reste du Québec, ses taux d'infection au VIH et à l'hépatite C sont moindres de façon statistiquement significative. Quant aux services disponibles pour la population UDI montérégienne, les participants interrogés ont noté une appréciation sous-optimale de ceux-ci, entre autres en conséquence aux nombreux obstacles à l'accessibilité et à la continuité de cette offre de services, tels que la sectorisation et la centralisation géographique des ressources. De plus, des ressources clés telles qu'un réseau de pairs aidants ou des services de transition post-désintoxication sont absentes ou trop peu présentes en Montérégie. Pour ces raisons, plusieurs UDI ont recours aux services sur l'île de Montréal plutôt que dans leur région, s'exposant à un milieu où les conditions de consommation peuvent être plus problématiques.

Conclusion et recommandations

La consommation de drogues par injection est une problématique de santé publique bien présente sur l'ensemble de la Montérégie. Bien que la plupart des caractéristiques de la population UDI montérégienne soient similaires à celles de ses homologues montréalais et de l'ensemble du Québec, celle-ci se distingue par certains éléments qui ont un rôle clé dans l'adaptation de l'offre de services qui leurs sont dédiés. Alors qu'un SIS est jugé pertinent en Montérégie par les participants interrogés, une optimisation des ressources actuelles demeure prioritaire. Ce projet a donné lieu à dix recommandations destinées aux décideurs afin de permettre une amélioration de cette offre de services montérégienne.

19. L'élaboration du modèle logique de la Clinique SPOT : un processus novateur d'appropriation collective

Auteure

Marthe Deschesnes

Coauteurs

Geneviève Olivier-d'Avignon, Anne-Marie Michaud, Maxime Amar, Nathalie Bouchard.
Avec la contribution de Christopher Fletcher, Sophie Lauzier, Sophie Dupéré, Pierre Durand,
Shelley-Rose Hyppolite, Arnaud Duhoux, Marc Lemire, Yv Bonnier-Viger, Anne Guichard,
Anne-Marie Hamelin, Alexandre Lebel, Geneviève Trudel et Ginette Paquet

Contexte et objectifs

La clinique communautaire de santé et d'enseignement SPOT, à Québec, a une double mission :

- Améliorer l'état de santé des populations marginalisées, désaffiliées, en situation de vulnérabilité sociosanitaire, non rejointes par l'offre de soins et de services existante.
- Former une relève professionnelle sensibilisée à l'impact des inégalités sociales sur la santé et aux besoins sociosanitaires de ces populations.
- Des personnes visées par l'offre de soins, des organismes communautaires, des organisations de soins de santé et de services sociaux, des unités universitaires et des étudiant-es collaborent au développement de la clinique en partenariat. Cette communication a pour objectif de présenter la démarche d'élaboration et de validation du modèle logique de SPOT et son impact sur l'appropriation collective de cette initiative novatrice.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Dès ses débuts en 2011, SPOT a placé la recherche et l'évaluation au cœur de ses activités, soutenue par des chercheurs du Regroupement stratégique Inégalités sociales de santé et services de première ligne du Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Afin de guider l'évaluation des modes d'intervention et d'enseignement implantés à SPOT, un modèle logique présentant les relations entre les contextes, l'infrastructure de soutien, les processus de mise en œuvre des activités et les résultats attendus de la clinique a été développé.

Méthode et démarche

Le modèle logique a été élaboré selon une approche à la fois participative, réflexive et flexible, selon les étapes suivantes, qui ont toutes menées à des modifications :

- Réalisation d'une version initiale du modèle logique par les acteurs impliqués dans la démarche évaluative, provenant du milieu de la recherche, en collaboration avec l'équipe de recherche élargie.
- Première validation réalisée auprès des responsables des fonctions stratégiques et opérationnelles de SPOT.
- Seconde validation menée auprès d'une vingtaine de partenaires de la clinique, soit des intervenant-es communautaires, des étudiant-es et des administrateurs de SPOT. Utilisation d'une représentation du modèle logique sous la forme d'un arbre pour vulgariser le modèle logique et en faciliter l'appropriation par les participants.
- Échange autour du modèle logique sous ses deux formes réalisé par des membres du comité de recherche et d'évaluation de SPOT dans le cadre d'une assemblée générale annuelle, devant près de 50 personnes, incluant toutes les catégories d'acteurs partenaires du projet.

Une collecte de données a été réalisée pendant l'ensemble de la démarche afin de la documenter et de porter un regard critique sur celle-ci.

Résultats et outils développés

La présentation du modèle logique sous ses deux formes a permis de le bonifier et de favoriser chez les acteurs impliqués à SPOT une compréhension commune de ses valeurs, objectifs, approches et effets attendus, au-delà de leur apport individuel. Cet outil est utilisé comme document de référence dans l'élaboration de la démarche de recherche et d'évaluation, ainsi que pour la présentation de la clinique à de nouveaux venus. Il sert aussi d'outil de réflexion et de dialogue au sein du conseil d'administration et de l'équipe de soins. Plus largement, le processus d'élaboration et de validation a permis de contribuer à l'installation d'une culture de recherche participative au sein de l'organisme, et d'intégrer une diversité d'acteurs dans la démarche évaluative du projet dont ils font partie.

Conclusion et recommandations

L'approche participative et les outils utilisés ayant favorisé une compréhension claire et partagée, le modèle logique de SPOT est susceptible d'accroître la pertinence et l'utilité de la recherche et de l'évaluation ainsi que de mobiliser les différents acteurs autour de ces activités. D'un autre côté, cette appropriation collective a stimulé la mobilisation à SPOT, et pourra contribuer à la qualité des interventions qui y sont réalisées, en favorisant une réflexion critique des acteurs sur leurs propres interventions.

20. Développement d'un outil pour caractériser l'offre alimentaire à l'intérieur des commerces québécois

Auteure

Élise Jalbert-Arsenault

Coauteure

Marie-Claude Paquette

Contexte et objectifs

L'obésité peut être considérée comme une réponse normale à un environnement obésogène; les choix individuels étant influencés par la qualité de l'environnement alimentaire (EA). Ce dernier est constitué de l'accès géographique aux aliments (EA communautaire) et de l'environnement à l'intérieur des détaillants alimentaires (EA de consommation). Plusieurs études soulignent le lien entre ces EA, l'alimentation et le poids, ce qui en fait des cibles d'intervention prioritaires pour l'amélioration des habitudes de vie. Ce projet s'inscrit dans cette nouvelle lignée, ayant pour objectif de caractériser l'EA québécois et d'explorer son influence sur le comportement d'achats des consommateurs.

Description de l'étude ou du projet et population visée

Un outil d'évaluation de l'EA de consommation des commerces alimentaires a été développé à partir des enjeux alimentaires actuels. L'outil peut être utilisé dans plusieurs types de détaillants alimentaires afin de décrire l'EA de consommation des quartiers. La combinaison des résultats de cet outil avec les codes postaux des commerces étudiés permettra dans un second volet d'établir un portrait multidimensionnel des EA des quartiers. Une évaluation spécifique des supermarchés a été réalisée dans 3 quartiers de Montréal à l'aide de l'outil développé.

Méthode et démarche

Le territoire étudié représente les quartiers d'Hochelaga-Maisonneuve, de Mercier et de Centre-Sud. Dix-sept supermarchés, situés dans les 8 Régions de tri d'acheminement (RTA) que couvre ce territoire, ont fait l'objet d'une évaluation en magasin. L'outil décrivait la disponibilité d'aliments sains (fruits et légumes frais, congelés et en conserve) et de haute densité énergétique (HDE) (prêt-à-manger, croustilles, boissons gazeuses), la longueur d'étalage qu'ils occupent, leur prix et leur mise en marché. Les résultats des mesures de variété et de longueur d'étalage sont exprimés sous forme de ratios. Ceux-ci témoignent de la prééminence en magasin des fruits et légumes par rapport aux aliments HDE et vice-versa. Le ratio de variété est calculé en divisant le nombre de produits disponibles dans la catégorie « aliments sains » par le nombre de produits disponibles dans la catégorie « aliments HDE ». Le ratio de longueur d'étalage est calculé selon le nombre de mètres d'étalage associés à chaque catégorie d'aliment. Le prix par portion de fruits ou légumes se réfère au poids en gramme d'une portion pour chacun des aliments étudiés selon le Guide alimentaire canadien.

Résultats et outils développés

Les résultats préliminaires mettent en lumière la grande variabilité de l'EA de consommation selon les commerces et les RTA. Le ratio de longueur d'étalage (aliments sains/HDE) varie de 0,8479 à 1,9355, alors que le ratio de variété (aliments sains/HDE) varie de 1,1201 à 1,3858. Le prix minimum moyen pour une portion de fruits ou de légumes fluctue de 0,46 \$ à 0,75 \$ et de 0,22 \$ à 0,40 \$ respectivement, tandis que le prix minimum moyen pour 100 grammes de prêt-à-manger congelé oscille entre 0,47 \$ et 0,74 \$. Les résultats suggèrent la prééminence des produits HDE. De 7 à 26 rappels de croustilles ou boissons gazeuses sont observés par commerce, contre 1 rappel de fruits dans l'ensemble des commerces étudiés. Par ailleurs, de 8 à 33 emplacements stratégiques dans chaque commerce sont occupés par des aliments HDE, en moyenne 24 par commerce, contre 1 emplacement stratégique réservé à un fruit sur le total des 17 commerces.

Conclusion et recommandations

Ce projet vise à explorer et à développer des connaissances sur l'EA québécois, celles-ci étant parcellaires. À terme, l'outil élaboré et les résultats de l'étude pourront servir autant en recherche qu'en pratique en santé publique, permettant la caractérisation spécifique de l'EA d'un territoire. Les connaissances développées permettront d'élaborer des politiques, programmes et stratégies locales et provinciales ayant pour objectifs l'amélioration des habitudes de vie au sein de la population.

21. Perceptions de 4 007 participants volontaires sur les effets des informations Web concernant le développement des enfants

Auteur

Pierre Pluye

Coauteurs

Pierre Pluye, Reem El Sherif, Gillian Bartlett, Vera Granikov, Roland M. Grad, Geneviève Doray, François Lagarde, Christine Loignon, et France Bouthillier

Contexte et objectifs

Cette recherche est fondée sur le partenariat entre un fournisseur d'information, Naître et grandir (N&G), et des chercheurs de McGill qui ont développé et validé une méthode d'évaluation des informations (MEI). N&G offre une source d'information web fiable (naitreetgrandir.com) pour les parents (validée par des professionnels), incluant les parents de milieu défavorisé (faible niveau d'éducation et de revenu). N&G est accessible aux parents qui ont un faible niveau de littératie (information audio). Les recherches en sciences sociales montrent que les informations web améliorent la qualité de vie et ont des impacts économiques et sociaux positifs, y compris sur les parents sans-abris, réfugiés, ou pauvres sans diplôme. Notre recherche vise à explorer les perceptions des parents sur les effets des informations N&G, et mesurer les différences entre les effets perçus par les parents défavorisés et les autres parents.

Description de l'étude ou du projet et population visée

N&G se décline sous plusieurs formes (magazine, site Web et infolettre) et offre des informations sur le développement et la santé (bien-être physique, mental et social) des enfants : 76 % des internautes Québécois francophones parents d'enfants âgés 0 à 7 ans utilisent N&G. N&G est financé par la Fondation Lucie & André Chagnon, une organisation philanthropique dont la mission est de prévenir la pauvreté. N&G a implanté la MEI pour évaluer les effets de ses informations sur les parents et leurs enfants, incluant ceux de milieu défavorisé.

Méthode et démarche

Pour chaque page web, la MEI collecte la perception des usagers concernant quatre niveaux d'effets des informations : pertinence, impact cognitif, intention d'utiliser les informations, et résultats attendus de cette utilisation en termes de bien-être et de santé. De plus, la MEI collecte les commentaires des usagers (certains pouvant améliorer la page web en question). Elle est fondée sur un modèle théorique, des revues de littérature, et plusieurs études (www.mcgill.ca/iam). Le processus évaluatif suivant est implanté : (a) N&G produit des informations web, (b) les parents sont invités à compléter un questionnaire MEI, (c) N&G transmet les réponses (anonymes) à McGill, et (d) McGill les analyse et transmet les résultats à N&G. Les participants ont rempli au moins un questionnaire MEI via l'infolettre pendant la période d'étude.

Résultats et outils développés

Sur une période de huit mois, 4 007 participants volontaires ont soumis 4862 réponses qui suggèrent que les informations N&G sont pertinentes (93,7 %) et ont un impact cognitif positif (92,9 %). Ils ont l'intention d'utiliser les informations N&G (85,7 %) et en attendent des bénéfices pour leur enfant (82,4 %). Les résultats suggèrent que les participants défavorisés étaient plus susceptibles de (a) rechercher et utiliser l'information pour l'enfant de quelqu'un d'autre, et (b) être mieux engagés pour prendre des décisions et moins inquiets au sujet d'un problème concernant leur enfant (différences statistiquement significatives).

Conclusion et recommandations

Les résultats statistiques descriptifs surestiment les effets des informations N&G (par ex., biais de sélection), mais les différences mesurées ne sont pas affectées par ces biais. Ces dernières montrent que les parents défavorisés rapportent plus fréquemment certains effets (comparés aux autres parents). Ces résultats suggèrent que cela vaut la peine d'améliorer l'accès aux informations web pour mieux rejoindre les personnes défavorisées. Celles-ci éprouvent plus souvent que les autres, des difficultés pour trouver des informations de qualité et les utiliser, et pour interagir avec les fournisseurs d'information. Finalement, des travaux futurs pourraient permettre d'améliorer l'accès à la MEI pour améliorer les interactions avec les personnes défavorisées (informer et communiquer étant deux droits de la personne fondamentaux complémentaires).

Référence : Pluye, P., *et al.*, Development and content validation of the Information Assessment Method for Patients and Consumers. *Journal of Medical Internet Research (Protocols)*, 2014. 3(1):e7.

22. Évaluation de l'Opération Colibri : une diffusion réussie des données de l'EQDEM

Auteure

Johanne Groulx

Coauteurs

Jean Beaudry, Lydia Rocheleau

Contexte et objectifs

L'Opération Colibri est une intervention d'envergure de la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie afin d'assurer la diffusion, l'appropriation et l'utilisation des données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) par les acteurs locaux en petite enfance. Son évaluation vise à s'assurer que les moyens et les outils proposés par la DSP répondent à leurs besoins et mènent à l'identification de priorités pour optimiser l'offre de services en petite enfance dans l'ensemble des territoires de CSSS.

Description de l'étude ou du projet et population visée

La démarche s'inspire du Modèle logique pour l'évaluation des activités de partage des connaissances utilisé par le Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Dans ce modèle, une attention particulière est portée sur le processus de transfert des données ainsi que sur la réception et l'appropriation de l'information par les acteurs ciblés.

Méthode et démarche

La collecte de données s'est effectuée au moyen de sondages auprès des participants à la Journée montréalaise de santé publique (JMSP) 2014 et à ceux des dix symposiums locaux qui furent organisés par la suite. Les responsables de l'Opération Colibri des onze CSSS de la Montérégie ont aussi été invités à remplir un questionnaire d'enquête. Les outils de collecte ont été développés en collégialité par l'évaluateur et les professionnels de la DSP responsables de l'Opération Colibri. Les trois questionnaires se composaient principalement d'échelles d'évaluation de type Lykert tout en comportant quelques questions à développement.

Résultats et outils développés

Plus de 130 gestionnaires et professionnels ont participé à la JMSP. La majorité (94 %) a affirmé que cet événement aurait un impact sur leurs actions et plus de 70 d'entre eux se sont prononcés sur les changements de pratique à apporter. Questionnés sur les principaux défis liés à l'implantation d'actions en faveur du développement optimal des tout-petits, les participants ont notamment identifié : l'amélioration de la concertation entre les divers réseaux et acteurs de la petite enfance, la disponibilité limitée des ressources financières et humaines et la difficulté de joindre certaines clientèles ciblées, particulièrement les familles vulnérables.

Les symposiums locaux organisés sur chacun des onze territoires de CSSS ont attiré plus de 750 participants issus principalement des CSSS et des services de garde ainsi que des milieux scolaire et communautaire. Près de 90 % des participants ont avancé que le symposium influencera leurs actions futures. En ce sens, parmi les principaux changements de pratiques identifiés on retrouve, l'appropriation des nouvelles données pour adapter les interventions en cours et la consolidation de la collaboration/concertation entre les divers acteurs du milieu. Plusieurs des défis et améliorations identifiés recourent ceux mentionnés lors de la JMSP. Enfin, les répondants rapportent être satisfaits des moyens utilisés lors du symposium pour permettre l'appropriation des données et affirmer que la quantité d'information présentée et le temps consacré aux échanges ont répondu à leurs besoins.

La majorité des responsables de l'Opération Colibri des CSSS ont dit apprécier le degré d'intérêt manifesté par leurs partenaires à l'endroit de leur symposium ainsi que leur niveau de participation lors de la tenue l'événement. Aussi se disent-ils intéressés à organiser un autre symposium pour diffuser les résultats d'une prochaine enquête sur le développement des enfants à la maternelle.

Conclusion et recommandations

L'Opération Colibri a permis à la DSP de rejoindre un grand nombre de gestionnaires et d'intervenants en petite enfance sur l'ensemble du territoire montréalais. Celle-ci a favorisé une réflexion collective sur les actions en petite enfance, permis l'identification de priorités visant l'amélioration de l'offre de service et suscité une intention d'amorcer certains changements de pratiques.

Pratiques émergentes

23. Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé

Auteure

Kareen Nour

Coauteures

Julie Loslier, Ginette Lafontaine, Martine Bouchard

Contexte et description du projet

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont à l'origine d'écart importants entre l'état de santé des populations socioéconomiquement défavorisées (SED) et celui des mieux nantis. Malgré cette situation inquiétante et évitable, les ISS sont peu prises en compte dans les processus de planification. Dans le cadre d'un projet FORCES de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), un processus d'accompagnement visant à améliorer l'offre de services en prévention et en gestion des maladies chroniques (MC) afin qu'elle soit mieux adaptée aux besoins des populations SED a été expérimenté.

Ce processus d'accompagnement a été développé afin de guider le Comité maladies chroniques du RLS Pierre-De Saurel dans la réalisation d'une planification de services sensibles aux ISS. Il s'est réalisé en trois ateliers, lesquels visaient ultimement à comprendre la pertinence et l'urgence d'agir pour réduire les ISS et à développer des compétences pour réaliser une planification en lien avec la réduction des ISS. Des activités préalables ont été réalisées (ex. recrutement d'usagers pour le comité; focus group auprès de personnes en situation de pauvreté et d'acteurs clés en lien avec ces populations pour identifier les barrières à une utilisation optimale des services de santé par les populations SED; développement d'outils pratiques). Des présentations du projet ont été réalisées auprès de la direction du CSSS et des décideurs régionaux, afin d'augmenter la volonté politique d'agir.

Résultats et connaissances nouvelles

Chaque atelier a été évalué via un questionnaire autoadministré et une entrevue individuelle auprès de chaque membre du comité. Les résultats démontrent un(e) :

- Meilleure perception de la pertinence, faisabilité, urgence et capacité d'agir
- Meilleur engagement pour l'intégration des ISS dans les processus de planification
- Amélioration des connaissances sur les populations SED, les ISS et les MC
- Amélioration des compétences sur les processus de planification
- Intention d'utiliser les outils distribués
- Amélioration des attitudes et des valeurs

Outre les retombées pour les participants, ce projet a apporté des connaissances nouvelles sur :

- 1) le type d'accompagnement porteur pour un comité de planification (façon d'intervenir, d'animer, de susciter un engagement) et la nécessité de ce dernier pour la réalisation d'une planification intégrée;
- 2) les outils nécessaires pour une prise de conscience, une acquisition de connaissances et de compétences sur les processus de planification intégrant la préoccupation d'agir sur les ISS;
- 3) les bénéfices, mais aussi les défis liés à la participation de patients à un comité de planification.

Leçons apprises et conclusion

La présence de représentants de la population cible est essentielle pour assurer une planification qui tient compte des besoins des usagers, mais constitue un défi de vulgarisation des propos. La présence d'un tandem médecin-gestionnaire a été positive et a favorisé l'appropriation du processus par les membres du comité. Les meilleures pratiques de planification ne sont pas un acquis : l'accompagnement a été reconnu nécessaire.

24. REFLEX-ISS : un outil d'équipe pour observer, comprendre et analyser une intervention de santé publique au regard des inégalités sociales de santé

Auteure

Anne Guichard

Coauteures

Kareen Nour, Ginette Lafontaine

Contexte et description du projet

En 2010, en France, un outil (Guichard et Ridde, 2010) à l'intention des acteurs souhaitant porter une attention particulière à la façon dont leurs actions prenaient en compte les inégalités sociales de santé (ISS) fut diffusé. Il misait sur l'idée de susciter la réflexion et d'accompagner les porteurs de projets en identifiant les points forts et faibles de leur démarche.

Au Québec, la reconnaissance du potentiel de l'outil et la volonté de la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie ont permis, dans un esprit collaboratif, son adaptation aux réalités des pratiques et aux particularités de l'organisation de la santé publique au Québec, tant au plan régional que local. La richesse de ce projet d'adaptation de l'outil est qu'il est issu d'un croisement des savoirs de divers acteurs des milieux de recherche, de planification et d'intervention en santé publique.

RÉFLEX-ISS (nom de l'outil adapté) est un outil d'analyse de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les interventions. Il s'adresse à tous les acteurs (gestionnaires, coordonnateurs, professionnels, bénévoles, élus, etc.) impliqués dans la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation d'un projet/programme/intervention conçus dans une perspective d'amélioration de la santé des populations et d'équité en santé. Il repose sur une grille d'analyse composée de cinq rubriques : planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation et pouvoir d'agir. Pour en faciliter son appropriation par les acteurs concernés, il a été décidé de structurer la grille à partir de ces étapes connues et d'y ajouter une rubrique spécifique concernant le pouvoir d'agir.

Ces cinq rubriques se composent de 45 critères d'appréciation se présentant sous la forme de questions listant les bases jugées nécessaires pour mener à bien un projet qui prend en considération ISS. Il est demandé, pour chacun des critères, de poser une appréciation en équipe sur une échelle à cinq niveaux. En plus de cette échelle d'appréciation, l'outil est composé de différentes sections permettant de décrire et consigner les réflexions qui se dégagent de l'analyse en lien avec les processus, le contexte de développement du projet, etc.

Deux projets locaux et régionaux ont été analysés à l'aide de la grille, à la suite de quoi des travaux d'adaptation de l'outil ont été réalisés tant au niveau de son format que de son contenu.

Feront l'objet de cette affiche la présentation des différentes composantes de l'outil RÉFLEX-ISS tout en soulignant l'éclairage nouveau qu'il offre aux acteurs de la santé publique. Les retombées de l'outil auprès des acteurs concernés des deux projets susmentionnés seront également présentées.

Résultats et connaissances nouvelles

Trois dispositifs permettant de faciliter l'utilisation de la grille d'analyse de RÉFLEX-ISS ont été développés :

- Un guide de l'utilisateur qui présente la grille d'analyse et en facilite son utilisation (incluant deux études de cas)
- La grille d'analyse en version interactive (format PDF)
- Une plateforme web

Du point de vue des personnes qui ont utilisé RÉFLEX-ISS, l'outil permet d'innover en portant un regard nouveau sur les interventions en santé publique et aussi de remettre de l'avant l'analyse sociale des communautés et des groupes, pour qui les projets sont destinés et avec qui il faut les bâtir.

Leçons apprises et conclusion

La responsabilité partagée du projet, développé tant par les milieux de recherche que d'intervention, et en étroite collaboration avec les structures qui encadrent le travail des acteurs de terrain, devrait favoriser une meilleure intégration et appropriation de l'outil dans les milieux de pratique.

La mise à l'épreuve de RÉFLEX-ISS sur le terrain indique l'importance pour les intervenants d'être accompagnés par une tierce personne ayant une très bonne connaissance des déterminants sociaux de la santé et des inégalités sociales de santé.

25. Un Forum ouvert sur l'équité en santé comme espace pour oser s'exprimer et proposer des idées différentes pour l'action

Auteure

Catherine Hébert

Coauteures

Karen Fish, Sume Ndumbe-Eyoh

Contexte et description du projet

L'événement Forum entre tenants de divers savoirs pour plus d'équité en santé, tenu en février 2015 dans la ville de Québec, avait pour mission d'offrir un moment central de dialogue entre des personnes de divers horizons, des tenants de savoirs issus de la recherche, de l'intervention, de l'expérience et de la gestion/décision, sur la question des inégalités sociales de santé.

La journée du 5 février a été encadrée par la méthode « forum ouvert ». Les participant-es étaient invités à travailler ensemble sur une grande question : « Quelles sont les opportunités pour réduire les inégalités sociales de santé si l'on combine les savoirs issus de l'expérience, de l'intervention, de la recherche et de la décision? ».

L'ordre du jour fut réalisé rapidement au démarrage du forum ouvert par les participant-es, qui donnaient leurs propres sujets en plénière. Des groupes de travail étaient ensuite formés pour chaque thème suggéré à l'ordre du jour. La méthode du forum ouvert a ainsi pour avantage de structurer des dialogues entre plusieurs personnes, qui ne se connaissent pas nécessairement et qui se réunissent autour d'une thématique importante et complexe. L'idée était de permettre aux participant-es d'explorer les manières de travailler ensemble et de proposer des actions à mener conjointement pour plus d'équité en santé.

Le succès d'un Forum Ouvert repose sur le respect d'une loi, étayée par quatre principes (Owen, H. 2008) :

- la loi des deux pieds : si vous n'êtes ni en train d'apprendre, ni de contribuer, passez à autre chose !
- les personnes qui se présentent sont les bonnes;
- ce qui arrive est la seule chose qui pouvait arriver;
- ça commence quand ça commence;
- quand c'est fini, c'est fini.

Résultats et connaissances nouvelles

De l'analyse des propositions d'actions faites par les participant-es, émergent des idées transversales d'actions :

- Se redonner des lieux de rencontre, où on peut discuter et entendre la parole des gens.
- Rendre accessible et inter-relier les savoirs : créer des réseaux d'action et de réflexion, des « guichets d'accès » et des inventaires de bonnes pratiques.
- Comme levier pour l'action, soutenir les personnes qui portent des projets novateurs, des leaders dans les milieux, vecteurs de changement social.
- Pour influencer les décideurs et les médias, développer des compétences en revendications/ relations publiques.
- Ancrer la réduction des inégalités sociales de santé dans les processus des organisations, dans leur fonctionnement interne et leur structure.
- Se familiariser avec les différents langages des divers savoirs.

Leçons apprises et conclusion

Quatorze idées-actions ont pu émerger des réponses offertes par les participants à la grande question posée en ouverture du forum. L'événement fut donc un réel carrefour d'intelligence collective! Les suites de ce forum, déjà amorcées, notamment par la large diffusion de ses actes, auront pour objectif de faire avancer certaines de ces idées-actions dans les prochains mois.

De l'analyse des questionnaires d'évaluation, il ressort essentiellement un enthousiasme généralisé pour la méthode du forum ouvert et un vibrant appel à renouveler l'exercice, qui aura permis de mieux nous connaître, de prendre la parole et d'envisager l'action pour évoluer ensemble, vers plus d'équité en santé.

Les participant-es auraient toutefois souhaité une plus grande représentativité du savoir expérientiel, soit que davantage de personnes qui vivent dans des conditions de vie quotidiennes délétères puissent participer, enrichir les discussions et suggérer des pistes d'actions.

Finalement, cette collaboration entre des organisations provinciales (INSPQ, RRSPQ) et fédérale (CCNDS) autour de la question de l'équité en santé a mené à un événement novateur, ainsi qu'à des idées d'actions intéressantes pour le futur.

26. Le plaidoyer et l'équité en santé... Parlons-en

Auteur

Sume Ndumbe-Eyoh

Coauteur

Lesley Dyck

Contexte et description du projet

Le plaidoyer constitue une stratégie de base dans le domaine de la santé populationnelle. La démarche mise sur l'action collective pour provoquer un changement systémique et sur la modification des facteurs en amont qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé et les iniquités de santé. Elle confirme l'importance de s'engager dans les processus politiques pour obtenir les changements d'orientation souhaités sur les plans organisationnel ou systémique.

Le plaidoyer est une compétence de base pour les praticiens et l'essence même de la mission de la santé publique. Pourtant, les praticiens font remarquer qu'ils ne savent pas trop comment ni quand utiliser les outils de plaidoyer social à leur disposition, ni même comment participer au rôle de plaidoyer social que jouent les organismes de santé publique.

Le CCNDS a élaboré un document d'introduction sur l'importance du plaidoyer comme stratégie et pratique dans le domaine de la santé publique. Le document intitulé *Le plaidoyer et l'équité en santé... Parlons-en* (<http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-advocacy-and-health-equity>) se trouve dans le site Web du CCNDS. En général, les praticiens de la santé publique se servent de cet outil de transfert des connaissances pour :

- voir si le type d'activités de plaidoyer choisies concorde bien avec le but et les objectifs;
- comprendre comment les concepts de « justice commerciale » et de « justice sociale » peuvent créer une tension dans les activités de plaidoyer dans le domaine de la santé publique;
- connaître les éléments que comportent les quatre champs d'action en matière de plaidoyers dans le domaine de la santé publique;
- entretenir une conversation au sein de votre organisme sur la manière de créer un cadre propice à orienter les activités de plaidoyer davantage en amont afin de favoriser un changement structurel.

Cette affiche donne un aperçu des types d'action possibles pour réduire les iniquités de santé et des modèles de plaidoyer connexes. On y explique en quoi les démarches de plaidoyer peuvent permettre d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et d'améliorer l'équité en santé. On y fait également état du défi que pose une telle démarche dans le contexte de la santé publique au Canada. En outre, le cadre d'application du plaidoyer s'articule de manière que les praticiens de la santé publique du Québec puissent déterminer la démarche et les ressources appropriées en fonction de leur propre contexte.

27. Des services adaptés aux besoins des hommes : bilan 2009-2014

Auteur

Michel Lavallée

Contexte et description du projet

Les hommes ont moins recours aux services sociaux et de santé et lorsqu'ils le font, c'est souvent en dernier recours et en situation de crise. En 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié le Bilan des actions régionales mises en œuvre dans le cadre des Priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes (2009-2014). Ces priorités, adoptées en 2009, visent d'abord à ce que les services sociaux et de santé soient adaptés aux besoins de la population masculine. Des activités de promotion-prévention et de développement des connaissances viennent soutenir cet objectif. Considérant la diversité des territoires, des ressources et des populations, le MSSS a veillé à ce que les actions en santé et bien-être des hommes (SBEH) soient adaptées aux diverses réalités régionales. Cette planification s'appuyait aussi sur deux principes directeurs, l'approche globale de la SBEH et la concertation régionale en SBEH.

Résultats et connaissances nouvelles

Le principal résultat est certainement l'implantation même d'actions en SBEH dans 16 régions du Québec. Sept régions ont dû procéder d'abord à une analyse de besoins afin de prendre connaissance des besoins des hommes sur leur territoire et des ressources pouvant y répondre. Selon les ressources en place, les régions ont pu consolider neuf organismes communautaires généralistes pour hommes, soutenir des initiatives régionales (groupes d'aide, tables de concertation, etc.), et mettre en œuvre des activités de sensibilisation (colloques, formation, etc.).

Dix régions ont réalisé des portraits régionaux de SBEH et douze ont mis en place une table de concertation régionale en SBEH suscitant une réelle mobilisation des acteurs. Quatre régions ont tenu des activités de promotion de services et d'orientation dans les services; sept régions ont tenu des activités de sensibilisation (colloques, journées d'étude). Enfin, dix régions ont offert au personnel du réseau et à leurs partenaires de la formation en intervention auprès des hommes et poursuivent leur planification à cet égard. Le programme de formation « Intervenir auprès des hommes » a été expérimenté et a fait l'objet d'une évaluation. Les résultats démontrent que les intervenants sentent mieux outillés et que la sensibilisation des gestionnaires est essentielle. Plusieurs régions souhaitent poursuivre ou s'y engager. Notamment, une onzième région a préparé son calendrier de formation pour la prochaine année et mis en marche le volet Sensibilisation des gestionnaires.

L'adaptation pour la clientèle masculine d'un programme de saine gestion du poids, des actions concertées de recherche pour mieux comprendre les trajectoires des pères en difficulté et leurs enfants, ainsi que les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ont permis une amélioration des pratiques qui leur sont destinées.

Leçons apprises et conclusion

Malgré un certain partage de connaissances, d'outils et de stratégies, chaque expérience régionale pour la SBEH est singulière.

La sensibilisation des gestionnaires semble une clé essentielle pour que le personnel soit affecté à la SBEH ou libéré pour participer aux activités de sensibilisation et de formation.

Les résultats des projets de recherche soutenus dans le cadre de ces priorités corroborent les données expérientielles recueillies sur le terrain et viennent soutenir les pratiques innovantes favorisant le transfert de connaissances et d'expertises vers la pratique.

Les taux de participation démontrent que les actions adaptées pour mieux répondre aux besoins des hommes rejoignent ces derniers, malgré que cette clientèle soit réputée avoir moins recours aux services.

28. Consultation chez les familles et jeunes de Montréal vivant sous le seuil de faible revenu en matière de saines habitudes de vie (saine alimentation et mode de vie physiquement actif)

Auteure

Amélie Lacroix

Coauteurs

Monique Lalonde, Maxime Boucher

Contexte et description du projet

Les plus récentes données de surveillance à Montréal démontrent qu'il y a place à l'amélioration en ce qui a trait aux habitudes de vie des jeunes des écoles primaires et secondaires. Les élèves de milieux socioéconomiques faibles sont moins enclins à adopter des comportements favorables à la saine alimentation (SA) et au mode de vie physiquement actif (MVPA). Ils sont également plus à risque de surplus de poids (27 % c.17 %).

À partir de la situation montréalaise, et sur la base des principaux écrits scientifiques, une planification stratégique visant l'amélioration de la SA et l'AP chez les 5 à 17 ans a été élaborée par l'équipe des saines habitudes de vie (SHV). Après avoir identifié les interventions prometteuses, la priorité a été accordée à celles qui avaient le potentiel de prévenir ou réduire les inégalités sociales de santé (ISS).

Grâce au Groupe de recherche et de formation sur la pauvreté au Québec (GRFPQ), l'équipe SHV a eu le privilège de consulter les familles et les jeunes de 5 à 17 ans vivant sous le seuil de faible revenu de la région de Montréal. Deux objectifs sont visés par cette consultation conscientisante : 1). S'assurer que les choix retenus correspondent réellement aux besoins de ces groupes et connaître les solutions proposées; et 2). Effectuer une démarche de réflexivité qui implique de jeter un regard critique sur nos pratiques professionnelles par rapport aux populations en situation de pauvreté.

Résultats et connaissances nouvelles

La démarche de consultation conscientisante favorise l'adoption d'une attitude respectueuse et adaptée aux personnes pauvres. Autrement dit, ces personnes doivent se trouver en confiance, se sentir dignes et citoyens à part entière. La démarche conscientisante préconise de traiter de la pauvreté et des impacts sur la SA et le MVPA. Il est donc nécessaire de contextualiser les enjeux d'une SA et d'un MVPA à l'intérieur d'une réalité qui inscrit également les besoins de base et les lourdeurs du quotidien pour les personnes en situation de pauvreté. L'un ne va pas sans l'autre.

Les obstacles vécus et les solutions proposées par les jeunes et les parents de famille de faible revenu en matière de SA et d'un MVPA ont apporté un éclairage nouveau et pertinent face aux stratégies d'action identifiées par l'équipe SHV.

Leçons apprises et conclusion

Plusieurs termes utilisés par la santé publique ont une signification différente pour les intervenants qui travaillent auprès des personnes en situation de pauvreté. Il importe d'utiliser un vocabulaire et des concepts compris par toutes les parties prenantes.

Une démarche conscientisante permet à tous les acteurs impliqués d'un projet de discuter de leurs préjugés et de leur rapport de pouvoir, ce qui conduit à un partenariat plus authentique. Par ailleurs, elle préconise d'intégrer les points de vue de toutes les parties prenantes dans l'analyse des situations et dans la recherche des solutions.

La démarche de conscientisation place les acteurs dans une situation donnant donnant. Les personnes de milieux socioéconomiques faibles qui sont consultées doivent autant tirer profit de la consultation que ceux qui les consultent. Il en va de même entre les intervenants de santé publique et ceux des groupes communautaires de défense des droits des personnes pauvres.

La démarche conscientisante doit faire cheminer les participants dans la compréhension des causes de leur situation de pauvreté et lorsque les préalables sont remplis, elle peut les mener à une action politique dans but d'améliorer leurs conditions de vie.

29. 0-5-30 Combinaison Prévention, deux ans après : évaluation auprès de décideurs locaux d'un engagement pris aux élections locales de 2012 en Belgique francophone

Auteur

Pierre Bizel

Coauteurs

Annick Vanlierde, Jan Wick, Luc Berghmans, Michel Demarteau

Contexte et description du projet

Dès 2003, l'Observatoire de la santé du Hainaut (Belgique) a utilisé le concept 0-5-30 Combinaison Prévention pour appuyer ses programmes de promotion de la santé. En lien avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Région Québec-Capitale et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Picardie (France), ce concept a été adopté en Belgique francophone, notamment par la Fondation contre le cancer, certaines communes (municipalités) et la Fondation Happy Body.

Cette dernière, au cours de la campagne électorale de 2012, a proposé la signature d'un mémorandum aux candidats attirant leur attention sur l'impact positif que peuvent avoir leurs décisions politiques au niveau local sur le capital-santé des citoyens et insérer les principes du concept 0.5.30 Combinaison Prévention dans leurs programmes électoraux et futures actions.

L'Observatoire de la Santé du Hainaut a effectué, deux ans après, une enquête qualitative (entretiens en face à face) auprès d'une sélection de décideurs locaux, signataires du mémorandum de 2012.

Au total, 82 candidats se sont engagés. Qu'était-il advenu des engagements? Promesses électorales ou réalité pour les citoyens. Vingt-trois candidats élus aux élections communales ou provinciales de 2012 ont été sélectionnés. Ils avaient signé le mémorandum et exerçaient des fonctions au niveau local (conseiller(ère) communal(e), bourgmestre, adjoint au maire, conseiller provincial, député provincial, conseiller et président du Centre d'aide sociale, etc.).

Résultats et connaissances nouvelles

- Il est souvent privilégié des actions ponctuelles, événementielles, « visibles », plutôt que la modification de manière structurelle des habitudes de vie de la population.
- La motivation à la signature du mémorandum a souvent été la clarté du slogan, compréhensible par tous et facile à décliner avec tous les publics. Il pouvait facilement toucher les plus jeunes, ce qui pouvait permettre d'atteindre, par la suite, les parents.
- Les actions de promotion de la santé en lien avec 0-5-30 Combinaison Prévention n'ont pas vraiment été impulsées par la signature du mémorandum. Des actions étaient déjà mises en route lors du mémorandum et se sont poursuivies après.
- La santé est perçue le plus souvent comme un domaine à part, en lien avec les missions de l'action sociale, de la jeunesse, des seniors. Cependant, peu de signataires font le lien avec d'autres matières communales comme l'urbanisme, la mobilité, la culture, l'emploi, l'environnement, le développement durable, ...
- La santé est aussi perçue comme une matière de professionnels, de techniciens dans laquelle l'avis d'experts a davantage de poids que la connaissance du terrain. De ce fait, pour beaucoup, la santé est une priorité dans leur politique, mais également une matière difficile à intégrer dans leurs missions.

Leçons apprises et conclusion

Au vu des actions mises en place, le concept 0-5-30 Combinaison Prévention apporte un cadre et une cohérence entre de nombreux projets. Le travail et un appui spécifique restent à poursuivre en vue d'une approche globale de la santé alliant l'ensemble des déterminants de la santé.

30. De l'individuel au populationnel, le rôle des agents de promotion et prévention en saines habitudes de vie

Auteure

Joanne Aubé-Maurice

Coauteures

Marie-Josée Pineault, Julie Desrosiers

Contexte et description du projet

Une grande proportion maladies chroniques et des décès prématurés au Bas-Saint-Laurent pourrait être prévenue par l'adoption de plus saines habitudes de vie (SHV), sachant qu'encore 18 % de la population fume, que moins de la moitié consomme 5 portions de fruits ou légumes par jour et qu'à peine plus de la moitié est active durant ses loisirs.

Dans ce contexte, et pour combler un écart identifié par plusieurs médecins dans les continuums de services, la DSP du Bas-Saint-Laurent a déployé en 2013, dans toutes les MRC de la région, des Agents de promotion et de prévention en SHV (APPSHV) – kinésiologues, nutritionnistes ou organisateurs communautaires de profession. Leurs mandats sont de 1) Favoriser l'adoption de SHV par du counseling préventif individuel; 2) Contribuer au développement d'environnements plus favorables aux SHV par la concertation intersectorielle 3) Influencer la norme sociale en faveur des SHV par des activités de sensibilisation. Ces trois volets d'intervention se veulent complémentaires.

La clientèle rencontrée individuellement s'inscrit donc dans un continuum de services initié par la consultation d'un professionnel de la santé qui, en présence de certains facteurs de risque, prépare le terrain à une intervention en faveur des SHV. S'ensuit quelques séances de counseling clinique avec l'APPSHV, avec référence vers des services et activités communautaires favorables au SHV, l'APPSHV détenant une connaissance fine de l'environnement et des ressources locales. Ce rôle hybride et unique de l'APPSHV favorise le lien entre les interventions individuelles et populationnelles, en cohérence avec l'« Expanded Chronic Care Model ».

Résultats et connaissances nouvelles

Vu la complexité et le caractère novateur de cette mesure, une évaluation sur l'implantation et le déploiement des différents volets de responsabilités des APPSHV a été menée en 2015. Au plan populationnel, leur apport est souligné par les partenaires intersectoriels, particulièrement en regard de l'expertise de contenu apportée sur les SHV et de leur implication dans la concertation, en soutien ou en leadership. Les activités menées permettent une couverture étendue de leur MRC, avec une préoccupation pour les populations défavorisées, mais touchent peu la prévention du tabagisme. Au plan individuel, l'APPSHV est une ressource très appréciée selon les référents, les autres professionnels de la santé et les patients interviewés, mais la méconnaissance de leur rôle et le caractère restrictif des critères définissant les clientèles cibles nuit à l'exercice de leur mandat, le nombre de références demeurant en deçà des objectifs fixés. L'évaluation suggère également de systématiser la transmission d'un rapport post-intervention aux référents. Les APPSHV insistent enfin sur la poursuite d'un programme de formation continue sur l'intervention individuelle et populationnelle.

Leçons apprises et conclusion

Les résultats démontrent :

- la pertinence d'une mesure préventive en SHV se déclinant en volets individuels et populationnels, dont la complémentarité est évidente, contribuant à l'exercice de la responsabilité populationnelle au plan local et régional;
- la capacité des professionnels embauchés à développer des compétences complémentaires à leur formation de base et à agir en synergie avec d'autres acteurs pour mettre à profit leur rôle hybride.

Des modifications tenant compte des résultats d'évaluation seront apportées à cette mesure de promotion et prévention dès 2016.

31. Je bouge avec mon doc : projet de promotion de l'activité physique

Auteure

Hawa Sissoko

Coauteurs

Claire Dufresne, Julie Dufort, Mahmoud Khoda Veisi, Jean Beaudry, Catherine Risi, Nathalie Delalay, Jacques Ramsay

Contexte et description du projet

Bien que l'activité physique entraîne de nombreux effets bénéfiques sur la santé physique et mentale, la majorité de la population n'est pas suffisamment active et près de 24 % des Montérégiens sont considérés comme sédentaires.

Conscients de cette problématique les médecins du Groupe de médecine de famille (GMF) Marguerite d'Youville (M-Y) ont initié le projet « Je bouge avec mon doc! » (JBAMD) visant à amener les personnes sédentaires à adopter la pratique régulière de l'activité physique (PRAP). Les cliniciens du GMF ont prescrit, sur une période de 4 mois, la PRAP à leurs patients et les ont invités à venir marcher avec eux le dimanche 8 juin 2014. Cette initiative a été soutenue par l'ancien CSSS Pierre-Boucher, la ville de Ste-Julie et la Direction régionale de santé publique. La municipalité a aménagé trois parcours de 1, 3 et 5 km et a invité sa population à s'inscrire à l'événement auprès de pharmaciens communautaires ou sur son site web.

Objectifs poursuivis

- Sensibiliser la clientèle du GMF M-Y et la population de Sainte-Julie aux bienfaits associés à la PRAP.
- Encourager les professionnels de la santé du GMF M-Y à promouvoir la PRAP auprès de leurs patients.

Résultats et connaissances nouvelles

On a enregistré 684 marcheurs sur 845 inscriptions, dont 95 professionnels de la santé. Le soir de l'évènement, 72 % (162/227) des personnes inscrites et ayant consenti ont complété un sondage électronique. Questionnés sur leur niveau d'activité physique au cours de la dernière année, 21 % des patients du GMF M-Y rapportent avoir été sédentaires, contre 8 % pour les autres participants. Suite à leur participation au projet, 53 % des répondants manifestent l'intention d'augmenter leur pratique d'activité physique. Cette proportion atteignant 73 % chez les moins actifs.

Sept mois plus tard, l'importance accordée à l'activité physique a augmenté chez 90 % des participants et 72 % rapportent avoir été davantage actifs au cours des derniers mois. L'augmentation de l'activité physique est plus importante chez les individus moins scolarisés (86 % versus 65 %). Dans les jours qui ont suivi l'évènement, 90 % disent vouloir y participer à nouveau l'an prochain. Après sept mois, cette proportion est demeurée la même.

Tous les médecins interrogés disent avoir parlé de JBAMD à leurs patients et 50 % d'entre eux rapportent que le projet a positivement influencé l'intégration du counseling dans leur pratique courante. Une forte proportion (84 %) des patients qui rapportent avoir reçu des conseils sur l'activité physique de la part de leur médecin affirme bouger plus qu'avant. Enfin, les cliniciens sont unanimes à vouloir répéter l'expérience une deuxième année.

Selon les résultats de l'évaluation, le projet a atteint, en bonne partie, ses objectifs de départ. L'enquête montre une tendance à la réduction d'une inégalité sociale de santé avec l'augmentation plus grande de la pratique d'activité physique chez les personnes moins scolarisées.

Leçons apprises et conclusion

La réussite d'un tel projet repose sur la mobilisation des parties prenantes, la création d'un comité de coordination, la collaboration intersectorielle, principalement l'implication des acteurs municipaux, et la contribution des commanditaires locaux.

Les recommandations du médecin et le fait de retourner marcher au parcours de JBAMD étant associés à la hausse de la pratique d'activité physique, ceci confirme l'utilité de deux stratégies complémentaires : la recommandation des professionnels de la santé et l'environnement favorable à la pratique de l'activité physique.

Retombées

En 2015, le projet a été repris dans trois municipalités : Sainte-Julie, Varennes et Pincourt. Chaque site a enregistré au-delà de 500 participants. Ce sont plus de 50 professionnels de la santé, par ville, qui ont fait la promotion de l'activité physique et qui sont venus marcher avec leurs patients et les citoyens.

32. Programme préscolaire : nos enfants et le stress

Auteure

Francine Tellier

Coauteure

Paule Giguère

Contexte et description du projet

L'Association québécoise des centres de la petite enfance (AQCPPE) et la Fondation de psychologie du Canada font alliance pour déployer le programme Nos enfants et le stressMD pour les secteurs de la petite enfance et du préscolaire (2½ - 5 ans), et ce, dans l'ensemble des régions du Québec et dans différentes communautés du Canada francophone.

Résultats et connaissances nouvelles

Le programme préscolaire Nos enfants et le stress a été élaboré en 2006 par la Fondation de psychologie du Canada. Il a pour but d'aider les éducateurs, les intervenants de la petite enfance et les autres personnes qui travaillent avec des enfants d'âge préscolaire à comprendre le stress des enfants et à promouvoir des stratégies de gestion de stress efficaces auprès de ceux-ci. Le programme est fondé sur la science de la petite enfance et sur les plus récentes connaissances sur le développement cérébral des enfants, ainsi que sur la réalité quotidienne dans les services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants.

Ce partenariat émane d'une volonté commune de contribuer de manière proactive et durable à l'amélioration de la qualité des interventions en soutien au développement affectif, social, physique et psychologique des tout-petits. En plus du réseau des CPE et des bureaux coordonnateurs, le programme est déployé dans les services éducatifs et de garde à l'enfance, les services préscolaires, les services sociaux ainsi qu'auprès des parents. Grâce à ce partenariat, nous visons à transmettre des connaissances sur l'impact du stress et sa gestion auprès des tout-petits ainsi qu'à soutenir la réflexion quant à la qualité des environnements à leur offrir. Nous travaillons donc à rejoindre le plus d'intervenants possible afin qu'ils soient pleinement outillés pour contribuer de manière optimale au développement global de l'enfant.

Leçons apprises et conclusion

Alors que la Fondation assure les mises à jour des contenus du programme et des outils, l'AQCPPE déploie Nos enfants et le stress auprès de l'ensemble du milieu des services de garde au Québec et ce, de façon exclusive. Elle participe également à sa diffusion dans les communautés francophones du Canada. Le déploiement comprend la promotion du programme et la dispense de formations dans le milieu ainsi que le recrutement et l'accompagnement des formateurs. De plus, pour répondre aux besoins des milieux, une conférence destinée aux parents a été élaborée dans le but de les sensibiliser sur la façon dont le stress peut influencer le comportement de leur enfant et avoir un impact sur le bien-être familial, ainsi que sur la façon dont ils peuvent aider leur enfant à reconnaître et maîtriser leur stress.

« Le stress chez les enfants a augmenté de 45 % au cours des 30 dernières années. Et ses effets sont souvent sous-estimés. Or, lorsqu'ils ont peur ou lorsqu'ils sont anxieux, les enfants dépensent tellement d'énergie à s'inquiéter qu'ils peuvent être incapables d'apprendre. Pour nous, ce partenariat est tout indiqué dans notre volonté de faire connaître et déployer notre programme sur l'ensemble du territoire du Québec et du Canada francophone. Ce que les enfants apprennent à un jeune âge leur servira durant toute leur vie » Judy Hills, directrice générale de la Fondation de psychologie du Canada.

33. Déterminants socioculturels en santé bucco-dentaire chez les Peulhs du Ferlo (Sénégal)

Auteur

Daouda Cisse

Coauteurs

Massamba Diouf, Gilles Boetsch

Contexte et description du projet

La maladie et ses causes sont souvent l'expression directe des normes et représentations sociales. En effet l'état de santé est une notion complexe, une conception collective, un vécu individuel, une situation subjective; il est déterminé entre autres par les facteurs sociaux, culturels, environnementaux et comportementaux de l'individu.

Dans le Ferlo, un espace semi-désertique situé au Centre Est du Sénégal, un projet de reboisement dénommé Grande Muraille Verte (GMV) est en cours depuis 2007. La présente étude qualitative et populationnelle dont l'objectif était d'analyser les déterminants socioculturels en rapport avec la santé bucco-dentaire a eu pour cadre cet espace où vivent des populations Peulhs traditionnellement éleveurs.

Les données recueillies par entretien semi-directif et par focus group dans ces populations rurales pour la première fois, portaient sur la santé des dents et l'esthétique, les soins traditionnels et les recettes phytothérapeutiques, les dents et les superstitions.

Résultats et connaissances nouvelles

Il apparaît que les populations faisaient recours au cure-dent ou bâtonnet frotte-dent, à la brosse à dents et/ou au charbon de bois pour nettoyer les dents. Des confusions persistaient par rapport aux types d'aliments consommés et qui sont incriminés dans la survenue de la carie dentaire : le thé, le riz, le « jumbo » qui est un assaisonnement d'épices et le tabac. Cependant le « borom bop » qui signifie « maître de la tête » restait la cause la plus rapportée. Au-delà du signe de bonne santé, de belles dents étaient un attribut de beauté et d'élégance comme le tatouage et les couronnes artisanales chez les Peulhs. Leurs problèmes de santé étaient en général pris en charge par des guérisseurs ou tradi-praticiens qui fondent leurs pratiques sur des connaissances empiriques. Des significations socio-anthropologiques étaient données aux enfants présentant des dents à la naissance.

Leçons apprises et conclusion

Ces résultats suggèrent un besoin de changements de comportement pour une meilleure santé bucco-dentaire de ces populations rurales.

Cette étude a montré d'ailleurs qu'il est important :

- pour les acteurs en santé de prendre en compte les déterminants socioculturels dans les programmes intégrés ou non de santé bucco-dentaire et de collaborer avec les tradi-praticiens;
- de développer la responsabilité sociale d'entreprise dans les projets de ce genre où les populations ont besoin d'une éducation pour la santé bucco-dentaire;

La promotion de la recherche sur la phytothérapie en odontologie dans cette zone de plantations constitue un atout à l'avenir.

34. Clinique Bébé-dent

Auteure

Isabelle Daoust

Coauteures

Marie-France Cartier, Marie-Ève Boulanger

Contexte et description du projet

L'Association dentaire canadienne recommande un premier examen buccodentaire à l'âge de 1 an (ou 6 mois après l'apparition des premières dents). Or, peu de dentistes offrent un examen dentaire aux enfants avant l'âge de 3 ans, les soins dentaires préventifs ne sont pas couverts par la RAMQ et les parents se sentent peu outillés afin d'offrir des soins buccodentaires adéquats à leurs enfants.

La santé dentaire est essentielle pour le maintien d'une santé et d'une qualité de vie. Cependant, nous constatons que sur le territoire du CSSS de la Montagne, 30 % des enfants qui entrent à la maternelle sont vulnérables à la carie (données 2014-2015 pour 1 722 enfants dépistés); alors que le taux pour l'ensemble de la province est de 19 %. C'est afin de répondre à ces besoins que le projet La Clinique Bébé-dent a été mis sur pied en septembre 2011. Il s'agit d'un projet novateur de promotion de la santé buccodentaire et de prévention de la carie de la petite enfance. Inspiré du programme Access to baby and child dentistry (Washington, É-U) et précurseur au Québec, il consiste en une offre de services en CLSC s'adressant aux enfants de 6 mois à 3 ans. En 2014, la Clinique Bébé-dent recevait le prix Opération Bons Coups de l'AQESSS.

La Clinique Bébé-dent vise trois objectifs : informer les familles sur les soins buccodentaires et les multiples aspects de la carie, développer les habiletés des familles à contrôler l'évolution de la maladie et soutenir, par l'entretien motivationnel, la motivation des parents à mettre en œuvre de bonnes habitudes tant au niveau de l'hygiène buccodentaire que de l'alimentation. Les familles avec enfants de 6 mois à 3 ans sont invitées à assister à une séance d'information de groupe. Ces séances permettent aux hygiénistes dentaires attirées à la clinique d'identifier les enfants qui présentent un haut risque de carie par un dépistage sommaire individualisé effectué à l'aide d'un outil développé à partir des plus récentes connaissances scientifiques. Les enfants à haut risque sont invités à bénéficier d'un suivi individualisé à la Clinique Bébé-dent. Lors de ce suivi, les hygiénistes dentaires poursuivent leur enseignement auprès des parents, soutiennent leurs habiletés et leur motivation à maintenir de bonnes habitudes et, au besoin, appliquent un vernis fluoré sur les dents de l'enfant.

Résultats et connaissances nouvelles

La Clinique Bébé-dent a rejoint près de 500 enfants depuis ses débuts en 2011. En plus de contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins dentaires pour les familles du quartier, elle est devenue un lieu de formation en offrant une journée d'observation à des étudiants de médecine dentaire et de médecine, les initiant à la pratique de la dentisterie préventive en première ligne auprès d'une clientèle diversifiée. L'initiative a inspiré d'autres milieux; ainsi des cliniques de prévention de la carie chez les jeunes enfants ont vu le jour, notamment à la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Leçons apprises et conclusion

Enfin, la Clinique Bébé-dent suscite un intérêt certain auprès des hygiénistes et dentistes du réseau de santé dentaire publique. En effet, bien qu'à ce jour il y ait peu d'interventions destinées à cette clientèle pour l'ensemble du territoire québécois, il semble y avoir une volonté d'agir en amont des activités proposées en milieu scolaire.

35. La Charte OK : un modèle d'engagement intersectoriel pour la prévention des ITSS auprès des HARSAH

Auteur

Alain Arsenault

Coauteurs

Riyas Fadel, Nicolas Hamel, Julian Gonzalez Gallo, les partenaires de la charte ok

Contexte et description du projet

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont la population la plus touchée par le VIH au Québec et ils sont disproportionnellement représentés parmi les diagnostics de certaines autres infections transmissibles sexuellement telles la syphilis, la gonorrhée et la lymphogranulomatose vénérienne.

Une proportion de ces HARSAH fréquente peu ou pas les services de santé ou les organismes communautaires. Dans ce contexte, les interventions dans les milieux de socialisation où les HARSAH peuvent se rencontrer et avoir des relations sexuelles sur place (saunas, gîtes et campings gais) sont importantes pour les joindre. Des CSSS et des organismes communautaires y organisent des cliniques de dépistage depuis plusieurs années, mais en dehors de ces services, il y avait un accès limité et irrégulier aux messages et matériels de prévention pour les clients.

En 2011, la Direction de santé publique (DSP) de Montréal, le Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, l'organisme communautaire RÉZO et plusieurs saunas, ont développé la Charte OK afin de consolider les activités de prévention dans les saunas. Ce modèle de charte est inspiré d'autres projets qui existent ailleurs dans le monde (Australie, France, Allemagne, etc.). En 2014, d'autres régions du Québec ont démontré un intérêt à se joindre à la charte OK, notamment la Montérégie, Québec, Lanaudière et Laval.

Résultats et connaissances nouvelles

À Montréal :

- Cinq saunas sur six sont adhérent à la charte OK.
- Accès libre et gratuit aux condoms dans les saunas (vs un condom gratuit remis à l'entrée avant la charte).
- Accès libre et gratuit aux sachets de lubrifiant (vs accès payant avant la charte).
- Installation de présentoirs de dépliants d'information sur la prévention.
- Affichage et promotion de la charte par tous les partenaires.
- Mise en place d'un lieu de concertation qui rassemble le CSSS, la DSP, l'organisme communautaire et des représentants des saunas pour assurer le suivi de la Charte.
- Production d'un guide pour les employés des établissements commerciaux pour promouvoir la charte et favoriser la santé et la sécurité au travail.

Ailleurs au Québec :

- Mise en œuvre de la charte incluant l'accès au matériel de prévention et des cliniques de dépistage dans une région où il n'y avait aucune collaboration avec les saunas et les campings.
- Consolidation de la collaboration et adhésion à la charte dans deux régions où des activités étaient déjà en place.
- Début de discussions et d'échanges entre le CSSS, l'organisme communautaire et le sauna dans une région où ce dernier était très réfractaire à toute collaboration.

Leçons apprises et conclusion

- L'implication de l'ensemble des partenaires dès l'étape de planification favorise le développement d'une compréhension commune, l'adhésion, et l'identification de solutions efficaces aux obstacles de mise en œuvre.
- L'implantation de la Charte OK dans d'autres régions consolide sa portée et permet aux hommes gais et autres HARSAH de reconnaître facilement les lieux où ils ont accès au matériel de prévention.
- Le réseautage entre les régions et la mise en commun des expériences et des meilleures pratiques de mise en œuvre a facilité la provincialisation de la charte.
- L'allocation de ressources financières et professionnelles, surtout en phase de démarrage, est un élément facilitateur pour la mise en œuvre du projet.

36. Projet de recherche-action « Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation »

Auteure

Francine Duquet

Contexte et description du projet

Le projet de recherche-action Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation (UQAM) dirigé par Francine Duquet, Ph. D. (www.hypersexualisationdesjeunes.uqam.ca) sensibilise les adolescent(e)s, les enfants et les adultes qui les accompagnent aux phénomènes d'hypersexualisation sociale et de sexualisation précoce et propose des outils d'intervention pour contrecarrer leurs effets néfastes. Ce projet a réalisé différentes recherches exploratoires auprès de membres du personnel scolaire (primaire et secondaire), d'adolescent(e)s (Duquet et Quéniart, 2009) et d'enfants du 3^e cycle primaire (Duquet, à paraître). Compte tenu des nouvelles réalités sociosexuelles, il importe de documenter ces phénomènes, de susciter la réflexion critique, de bonifier les interventions et d'offrir des outils d'intervention adaptés.

Résultats et connaissances nouvelles

À partir des études exploratoires, ont été élaborées des pistes d'intervention, les objectifs et les précisions de contenu d'un tout nouveau programme de prévention de la sexualisation précoce auprès des enfants âgés de 10 à 12 ans, intitulé : *On est encore des enfants!* (Duquet, à paraître). Le but ultime est de protéger l'enfance, tout en offrant aux enfants des balises vis-à-vis de situations inappropriées pour leur âge en matière de sexualité. En 5^e année, ils seront amenés à prendre conscience : 1) De la reconnaissance et de l'acceptation du statut d'enfant; 2) De la différence entre le besoin d'acceptation des pairs, le désir de popularité et l'amitié; 3) Des messages/images stéréotypées dans différents médias accessibles aux enfants, de leurs impacts et de l'importance d'être critique. En 6^e année, ils seront amenés à prendre conscience : 1) De ce que représentent l'éveil amoureux et le désir de plaire tout en considérant leur âge et la pression possible des pairs; 2) De la différence entre la curiosité légitime propre à leur âge, manifestée par des questions ou préoccupations sur la sexualité et l'utilisation de vocabulaire sexuel pour humilier ou blesser l'autre et de l'impact possible sur leur développement; 3) De l'attrait qu'exercent les médias sociaux et Internet, de l'impact d'images à caractère sexuel non appropriées pour leur âge et de moyens créatifs et originaux de réagir à cette somme de messages. Dans l'optique d'une mise en application efficiente, ce programme a été validé auprès d'enseignant(e)s et d'intervenant(e)s en plus d'être expérimenté auprès d'enfants du 3^e cycle primaire. La validation de ce programme s'inscrit dans une démarche de recherche-action menant vers le développement de nouvelles pratiques et d'actions concertées en matière de prévention de la sexualisation précoce chez les enfants. Les six rencontres du programme sont non seulement validées, mais aussi clé en main pour créer un cadre sécurisant aux intervenant(e)s qui l'utiliseront. Déjà, dans le cadre du concours Oser Innover du Service des partenariats et du soutien à l'innovation de l'UQAM (SePSI, 2014), le processus de conception/validation du programme *On est encore des enfants!* a été consacré Innovation sociale avant même son édition. Enfin, cette démarche s'inscrit aisément dans les lignes directrices émises par diverses instances gouvernementales et paragouvernementales québécoises que ce soit en matière d'hypersexualisation, d'égalité, de prévention de l'intimidation et de la violence sexuelle ou de promotion de la santé sexuelle chez les jeunes.

Leçons apprises et conclusion

Le programme *On est encore des enfants!* vise la prévention de la violence sexuelle par la prise en compte des facteurs de risque et de protection. Le développement d'outils d'intervention validés, adaptés et spécifiques à la réalité des enfants du 3^e cycle primaire permet un travail en amont des problématiques adolescentes. L'aspect clé en main de ce programme rassure les intervenant(e)s pour aborder des sujets délicats auprès des enfants. Une telle démarche de conception/validation crée des ponts entre le milieu de la recherche universitaire et la collectivité, favorisant ainsi la démocratisation du savoir.

37. Bactéries *Legionella* et tours de refroidissement à l'eau : la gestion des facteurs de risque dans le Règlement modifiant le code de sécurité de la Loi sur le bâtiment

Auteure

Henriette Jetten

Contexte et description du projet

À l'été 2012, la ville de Québec a connu une éclosion majeure de cas de légionellose. À la suite de cette éclosion, en mai 2013, la Régie du bâtiment du Québec (RBQ) publiait dans la Gazette officielle du Québec, une première version du Règlement modifiant le code de sécurité de la Loi sur le bâtiment (ci-après nommé le Règlement). Une deuxième version a remplacé la première en juillet 2014.

L'objectif principal du projet, réalisé sous forme d'essai, consistait en une analyse critique du Règlement afin d'évaluer l'effet que celui-ci aurait sur la gestion des facteurs de risque associés aux tours de refroidissement à l'eau (TRE), et ce aussi bien pour la santé humaine que pour l'environnement. Pour ce faire, le Règlement a été comparé avec d'autres sources réglementaires et guides de bonnes pratiques en vigueur au niveau international et national. Les résultats de l'analyse critique ont permis de recommander des solutions adaptées au contexte québécois.

Résultats et connaissances nouvelles

Plusieurs facteurs de risque associés aux TRE ont été relevés dans les 7 textes réglementaires et guides techniques retenus pour l'analyse comparative (Australie, Royaume-Uni, France, États-Unis, Canada). Selon une pondération déterminée à l'avance, les facteurs de risque jugés prioritaires sont au nombre de 39 parmi les 83 éléments identifiés au départ. La première version du Règlement (2013) prenait en considération 11 de ces facteurs de risque. Dans la deuxième version (2014), 18 des facteurs de risque identifiés ont été mentionnés ou détaillés, ce qui représente en termes relatifs 46,1 % des facteurs de risque jugés prioritaires.

Les différentes sources consultées présentent des éléments de gestion des risques pour le contrôle de la prolifération des bactéries du genre *Legionella* et la réduction de la dispersion d'aérosols potentiellement contaminés. Le Règlement ne contient aucune obligation relative à l'installation de dispositifs à la fine pointe de la technologie pour réduire l'émission d'aérosols dans l'atmosphère.

Leçons apprises et conclusion

L'analyse critique a révélé que le Règlement québécois peut être bonifié afin d'assurer la sécurité des personnes qui vivent ou qui circulent dans le voisinage des TRE. Une quarantaine de recommandations ont été proposées. Parmi celles-ci :

- La nécessité de mettre en place des normes de conception pour les TRE, afin d'inclure des dispositifs performants qui empêchent la dispersion d'aérosols possiblement contaminés dans l'atmosphère;
- l'application de mesures de précaution, par exemple en reportant les opérations de nettoyage, lorsque certaines conditions météorologiques sont présentes (humidité élevée, vents forts), connues pour favoriser soit la dispersion des aérosols, soit la gravité des éclosions;
- L'évaluation de la dispersion des aérosols (volume des rejets, direction des vents dominants) en regard de la présence dans le voisinage de bâtiments desservant des populations vulnérables.

La gestion des facteurs de risque associés aux TRE peut s'étendre à d'autres sources potentielles de bactéries du genre *Legionella* par exemple, les réseaux d'eau chaude des établissements de santé. Ces établissements desservent une clientèle particulièrement vulnérable à la légionellose.

38. Scan environnemental des instruments de mesure utilisés au Québec évaluant l'offre alimentaire dans différents milieux de vie (2005-2015)

Auteure

Mylène Turcotte

Coauteures

Myriam Landry, Sophie Desroches, Simone Lemieux, Véronique Provencher

Contexte et description du projet

La Vision de la saine alimentation (MSSS, 2011) considère la saine alimentation comme étant multidimensionnelle et invite les acteurs des milieux à améliorer leur offre au-delà de la valeur nutritive des aliments. Elle présente cinq dimensions de la saine alimentation, soit les dimensions biologique, socioculturelle et économique, de même que celles liées à la sécurité alimentaire et au développement durable. Or, il s'avère complexe pour les intervenants locaux et régionaux de prendre en compte ces différentes dimensions lors de l'évaluation de l'offre d'aliments disponibles dans différents milieux de vie. De plus, au niveau provincial, l'Observatoire sur la qualité de l'offre alimentaire débute ses travaux afin notamment de se doter d'une stratégie commune pour la surveillance de l'offre alimentaire au Québec. Ainsi, ce projet a pour but de documenter l'état des faits en répertoriant et analysant les outils de mesure utilisés au Québec, publiés ou non, utilisés depuis 2005, qui décrivent l'offre actuelle d'aliments dans différents milieux de vie. Les instruments ont été identifiés en contactant des experts de domaines diversifiés et en consultant des sites gouvernementaux (littérature grise) et des bases de données bibliographiques (littérature scientifique). L'analyse a été effectuée indépendamment par deux analystes en utilisant un formulaire d'extraction des données standardisé, pré-testé et accompagné d'une légende claire définissant chacune des catégories, lesquelles ont été préalablement identifiées par une revue de la littérature récente dans le domaine, en y ajoutant notamment les cinq dimensions de la Vision de la saine alimentation.

Résultats et connaissances nouvelles

Des 60 instruments de collecte répertoriés, 44 provenant de 29 projets/études respectaient nos critères d'inclusion. Les instruments recensés prenaient principalement la forme de questionnaires (n = 16), d'inventaires (n = 13), de listes de contrôle (n = 12) et de guides d'entrevue (n = 11). Ces derniers évaluaient des milieux de vie diversifiés et non exclusifs dont des milieux scolaires (n = 14), des services de garde (n = 8), des commerces d'alimentation (n = 8), des établissements de soins de santé (n = 7), des milieux de travail (n = 6), des milieux municipaux (n = 4) ainsi que des milieux communautaires (n = 3). Les analyses préliminaires montrent que la dimension biologique de la saine alimentation est mesurée dans la quasi-totalité des outils recensés (98 %), suivie des dimensions économique et socioculturelle dans environ la moitié d'entre eux (57 % et 54 %, respectivement). Ce sont les dimensions de la sécurité alimentaire et du développement durable qui sont moins fréquemment considérées dans les outils échantillonnés (soit respectivement 41 % et 34 %). Ces résultats suggèrent qu'outre la dimension biologique, les autres dimensions de Vision de la saine alimentation ne sont pas toujours considérées dans les outils de collecte québécois évaluant l'offre alimentaire dans différents milieux de vie. Il serait donc intéressant d'investiguer davantage les raisons qui sous-tendent le choix des dimensions lors de l'évaluation de l'offre alimentaire. Suite à ce projet, un répertoire des outils sera disponible en ligne.

Leçons apprises et conclusion

Ce projet novateur a permis de dresser un portrait des outils actuellement utilisés au Québec dans différents milieux de vie et de documenter l'utilisation de la Vision de la saine alimentation par les différents acteurs. Il a répondu aux besoins de répertorier, synthétiser et diffuser les connaissances tant empiriques que scientifiques au sujet des outils/instruments de collecte permettant d'évaluer l'offre alimentaire au Québec. Les résultats de ce projet auront des retombées pratiques et scientifiques, tant pour l'Observatoire sur la qualité de l'offre alimentaire que pour d'autres organisations publiques ou privées s'intéressant aux enjeux de l'évaluation de l'offre alimentaire, et ils contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques en nutrition en santé publique.

39. Les recours collectifs québécois : un atout pour la santé publique?

Auteure

Cynthia Callard

Contexte et description du projet

Le Canada est le lieu de plus de la moitié des poursuites judiciaires auxquelles les multinationales du tabac doivent faire face à l'extérieur des États-Unis. En plus des actions en justice de neuf gouvernements provinciaux pour recouvrer le coût des soins rendus nécessaires par des maladies causées par le tabagisme, dix recours collectifs de victimes du tabac ont été lancés. Bien que ces poursuites furent entamées à partir de la fin des années 1990, seulement deux d'entre elles se sont jusqu'ici rendues à l'étape d'un procès. Il s'agit des recours collectifs de Québécois dépendants au tabac (recours Létourneau) et atteints d'emphysème ou d'un cancer au poumon ou à la gorge (recours Blais et CQTS). Les auditions d'un procès commun à ces deux causes ont commencé en mars 2012 et se sont terminées en décembre 2014.

Résultats et connaissances nouvelles

Tard en mai 2015, la Cour supérieure du Québec a tranché en faveur des fumeurs lésés et leur a attribué en dédommagement une pénalité de 15,6 milliards \$ imposée aux compagnies. La Cour a statué qu'elles avaient violé quatre lois québécoises, notamment le Code civil du Québec, la Loi sur la protection du consommateur et la Charte des droits et libertés de la personne. La Cour a conclu que les compagnies ont failli à leur obligation d'avertir la clientèle des risques du tabagisme, obligation qui demeure même quand il y a des mises en garde sur les emballages. La Cour a jugé que le lobbying de l'industrie avait empêché le public de mieux connaître ces risques, et que les annonces « style de vie » étaient trompeuses.

Leçons apprises et conclusion

Les compagnies de tabac ont le droit de faire appel de ce jugement, et la décision finale peut ne pas être rendue avant plusieurs années. Le jugement final pourrait affecter la façon qu'ont les fabricants d'autres produits nocifs d'emballer et d'annoncer leurs produits. Parce qu'ils constituent une des premières poursuites d'envergure en faveur de la santé des consommateurs, ces recours collectifs peuvent enseigner de nouvelles façons d'améliorer la réglementation relative à la santé publique.