



JOURNÉES ANNUELLES
DE SANTÉ PUBLIQUE

L'EFFET MULTIPLI~~X~~TEUR

20 ANS D'IMPACT

Communications affichées

21 et 22 novembre 2016
Hôtel Bonaventure

Table des matières

Catégorie recherche et évaluation	5
1. Inégalités sociales en santé buccodentaire	1
2. Maladie de Lyme : quels rôles pour les parents de jeunes enfants?.....	3
3. La maladie de Lyme en Estrie : piqûre de tique et prophylaxie.....	5
4. Les pharmaciens: une nouvelle première ligne en prévention pour les voyageurs visitant la famille ou les amis?.....	7
5. Le projet les Brigades Culinaires : évaluation de la 4 ^e édition du programme au Québec.....	9
6. Développement et validation des ateliers culinaires et nutritionnels du projet VIE : Valorisation, Implication, Éducation.....	10
7. Situations à risque pour l'exposition au plomb dans l'eau du robinet.....	11
8. Analyse de la mise en œuvre du changement dans le secteur de la santé en Tunisie	12
9. Analyse des modèles d'accès adapté implantés dans les premières unités de médecine familiale au Québec.....	13
10. Évaluation des perturbations du sommeil du personnel infirmier de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) en fonction des quarts de travail : un outil supplémentaire pour l'équipe médicale dans la prévention primaire des risques cardiométaboliques	14
11. Association entre l'activité physique et l'hypertension/préhypertension artérielle chez les adolescents.....	15
12. Le développement des enfants à l'échelle des villes : une comparaison internationale entre Montréal et Melbourne.....	16
13. Portrait des intersections montréalaises : les piétons sont-ils protégés !	18
14. Évaluation de la couverture vaccinale à jour à 24 mois chez les enfants résidant dans les communautés des Premières nations de la Saskatchewan.....	20
15. Initiative Amis des Pères au sein des familles : Effets sur la pratique des intervenants	21
16. La consommation de cannabis au Québec et au Canada.....	22
17. Quel est l'effet des caractéristiques résidentielles et du voisinage sur le développement de l'enfant à la maternelle.....	24
CATÉGORIE PRATIQUES ÉMERGENTES	25
18. La place et la participation des parents au sein du Rond-point, centre périnatal et familial en toxicomanie.....	27
19. Les surdoses de drogues : un problème de santé publique en émergence auquel il faut faire face.....	28
20. L'analyse des substances psychoactives : Un service urgent et essentiel !	30
21. Développer des compétences en maladies chroniques à travers une application mobile conçue de manière innovante.....	31
22. Prévention de la rage : une compétence à développer en première ligne	33
23. L'analyse des besoins des jeunes comme première étape pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de type clinique jeunesse.....	34

24. Étudier l'équité et les déterminants sociaux des accidents de la circulation à Ouagadougou, Burkina Faso	35
25. Construire un système de santé sécuritaire : les stratégies utilisées dans l'institutionnalisation de l'engagement des patients.....	37
26. Allaiter en ville! Gâtineau facilite l'allaitement grâce à un partenariat avec la santé publique.....	39



Catégorie recherche et évaluation

1. Inégalités sociales en santé buccodentaire

Auteurs

Catherine Risi, Sophie Arpin, Yoan Bourgeault-Gagnon, Louis-Philippe Lajoie, Samuel Mc Duff, Liane Montplaisir

Contexte et objectifs

Les résultats de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 (ÉCSBQ) révèlent une amélioration de l'expérience carieuse chez les élèves de 6e année depuis la dernière étude réalisée en 1996-1997. Parallèlement, on observe deux fois plus de scellants appliqués chez les élèves de 6e année dans cette même étude. En plus des scellants posés dans les cliniques dentaires, il existe au Québec depuis 2005, un programme public de scellants en milieu scolaire qui a pour objectif de rejoindre les élèves vulnérables à la carie. Le présent projet s'appuie sur la littérature qui démontre qu'un gradient social existe en santé buccodentaire et que les scellants sont un moyen efficace de prévenir la carie. Mais la présence de scellants influence-t-elle les inégalités sociales en lien avec la carie?

Objectifs

1. Décrire la tendance évolutive de la carie sur les dents permanentes chez les élèves de 6e année du primaire au Québec en fonction du statut socioéconomique.
2. Illustrer l'existence d'un gradient social relatif à la carie chez les élèves de 6e année de la Montérégie et estimer l'impact de l'application de scellants sur ce gradient.

Conclusion et recommandations

Malgré une tendance vers l'amélioration, les inégalités sociales en lien avec la carie semblent perdurer dans le temps au Québec. Toutefois, en Montérégie, la présence de scellants améliore la santé buccodentaire et semble même diminuer les inégalités sociales en lien avec l'expérience carieuse.

L'intensification de la pose de scellants en milieu scolaire, afin de rejoindre les jeunes de milieux défavorisés, est recommandée.

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

L'ÉCSBQ est une étude de surveillance avec un devis transversal. La population à l'étude est les élèves québécois de 2e et 6e années du primaire. Un suréchantillonnage montréalais a été réalisé. La collecte de donnée a eu lieu en 2012-2013.

L'ÉCSBQ a instauré des mesures rigoureuses afin de limiter les différents biais de sélection et d'observation tels que :

- Échantillonnage à trois degrés, démarchage et pondération des données
- Uniformisation du jugement clinique des dentistes-examineurs
- Collecte informatisée de données

Les résultats de la Montérégie peuvent ne pas s'appliquer à certaines régions du Québec, en raison, entre autres, de différences dans le programme public de scellants. La relation temporelle entre les différentes variables est difficile à établir étant donné le devis transversal.

Méthode et démarche

Une analyse documentaire des tendances de l'expérience carieuse au Québec a été réalisée à partir des études de 1996-1997 et de 2012-2013. Certaines catégories ont été regroupées et des proportions ont été recalculées.

Également, une analyse descriptive des données montréalaises de l'ÉCSBQ 2012-2013 a été réalisée afin de mettre en relation la défavorisation et la santé buccodentaire.

Résultats et outils développés

Au Québec, on observe une tendance vers une diminution de la proportion d'élèves ayant expérimenté la carie, entre 1996-1997 et 2012-2013, peu importe la scolarité des parents. Cependant, les inégalités sociales en lien avec l'expérience carieuse semblent se maintenir.

En Montérégie, en 2012-2013, l'expérience carieuse suit un gradient social. Près de 50 % des élèves de 6e année défavorisés matériellement sont touchés par la carie, contre seulement 24 % pour les favorisés. Par contre 71 % des élèves favorisés matériellement ont au moins une molaire scellée, contre 47 % pour les défavorisés. Si l'on examine plus attentivement les élèves sans dent scellée par opposition à ceux en ayant au moins une, le nombre moyen de dents cariées chez les élèves défavorisés sur le plan matériel et social ayant au moins une dent scellée diminue de 56 %, tandis qu'il diminue de 29 % chez les plus favorisés atténuant ainsi le gradient social en lien avec l'expérience carieuse.

2. Maladie de Lyme : Quels rôles pour les parents de jeunes enfants?

Auteurs

François Milord, Vicky Le Blanc, Jule Mercier-Ross,
Anne Prévaille-Gendreau, Judith Archambault, Reem Zewail

Contexte et objectifs

Les cas de maladie de Lyme acquis au Québec ont fait un bond de 55 % depuis 2011, principalement en Montérégie et en Estrie. Deux études récentes auprès de responsables de parcs publics (1) et de résidents de la Montérégie (2) ont démontré une faible connaissance de la maladie et des mesures préventives. Bien que peu étudiée, les jeunes enfants constituent une importante population à risque (3,4). Cette étude veut (a) déterminer le niveau de connaissances et l'application des mesures préventives par les parents de jeunes enfants, (b) décrire les facteurs qui influencent leurs connaissances et leurs comportements et (c) recommander des actions pour améliorer la prévention dans cette population.

Conclusion et recommandations

Le questionnaire en ligne s'est révélé un bon moyen de joindre une population de jeunes parents qui est prioritaire au regard de la maladie de Lyme. Le niveau de connaissances est plus élevé qu'en 2011 (2), mais un biais de volontariat illustré par le haut niveau de scolarité des répondants peut expliquer ce résultat. Comme l'avait démontré une étude néerlandaise (4), il existe une association entre le niveau de connaissances des parents et l'application de mesures préventives.

Nous recommandons d'approfondir la recherche en étudiant l'influence de certaines variables comme le contact antérieur avec la problématique qui était associé à plusieurs autres variables. Nous recommandons d'améliorer les connaissances par l'utilisation d'une variété de sources d'information en visant une augmentation des parents qui inspectent la peau de leurs enfants après une activité à risque. De l'information sur la maladie de Lyme a d'ailleurs été transmise par courriel aux 900 parents à la fin de l'étude.

Références

- (1) Champagne S, Gauvreau C, Hébert-Trudeau A, Jobidon L, Kassir C, Lambert L, Milord F. 2014. Situation de la maladie Lyme dans les parcs publics du Québec. Université de Sherbrooke et Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 7 pages.
- (2) Aenishaenslin C, Ravel A, Michel P, Gern L, Milord F, Waub JP, Bélanger D. 2014. From Lyme disease emergence to endemicity: a cross sectional comparative study of risk perceptions in different populations. *BMC Public Health* 14: 1298.
- (3) Beaujean D, Gassner F, Wong A, Van Steenberghe JE, Crutzen R et Ruwaard D. 2013. Determinants and protective behaviours regarding tick bites among school children in the Netherlands : a cross-sectional study. *BMC Public Health* 13: 1148.
- (4) De Vries H et Van Dilen S. 2002. Prevention of Lyme disease in Dutch children: analysis of determinants of tick inspection by parents. *Preventive Medicine* 35, 160-5.

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

Il s'agit d'une étude descriptive transversale ciblant les parents d'enfants de 1 à 9 ans. La population à l'étude comprend les parents francophones d'enfants fréquentant un centre de la petite enfance (CPE) dans une zone à risque élevé d'exposition aux tiques en Montérégie. Une vingtaine de municipalités ont été sélectionnées pour couvrir l'ensemble de la zone à l'étude; un CPE a été choisi aléatoirement par municipalité. Recrutés par téléphone, 7 CPE incluant 17 installations dans autant de municipalités ont accepté de participer.

Méthode et démarche

Le recrutement des parents s'est effectué par courriel entre les 3 et 12 mai 2016. Des 900 parents contactés, 185 ont répondu pour un taux de réponse de 19 % après exclusion de 13 répondants. L'outil de collecte était un questionnaire en ligne de 23 questions portant sur les connaissances, le contact antérieur avec la problématique, la perception du risque, l'utilisation de mesures préventives, le désir d'information et la démographie. Il a été validé auprès d'experts et de parents.

Des analyses descriptives et corrélationnelles ont été effectuées. Le test de khi-carré avec un seuil de signification de $p \leq 0,05$ a permis de valider les associations entre les variables d'intérêt.

Résultats et outils développés

Les 172 répondants sont des femmes (87 %), avec un diplôme universitaire (45 %) et 70 % des familles comptent également un enfant de 5 ans ou plus. La moitié (51 %) démontrait un bon niveau de connaissances (>4 bonnes réponses sur 6 questions). Le tiers (35 %) connaît quelqu'un ayant été piqué par une tique ou une personne atteinte de la maladie de Lyme (contact antérieur). La majorité (59 %) utilise souvent ou toujours du chasse-moustique et 14 % inspectent souvent ou toujours la peau de leurs enfants après une activité à risque. L'inspection est plus souvent rapportée chez les parents démontrant davantage de connaissances et d'inquiétude et chez ceux ayant eu un contact antérieur ($p < 0,001$). Un haut niveau de scolarité est associé à une faible utilisation du chasse-moustique ($p = 0,01$), souvent par crainte d'effets indésirables.

3. La maladie de Lyme en Estrie : Piqûre de tique et prophylaxie

Auteurs

Samuel Boutin-Provencher, Amélie Bellemare, Claire Latrémouille, Rachel Séguin-Tremblay, Catherine Brouillette-Chouinard, Geneviève Petit

Contexte et objectifs

La maladie de Lyme (ML) est causée par *Borrelia burgdorferi*, une bactérie transmise aux humains par une piqûre de tique (PT). La ML est une maladie en émergence en Estrie. Jusqu'en 2010, on recensait 0 à 1 cas par année. En 2015, ce nombre s'élevait à 54, soit une augmentation de 200 % par rapport à l'année précédente. En juin 2016, la Direction de santé publique de l'Estrie (DSP) émettait une nouvelle recommandation, soit l'utilisation d'antibioprophylaxie pour les personnes piquées dans les deux territoires jugés les plus à risque (Pommerai et Haute-Yamaska) et rencontrant une série de critères inspirés des lignes directrices américaines. L'Estrie est la première région du Québec à faire cette recommandation, d'où l'intérêt d'étudier son applicabilité.

Objectifs

1. Caractériser les personnes ayant consulté à l'urgence pour PT et celles qui ont fait l'objet d'une déclaration MADO pour ML en Estrie.
2. Évaluer l'application des nouvelles lignes directrices estriennes concernant l'administration de la prophylaxie en cas de PT.

Conclusion et recommandations

La maladie de Lyme est en évolution au Québec. Les messages de prévention primaire et secondaire devraient inclure des messages sur l'aménagement des terrains à domicile, l'examen complet du corps après une exposition à risque et la consultation précoce après une PT survenue en territoire à risque. Dans les conditions actuelles, trop peu de patients asymptomatiques consultent après une PT pour que l'utilisation de la prophylaxie ait un impact significatif. Des modalités organisationnelles pour bonifier l'offre de service sont à considérer dans le futur.

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

Il s'agit d'une étude descriptive des personnes ayant consulté pour PT ainsi que des personnes ayant fait l'objet d'une déclaration MADO. L'échantillon final comprend deux groupes : 1) les personnes ayant consulté pour PT aux urgences des centres hospitaliers (CH) des territoires de la Haute-Yamaska (Granby) et de la Pommerai (Cowansville), ainsi qu'au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS), du 1er janvier 2016 au 31 juillet 2016 et 2) celles ayant fait l'objet d'une investigation MADO pour ML (cas confirmés, probables ou possibles) durant la même période.

Méthode et démarche

La sélection des dossiers de PT s'est faite en collaboration avec les services d'archives des trois CH et de la DSP : CHUS (n = 7), Granby (n = 19), Cowansville (n = 40) et MADO (n = 26). Après vérification, aucun des participants du groupe MADO ne figurait dans le groupe PT. La collecte de données a été réalisée par une analyse des dossiers à l'aide d'une grille développée à partir du formulaire d'enquête MADO pour la ML.

Résultats et outils développés

1. Les groupes PT et MADO présentent des caractéristiques épidémiologiques comparables : une majorité d'hommes sont touchés, tout comme les jeunes enfants et adultes dans la trentaine. La majorité des PT et des MADO sont présentes de mai à juillet (fin de notre étude).
2. Les expositions à risque ont principalement eu lieu à près du domicile (30 % des MADO, 40 % des PT).
3. Plus de la moitié (54 %) des personnes du groupe MADO n'ont jamais vu la tique.
4. Seulement 29 % des cas de PT étaient asymptomatiques lors de la consultation à l'urgence.
5. Peu de médecins peuvent identifier la tique lors des consultations pour PT (30 %) car les patients ne la conservaient pas après le retrait.
6. 7 des 10 cas d'administration de la prophylaxie ne répondaient pas aux recommandations.
7. Le temps d'attente moyen à l'urgence pour les patients susceptibles de mériter la prophylaxie était 3 h 30.

8. 13 patients des 66 patients du groupe PT avaient une histoire et des symptômes compatibles avec la ML, mais n'ont pas été déclarés à la santé publique.

4. Les pharmaciens: une nouvelle première ligne en prévention pour les voyageurs visitant la famille ou les amis?

Auteurs

François Panet Alexander Nguyen, Alexandra Talarico, Yen-Giang Bui, Maryse Guay

Contexte et objectifs

Les voyageurs visitant famille et amis (VFA) sont définis comme étant des Néo-Canadiens et des immigrants vivant au Canada qui retournent dans leur pays d'origine, souvent un pays moins développé, afin de visiter leur famille ou leurs amis. Cette population, surtout les enfants, représente un groupe à haut risque d'infections acquises en voyage, dont la malaria. Plusieurs facteurs expliquent ce haut taux d'infections chez les VFA, notamment parce qu'ils se croient faussement protégés et qu'ils consultent peu en santé-voyage.

Les pharmaciens ont un rôle essentiel en première ligne. Depuis 2015, ils peuvent prescrire certains médicaments telle la chimioprophylaxie antipaludique et souvent des vaccins sont administrés par des infirmières en pharmacie. Les pharmacies sont donc un endroit où des services pourraient être offerts aux VFA.

Cependant, il y a peu de données portant sur la consultation des VFA en pharmacie. Cette étude a donc été réalisée avec comme objectifs de :

- -Connaitre si les VFA consultent les pharmaciens en Montérégie
- -Déterminer les connaissances des pharmaciens concernant les VFA
- -Identifier les mesures préventives recommandées par les pharmaciens auprès des VFA
- -Explorer l'ouverture des pharmaciens à agir auprès des VFA en prévoyage.

Conclusion et recommandations

Cette étude a permis d'avoir un premier portrait de la consultation des VFA en pharmacie et d'apprécier comment les pharmaciens perçoivent les VFA. Elle démontre que les pharmacies pourraient constituer une première ligne en santé-voyage auprès des VFA. De plus, elle a sensibilisé les pharmaciens à la réalité des VFA et a aussi mis en lumière leur motivation à offrir de tels services aux VFA. Il serait intéressant de documenter davantage l'organisation des services de santé-voyage en pharmacie ainsi que la perspective des autres professionnels impliqués, comme les infirmières. Les constats de cette étude pourraient servir à améliorer la prévention auprès des VFA.

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

Étude transversale descriptive réalisée en Montérégie auprès des pharmaciens travaillant dans une pharmacie où des vaccins sont administrés.

Méthode et démarche

L'étude s'appuie sur un questionnaire (40 questions fermées, 28 de type Likert) qui a été élaboré en se basant sur le modèle de Walsh et McPhee pour analyser la relation entre les pharmaciens et les VFA. Les variables à l'étude touchaient les connaissances des pharmaciens sur les VFA, la présence de clients VFA, les pratiques des pharmaciens auprès des VFA, le niveau d'intérêt, de confort et d'utilité à offrir des services aux VFA (ces dernières variables ont été analysées pour en faire des scores) et des variables sociodémographiques choisies. Le questionnaire prétesté a été rendu disponible aux pharmaciens par courriel entre le 25 août et le 5 septembre 2016. Il a été rempli en ligne de manière anonyme ou par téléphone lors des rappels. Des analyses descriptives et comparatives ont été effectuées.

Résultats et outils développés

Le taux de réponse a été de 50 % (n = 50/100). Presque tous les participants (98 %) offrent des services de santé-voyage et 76 % d'entre eux en offrent depuis moins de 5 ans. De plus, 66 % des pharmaciens reconnaissent avoir des VFA dans la clientèle de leur pharmacie et leur offrent parfois des services en santé-voyage. Les pharmaciens ont d'assez bonnes connaissances sur les VFA (score de 66 %). Cependant, les connaissances concernant la vaccination rougeole des enfants de 6-11 mois n'étaient pas adéquates (score de 42 %). Par ailleurs, les niveaux de confort et d'intérêt à offrir des services en santé-voyage aux VFA étaient élevés (scores de 87 % et 81 % respectivement). Les participants trouvaient aussi utiles

d'offrir dans leur pharmacie plusieurs mesures préventives visant les VFA. Aucun de ces résultats ne variait selon les caractéristiques des pharmaciens.

5. Le projet les Brigades Culinaires : évaluation de la 4^e édition du programme au Québec

Auteurs

Marie Marquis, Laurence Chapdelaine

Contexte et objectifs

La Tablée des chefs a complété la 4^e année de déploiement des Brigades Culinaires. Cette intervention vise à développer les capacités et connaissances culinaires, alimentaires et nutritionnelles des jeunes et les amener à développer leur autonomie alimentaire. Les objectifs de cette évaluation sont d'évaluer l'atteinte d'objectifs spécifiques d'éducation culinaire, alimentaire et nutritionnelle tels que mesurés auprès des participants de cette 4^e édition des Brigades Culinaires.

Conclusion et recommandations

Les résultats confirment des effets du projet sur les capacités et connaissances des jeunes en cuisine, alimentation et nutrition. Des mesures à 6 mois post intervention, des mesures auprès des parents et l'addition d'un groupe contrôle sont prévues pour la prochaine édition.

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

Les Brigades Culinaires est un programme parascolaire standardisé de 24 ateliers culinaires théoriques et pratiques avec contenu nutritionnel animés par des chefs formateurs qualifiés. Pour cette 4^e édition, les jeunes de 56 écoles secondaires de 14 régions du Québec furent visés par le programme.

Méthode et démarche

Un questionnaire papier autoadministré visant les jeunes fut utilisé en pré et lors du dernier atelier (post). Quinze énoncés furent utilisés pour évaluer la perception de leurs capacités culinaires (capable, plus ou moins capable, incapable) abordant l'hygiène, la sécurité, des techniques de coupes et de cuisson et leur autonomie en cuisine. Onze énoncés furent utilisés pour mesurer leurs capacités à exécuter certains comportements associés à des connaissances alimentaires (capable, plus ou moins capable, incapable) abordant entre autres l'équilibre alimentaire des repas et collations, la variété et la compréhension des étiquettes alimentaires. Neuf énoncés étaient spécifiques à la perception de leurs connaissances nutritionnelles (choix en cinq points allant de très bien à pas du tout) abordant le rôle de certains groupes alimentaires, les portions, les besoins énergétiques et la compréhension de concepts tels que la saine alimentation. Un énoncé mesurait si le projet avait été source de plaisir (oui, plus ou moins, non). Des données socio démographiques (âge et sexe) furent recueillies. Les réponses furent analysées avec SPSS (version 17), des tableaux de fréquences et des tests de T sur échantillons appariés furent menés. Cette évaluation a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal et l'appui financier de Québec en Forme.

Résultats et outils développés

Un total de 647 jeunes ont complété le questionnaire post et les mesures appariées ont porté sur 275 jeunes issus de 24 écoles secondaires. L'âge moyen est de 14,6 incluant 71 % de filles. Concernant leurs capacités en cuisine, seules deux compétences sur 15 ne se sont pas améliorées de façon significative soit l'utilisation des bons outils et le travail sécuritaire en cuisine. Par ailleurs, en mesures pré, ces habiletés étaient initialement maîtrisées. Une amélioration est rapportée pour les techniques de coupes, leur autonomie en cuisine, leur capacité à cuire les légumes, le poisson, le tofu et les légumineuses ($p < 0.05$).

Pour leurs connaissances alimentaires, toutes furent significativement améliorées ($p < 0,05$). En post, plus de 80 % des jeunes se considèrent capables de faire des choix liés à l'équilibre alimentaire, la santé et la variété et sont aptes à mieux utiliser leurs sens pour découvrir et apprécier les aliments.

À l'égard de la perception de leurs connaissances en nutrition, toutes se sont améliorées de manière significative ($p < 0,05$). En post, plus de 50 % des jeunes rapportent une très bonne connaissance des bienfaits des fruits et des légumes, des substituts de viande, du rôle des produits laitiers et substituts ainsi qu'une compréhension des concepts d'alimentation équilibrée et de saine alimentation.

Pour l'ensemble des répondants ($n = 588$), plus de 90% ont rapporté que le projet leur avait transmis le plaisir de cuisiner.

6. Développement et validation des ateliers culinaires et nutritionnels du projet VIE : Valorisation, Implication, Éducation

Auteurs

Cynthia Chaput, Simon Drouin, Caroline Laverdière, Daniel Sinett, Sabrina Bealieu-Gagnon, Marie Marquis, Valérie Marcil

Contexte et objectifs

Non seulement le cancer est toujours la principale cause de décès par maladie chez les enfants, mais les deux tiers des survivants présenteront, à l'âge adulte, des séquelles liées aux traitements reçus. Le programme VIE (Valorisation, Implication, Éducation) développé au Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine vise les jeunes patients atteints de cancer et leur famille. Ce programme multidisciplinaire aborde les bénéfices liés à l'adoption de saines habitudes de vie en cours de traitement et vise aussi à les soutenir dans les changements de comportements attendus. Un volet de ce programme comprend des ateliers d'éducation culinaire et nutritionnelle.

Le but de ce volet du programme est de développer et de valider auprès d'experts six ateliers d'éducation culinaire et nutritionnelle. Les objectifs généraux des ateliers sont: 1) Transférer les connaissances sur les besoins nutritionnels spécifiques à l'alimentation de l'enfant pendant le cancer; 2) Mettre à jour les connaissances relatives à la préparation des aliments et aux principes d'hygiène et de salubrité spécifiques au contexte des repas des enfants atteints de cancer; 3) Exposer des solutions saines, rapides et économiques de repas.

Conclusion et recommandations

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'autre programme d'éducation culinaire et nutritionnelle offert aux familles d'une clientèle d'oncologie pédiatrique en cours de traitement. Les ateliers développés dans le cadre de ce projet de recherche pourraient être utiles à l'implantation d'un programme permanent au CHU Sainte-Justine, ou dans d'autres centres de cancérologie pédiatrique. Le déploiement du projet est prévu pour 2017 et des consultations avec des familles de patients en oncologie et des survivants de cancer pédiatrique sont prévues avant l'implantation. Les ateliers seront ensuite pré-testés et une fois implantés, ils seront améliorés en continu en fonction de l'évaluation par les participants.

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

Les ateliers sont destinés aux familles d'enfants recevant des traitements pour le cancer au Centre de cancérologie Charles-Bruneau du CHU Sainte-Justine.

Méthode et démarche

Le développement des ateliers du programme VIE a fait l'objet d'un processus itératif en huit étapes pour en valider son contenu, soit : (1) Recension des écrits scientifiques pour guider l'élaboration des thèmes et objectifs d'apprentissages des ateliers. (2) Choix des thèmes et précision des objectifs d'apprentissages. Rédaction d'un sommaire du contenu de chaque atelier. (3) Composition d'un comité d'experts. (4) Présentation écrite des thèmes, objectifs et sommaires aux experts, nutritionnistes de l'équipe de nutrition clinique d'hémo-oncologie et au chef de nutrition clinique du CHU Sainte-Justine. (5) Rétroaction avec le comité d'experts lors de rencontres individuelles avec chacun des experts et recherche de consensus sur le choix des thèmes et objectifs. (6) Révision des sommaires des ateliers. (7) Développement des ateliers basés sur les données probantes et la rétroaction de l'équipe clinique. (8) Seconde étape de validation du contenu intégral des ateliers menée auprès des experts et révision finale.

Résultats et outils développés

Un curriculum de six ateliers d'éducation culinaire et nutritionnelle basé sur les données probantes et l'expérience clinique a été développé et validé auprès de trois cliniciens cumulant plusieurs années d'expérience auprès de la clientèle. Les thèmes des ateliers sont: (1) Enrichissement des aliments; (2) Goût chez l'enfant et impact des traitements du cancer; (3) Alimentation lors de manifestation des effets secondaires digestifs des traitements; (4) Diète méditerranéenne pour la prévention des complications cardiométaboliques; (5) Planification de repas rapides et économiques et; (6) Support nutritionnel.

En nutrition, le développement des contenus d'ateliers appuyés exclusivement sur les données probantes s'est avéré insuffisant compte tenu du peu de littérature faisant état de l'expérience clinique des professionnels expérimentés auprès d'une jeune clientèle en oncologie. La collaboration avec l'équipe clinique a permis de bonifier, valider et prioriser les messages à communiquer et s'assurer que ces messages soient cohérents avec ceux véhiculés par les cliniciens.

7. Situations à risque pour l'exposition au plomb dans l'eau du robinet

Auteurs

Élise Deshommes, Shokoufeh Nour, Michèle Prévost

Contexte et objectifs

L'impact du plomb sur le développement cognitif des jeunes enfants a été mesuré pour des plombémies < 10 µg/dL auparavant considérées sécuritaires. En 2011, l'OMS a retiré la dose admissible provisoire de 25 µg Pb/kg p.c./jour, remettant en question la norme de 10 µg/L pour l'eau du robinet. En 2012, le CDC a réévalué à 5 µg/dL la plombémie seuil aux États-Unis. L'impact de l'eau sur la plombémie est peu caractérisé considérant l'absence d'études épidémiologiques dans les sites à risque et la faible caractérisation de l'eau. Cependant, les événements à Washington D.C. et Flint (MI) démontrent que l'eau peut contribuer à augmenter la plombémie à des seuils critiques.

L'objectif de cette étude est d'identifier les situations à risque pour l'exposition au plomb par l'eau des jeunes enfants dans leur environnement (maison, garderie, école) pour mieux cibler les actions de santé publique.

Conclusion et recommandations

Cette étude démontre l'importance d'identifier les maisons à risque dans les municipalités afin de cibler les interventions de santé publique avant la période estivale. Il est recommandé d'établir des procédures de rinçage standardisées après les travaux sur les ESP pour réduire le risque d'exposition, et de sensibiliser citoyens et contracteurs à ces procédures. Finalement, il est préconisé d'échantillonner les robinets de consommation dans les écoles/garderies pour identifier les cas critiques et protéger les populations vulnérables.

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

Des prélèvements d'eau ont été effectués dans 1250 maisons avec entrée de service en plomb (ESP) pour trois qualités d'eau et quatre saisons. Aussi, des données d'échantillonnages dans les écoles et garderies de 4 provinces ont été compilées ou mesurées (n = 71000). Les échantillons étaient prélevés après divers temps de stagnations (30min-6hr) et écoulement (30sec-5min). Les maisons comprenaient des unifamiliales, des multiplex et semi-détachés, alimentés par des entrées de service complètement ou partiellement en plomb (portion publique remplacée par du cuivre). Une évaluation détaillée des volumes de tuyauterie a été complétée dans 35 maisons. Enfin, des prélèvements ont été effectués après des remplacements partiels d'ESP pour quantifier l'effet des travaux. Les concentrations en plomb ont été intégrées dans le logiciel biocinétique IEUBK pour évaluer leur impact sur la plombémie des enfants (0-7 ans), et identifier les situations à risque.

Méthode et démarche

- 1) Échantillonnages d'eau dans les sites à risque
- 2) Analyse des données
- 3) Modélisation de la plombémie

Résultats et outils développés

Dans les maisons avec entrée de service en plomb (ESP), les teneurs en plomb étaient plus élevées dans les unifamiliales et augmentaient en été. La probabilité d'exposition s'amplifiait avec la longueur d'ESP (>20 m) de par les volumes d'ESP mesurés (5-10 litres) comparativement aux autres maisons (2-5 litres). Pour ces maisons, les plombémies estimées avec IEUBK atteignaient 5 µg/dL en été. Après remplacement partiel de l'ESP, les concentrations dans l'eau diminuaient de 1 à 10 µg/L selon les municipalités et le protocole. Cependant, 40 % des échantillons dépassaient encore 10 µg/L après 30 min de stagnation. Aussi, des valeurs représentatives de niveaux d'intoxications aigus ont été mesurées le jour des remplacements (moyenne 3666±8356 µg/L, maximum 30485 µg Pb/L), un rinçage >30 minutes étant nécessaire pour réduire ces teneurs. Les concentrations dans l'eau des écoles et garderies étaient généralement faibles (médiane 0,7-2,6 µg/L selon le protocole) mais variaient à l'intérieur des bâtiments selon le robinet (<1 à 10100 µg/L). Quarante robinets étaient associés à des niveaux accrus d'exposition, l'ingestion de 300 mL d'eau à ces robinets dépassant la dose de 175 µg Pb définie pour les jouets. Aussi, certaines écoles/garderies montraient des teneurs systématiquement élevées, avec des médianes par bâtiment de 10-109 µg/L et des 90e percentiles atteignant 412 µg/L après seulement 30 min de stagnation. La plombémie estimée sur la base de ces concentrations variait de 2,1 à 15 µg/dL selon l'école/la garderie.

8. Analyse de la mise en œuvre du changement dans le secteur de la santé en Tunisie

Auteurs

Marie-Claire Ishimo, François Champagne, Lambert Farand,
Ann-Lise Guisset, Abdelmajid Ben

Contexte et objectifs

En Tunisie; comme dans la plupart des pays avec de ressources limitées; des efforts importants sont investis dans des projets de réforme du secteur de la santé, qui connaissent beaucoup de succès mais qui subséquemment déclinent et n'arrivent pas à être soutenus et étendus. Cette situation est encore plus marquée dans le cas de projets de réforme financés et appuyés par des bailleurs de fonds internationaux. Cette étude vise à documenter sur les facteurs de succès de l'introduction de quatre initiatives innovantes dans le système de santé tunisien. Plus spécifiquement, l'étude vise à (i) analyser leurs conditions de mise en œuvre, (ii) comprendre les mécanismes de leur mise à l'échelle, et (iii) évaluer la pérennité de ces initiatives.

Conclusion et recommandations

Une initiative innovante peut s'avérer efficace au niveau local et mise à l'échelle (expansion de la couverture), mais disparaître dans le temps (absence d'accroissement de l'impact). Cette étude suggère une nouvelle approche à la gestion du changement qui intègre les questions de pérennisation dès la conception, la mise en œuvre et au moment de passage à l'échelle des projets de réforme sanitaire dans des pays avec des ressources limitées. Le but ultime de cette recherche est de tester empiriquement cette nouvelle approche qui intègre les trois processus étudiés et produire des outils qui permettront de mieux orienter les interventions en matière de santé au profit des populations locales et à l'ensemble des pays.

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

Dans le domaine de la santé, les programmes publics sont souvent le produit d'une mise à l'échelle d'initiatives innovantes développées dans le cadre des interventions pilotes. Bien que plusieurs initiatives développées aient un impact positif sur la santé des populations locales, leur déploiement à plus grande échelle rencontre d'importants défis. Les activités de recherche sur le terrain ont permis de mettre en évidence la nature et le niveau d'influence de plusieurs facteurs qui sont associés au succès de l'implantation, de la mise à l'échelle et de la pérennisation de quatre projets de réforme visant: (i) les soins de première ligne; (ii) la gestion hospitalière, (iii) la vaccination et (iv) la santé reproductive. Les résultats de cette étude serviront de base aux institutions nationales (principalement le Ministère de la santé) et organismes internationaux (OMS et UE) intervenant dans la conception et la mise en œuvre des réformes du système de santé dans ce pays.

Méthode et démarche

Prenant appui sur la théorie du changement, cette étude est basée sur une revue de la littérature scientifique solide. Elle repose sur une stratégie de recherche synthétique qualitative avec un devis d'une étude de cas multiples (quatre initiatives) avec trois niveaux d'analyse (contextuel, organisationnel, et le type d'intervention). Trois stratégies ont été utilisées pour recueillir les données : (i) des entrevues semi-dirigées, (ii) l'analyse documentaire et (iii) l'observation. Au total, 40 entrevues ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une prise de notes systématique, suivies d'une période d'observation de 10 jours pour chaque projet étudié. Ces entrevues ont été retranscrites et encodées à l'aide du logiciel QDAMiner (version 4.1.27) et ont fait l'objet d'une analyse thématique selon le cadre conceptuel de l'étude. Les observations ont été analysées selon la grille d'observation conçue pour l'étude.

Résultats et outils développés

Cette étude a permis d'observer quatre types d'initiatives: (i) initiative de type A: programme national, implanté avec succès, mis à l'échelle nationale et pérennisé ; (ii) initiative de type B : grande réforme, implantée avec succès partiellement, étendue et semi-pérennisée; (iii) initiative de type C: stratégie nationale, implantée avec succès, mise à l'échelle nationale et non-pérennisée ; et (iv) initiative de type D : projet initié par bailleur externe, implanté avec succès partiellement, mis à l'échelle partiellement et semi-pérennisé. Elle a permis ainsi d'identifier plusieurs facteurs associés à leur réussite (pertinence, visibilité, compatibilité avec le contexte, volonté politique, motivation des parties prenantes, mode de financement, compétences des équipes d'appui, etc.) ou à leur échec (climat politique, évolution du contexte, bureaucratie, faible encadrement opérationnel, ressources accordées, capacité institutionnelle, etc.).

9. Analyse des modèles d'accès adapté implantés dans les premières unités de médecine familiale au Québec

Auteurs

Sabina Abou-Malham, Mylaine Breton, Nassera Touati, Lara Maillet

Contexte et objectifs

L'accès adapté est un modèle organisationnel novateur proposé comme une solution pour pallier au problème d'accessibilité en temps opportun aux services de première ligne au Québec. La présente étude vise à analyser les modèles d'accès adapté implantés dans les premières unités de médecine familiale (UMF) au Québec.

Conclusion et recommandations

Des recommandations identifiées par les participants doivent être appliquées afin de réussir l'implantation. Elles concernent essentiellement : la préparation et l'éducation continue des patients, la formation des différents professionnels de la santé et surtout des agentes administratives, la conduite d'une démarche de changement collectif, l'instauration et l'amplification de la pratique interdisciplinaire, et finalement l'exposition des résidents à ce modèle à un stade précoce de leur formation. Les résultats sont intéressants pour les chercheurs et les décideurs souhaitant diffuser l'innovation à plus grande échelle.

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

Quarante entrevues auprès de quatre groupes de professionnels (médecins, résidents, infirmières, agentes administratives) impliqués dans l'implantation ont été effectuées durant la période s'étalant de Mai 2015 jusqu'au Février 2016. La démarche d'analyse adoptée est une analyse de contenu appuyée sur les cadres de Murray & Berwick (2003) portant sur les cinq principes directeurs de cette innovation et de Chaudoir et al. pour l'analyse de l'implantation (2013).

Méthode et démarche

Une étude de cas multiples a été choisie soit quatre UMF ayant implanté l'accès adapté depuis plus d'un an.

Résultats et outils développés

Parmi les quatre UMF analysées, trois ont réussi à faire leur transition du modèle traditionnel vers le modèle accès adapté, et mis en œuvre les principes directeurs de l'accès adapté à des niveaux variables. Un pattern de modèle de planification des rendez-vous a été observé parmi ces 3 UMF : soit un modèle composé de 90% de rendez-vous ouverts sur une période de quatre semaines et 10% de rendez-vous réservés à l'avance. Une UMF a tenté de mener un changement mais a finalement implanté un modèle similaire au modèle semi-ouvert, caractérisé par l'ajout des plages horaires pour des consultations plus urgentes chaque jour.

Les résultats qualitatifs ont démontré que plusieurs facteurs interagissent à différents niveaux pour influencer l'implantation de l'accès adapté au sein de l'UMF. Au niveau des patients, les habitudes et la culture du patient quant au modèle traditionnel des RDV est une barrière caractérisant la majorité des UMF. Quant aux professionnels, des attitudes de résistance à la phase initiale de l'implantation sont rapportées. Des facteurs organisationnels communs se sont révélés des facilitateurs de l'implantation (e.g. le leadership collectif instauré au sein de l'unité de médecine familiale, la présence d'un médecin champion, l'ouverture au changement et la volonté de collaborer avec d'autres professionnels de la santé). Parmi les principales barrières rencontrées au niveau organisationnel, figurent : le niveau de disponibilité de ressources de l'équipe en termes d'effectifs médicaux et infirmiers, de ressources technologiques et surtout de rotation du personnel administratif, et finalement la capacité de gouverner. Au niveau structurel (contexte de pratique élargie), la pratique d'activités cliniques diversifiées des médecins semble jouer un rôle contraignant alors que la formation offerte par la FMOQ soutenant le changement est soulevée comme jouant un rôle favorable. La rotation des résidents et leur présence discontinuée au sein de l'UMF constituent des défis majeurs pour la mise en œuvre de l'accès adapté.

10. Évaluation des perturbations du sommeil du personnel infirmier de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) en fonction des quarts de travail : un outil supplémentaire pour l'équipe médicale dans la prévention primaire des risques cardiométaboliques

Auteurs

Marie-Lou Filiatrault, Marie Dumont, Bernard-Simon Leclerc, Jean Paquet

Contexte et objectifs

Le travail de nuit est fréquent en milieu hospitalier. Il représente un facteur de risques cardiométaboliques(CM), altère l'appétit, nuit au contrôle du poids et à mode de vie sain. Comme le manque de sommeil augmente les risques CM, l'investigation des perturbations du sommeil pourrait être un outil supplémentaire pour l'équipe médicale en prévention primaire des troubles CM. Nous voulions expliquer certains troubles du sommeil selon le mode de vie des travailleurs de jour, soir et de nuit.

Conclusion et recommandations

Les perturbations du sommeil seraient fréquentes chez les TN et ces problèmes semblent associés aux problèmes d'appétit, d'humeur et d'embonpoint. Il serait pertinent pour l'équipe interdisciplinaire d'évaluer les perturbations du sommeil pour proposer un programme intégré de prévention des risques CM.

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

Étude transversale.

***La population sera présentée sous forme de tableaux sur l'affiche de recherche (n selon les types d'emplois et les quarts de travail, l'âge, le sexe, l'ethnie et le statut d'emploi). Nos 226 répondants étaient majoritairement des femmes d'âge moyen et comprenaient 14% de travailleurs de nuit(TN).

Méthode et démarche

Un questionnaire sur l'état de santé et le mode de vie fut posté au personnel infirmier de l'HSCM. Des régressions logistiques furent utilisées pour expliquer certains troubles du sommeil.

Résultats et outils développés

Les TN avaient 3,24 (IC:1.25-8.45) et 4.64 (IC:1.73-12.45) fois plus de chances d'avoir des problèmes d'insomnie (PI) et un sommeil de qualité moindre. En contrôlant pour le quart de travail, l'âge et le sexe, ceux ayant des problèmes d'appétit (PA), d'humeur et d'embonpoint avaient respectivement 5,6 (IC:1.87-16.56), 4.77 (IC: 2.26-10.06) et 2,2 (IC:1.05-4.74) fois plus de chances d'avoir des PI. Aussi, ceux rapportant des PA et d'humeur avaient 5.39 (IC:1.89-15.33), 5.03 (IC: 2.19-11.58) fois plus de chances d'avoir un sommeil de mauvaise qualité.

11. Association entre l'activité physique et l'hypertension/préhypertension artérielle chez les adolescents

Auteurs

Gauthier Tougri, Marie-Pierre Sylvestre, Érika Duga, Jennifer O'Loughlin

Contexte et objectifs

L'hypertension artérielle est un problème majeur de santé publique. Dans la population adulte, environ 1,56 milliards seront porteurs de cette pathologie en 2025 si rien n'est fait. Une brève période d'hypertension au cours du jeune âge augmente les risques d'hypertension à l'âge adulte. Agir positivement sur les facteurs de risque modifiables permet une meilleure prévention. La pratique de l'activité physique est longtemps reconnue comme un moyen efficace dans la prévention de cette pathologie chez les adultes. L'objectif de la présente recherche est d'évaluer la relation qui existe entre l'activité physique et l'hypertension/préhypertension artérielle chez les adolescents.

Conclusion et recommandations

La pratique de l'activité physique modérée à vigoureuse ou de l'activité physique modérée est protectrice contre le développement de l'hypertension/préhypertension artérielle uniquement chez les filles.

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

Notre analyse utilise les données de l'étude Nicotine Dependence in Teens (NDIT) dont les objectifs visent à mieux cerner les questions de santé chez les jeunes. Il s'agit d'une cohorte prospective de 1294 adolescents qui ont été recrutés, alors qu'ils avaient 12 ans, en 1999-2000 dans 10 écoles de la ville de Montréal au Canada. Les données sont collectées chaque 3 mois dans les salles de classe à partir des questionnaires auto administrés. Les mesures anthropométriques et de la pression artérielle ont été faites beaucoup moins fréquemment au cours du suivi de la cohorte.

Méthode et démarche

La pression artérielle a été mesurée trois fois par des agents qualifiés durant les cinq premières années de suivi (1999-2005) chez 638 filles et 586 garçons. Une tension artérielle comprise entre le 90^{ème} et le 95^{ème} percentile est définie comme une préhypertension et celle située au-dessus du 95^{ème} percentile comme une hypertension. Chaque 3 mois, ces adolescents ont fourni des informations concernant leur pratique d'activité physique. L'effet de l'activité physique sur l'hypertension/préhypertension artérielle chez les garçons et chez les filles a été estimé à l'aide de modèles d'équations d'estimation généralisées (GEE).

Résultats et outils développés

Les analyses révèlent que chez les filles, la majorité des formes d'activité physique est protectrice contre le développement de l'hypertension/préhypertension artérielle et les résultats sont significatifs (OR activité physique modérée = 0,89 (0,80-0,98), OR activité physique vigoureuse = 0,80 (0,65-0,98), OR activité physique modérée à vigoureuse = 0,89 (0,81-0,98) OR fréquence de l'activité physique = 0,78 (0,68-0,91)) sauf l'activité physique légère (OR activité physique légère = 0,98 (0,86-1,12)). Les meilleurs modèles sont ceux avec l'activité physique modérée à vigoureuse et l'activité physique modérée.

Les analyses révèlent que chez les garçons l'effet d'aucune forme d'activité physique n'est significatif.

12. Le développement des enfants à l'échelle des villes: une comparaison internationale entre Montréal et Melbourne

Auteurs

Catherine Dea, Lise Gauvin, Sharon Goldfeld

Contexte et objectifs

Il y a actuellement un consensus international entourant l'importance cruciale du développement du jeune enfant (DJE) pour améliorer la santé de la population et diminuer les inégalités. Les investissements en petite enfance sont largement démontrés efficaces et efficaces pour développer le capital humain des générations futures et bâtir une économie durable. Les déterminants du DJE prennent non seulement racine dans les familles et les communautés, mais ils incluent également de nombreux facteurs environnementaux relevant de juridictions municipales, régionales et nationales.

Depuis la dernière décennie, on observe une implication grandissante des villes à la création d'environnements et de politiques favorables au bien-être des enfants. Une nouvelle collaboration de recherche entre la DSP de Montréal et le Royal Children's Hospital à Melbourne (Australie) offre l'opportunité d'apprendre de l'expérience de chaque contexte. Cette étude représente donc la première étape de cette collaboration et consiste en une comparaison internationale des indicateurs de DJE entre les régions métropolitaines de Montréal et de Melbourne.

Conclusion et recommandations

De façon générale, les enfants de Melbourne se portent mieux que ceux de Montréal en ce qui concerne leur développement à l'entrée à l'école; toutefois, on retrouve moins d'inégalités entre les groupes socio-économiques à Montréal. De telles différences entre des villes ayant des populations qui partagent plusieurs caractéristiques démographiques sont préoccupantes. Cette étude démontre aussi de grandes similitudes entre Montréal et Melbourne quant aux facteurs individuels associés à la vulnérabilité développementale.

Les prochaines étapes pour soulever des hypothèses explicatives sur ces résultats et pour avancer des pistes d'actions en santé publique sont les suivantes : analyses multivariées, analyses à l'échelle des quartiers ainsi que des analyses sur les facteurs environnementaux, les services et les politiques publiques pouvant influencer le DJE dans les deux juridictions.

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

Cette comparaison internationale des indicateurs de l'IMDPE à l'échelle métropolitaine permet de mettre en lumière les disparités et les similitudes entre Montréal et Melbourne. La population visée est l'ensemble des enfants de 5-6 ans fréquentant la maternelle et demeurant dans une de ces deux régions métropolitaines.

Méthode et démarche

L'étude se base sur deux enquêtes populationnelles pour comparer les indicateurs du DJE chez les enfants ayant fréquenté la maternelle en 2012 à Montréal et à Melbourne. Les deux juridictions utilisent l'IMDPE et leur méthodologie respective est globalement comparable. Afin d'utiliser un seuil commun de vulnérabilité, les données de Montréal et de Melbourne ont été analysées en fonction des scores de l'enquête australienne 2009 pour chacun des cinq domaines de développement.

Résultats et outils développés

Les enfants de Montréal sont globalement plus à risque de vulnérabilité développementale que ceux vivant à Melbourne (26,8% vs 19,2%). Parmi les cinq domaines de développement de l'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE), Melbourne présente des résultats plus favorables que Montréal sauf pour le domaine de Santé physique et bien-être.

Les résultats montréalais démontrent en revanche moins de disparités entre les différents groupes socio-économiques (sexe, langue, pays de naissance, défavorisation sociale et matérielle). Par exemple, la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement est 2,7 fois plus élevée à Melbourne dans les milieux les plus défavorisés par rapport aux milieux moins défavorisés, alors que ce risque relatif est plutôt de 1,6 à Montréal.

On observe aussi des similarités dans les résultats des deux villes : les garçons, les immigrants, les enfants qui ne parlent pas une des langues officielles du pays à la maison et ceux issus des milieux défavorisés sont tous plus à risque d'être

vulnérables pour la majorité des indicateurs de l'IMDPE. Dans les deux villes, les écarts sont plus prononcés pour le domaine des Habiletés de communication et connaissances générales.

13. Portrait des intersections montréalaises : les piétons sont-ils protégés !

Auteurs

Judith Archambault, Patrick Morency, Marie-Soleil Cloutier,
Mathieu Tremblay, Céline Plante, Anne-Sophie Dubé

Contexte et objectifs

Au Québec, de 2007 à 2010, plus de 3 000 piétons ont été blessés annuellement dont environ 1400 sur l'île de Montréal (1). En milieu urbain, le nombre de collisions et de blessés est fortement influencé par les volumes de circulation automobile et la configuration des intersections (2,3,4,5,6,7).

A Montréal, les « artères », ces rues dont l'aménagement est conçu pour favoriser les déplacements motorisés, comptent plus de piétons et d'occupants de véhicules à moteur blessés que les rues locales, plus petites (7). Le fort volume de circulation sur les artères n'en est pas la seule cause (7). En effet, les aménagements routiers sont aussi reconnus pour leur capacité à augmenter ou réduire le risque de blessures (2,8,9,10,11,12).

Objectifs

- -Décrire les aménagements caractéristiques des intersections constituées d'artères par rapport aux autres intersections.
- -Explorer l'association entre les aménagements aux intersections et le nombre de blessés.

Conclusion et recommandations

Ce portrait révèle l'insuffisance d'aménagements pour assurer la sécurité des piétons aux intersections montréalaises (peu de passages piétons, gênes à la visibilité).

Les intersections majeures ont des caractéristiques liées à des volumes de circulation plus élevés (largeur de la traverse piétonne, nombre de voies de circulation) qui sont associées à un nombre accru de blessés. A ces intersections, le marquage de passage pour piétons semble insuffisants pour protéger les piétons, en particulier lorsqu'une des branches a plus de deux voies de circulation.

Implication pour la prévention

Des interventions supplémentaires sont requises pour protéger les piétons qui traversent la chaussée. Il est possible, par exemple, de réduire le volume et la vitesse des véhicules, de diminuer la longueur de la traversée, d'améliorer la visibilité et d'offrir un refuge lors de la traversée (ex. îlots, terre-pleins).

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

Il s'agit d'une étude descriptive ciblant les intersections des quartiers centraux montréalais. Les 512 intersections étudiées ont été échantillonnées aléatoirement en stratifiant selon la classification hiérarchique du réseau routier. Elles sont regroupées en trois catégories : « Majeures » constituées exclusivement d'artères et de collectrices ; « Mixtes » constituées de rues locales et d'artères ou de collectrices ; « Locales » constituées exclusivement de rues locales.

Méthode et démarche

A l'aide d'une grille d'observation, des mesures ont été effectuées à chaque intersection par six observateurs, de juillet à octobre 2008.

Les données sur les blessés de la route proviennent des rapports d'intervention pré-hospitalière (RIP) d'Urgences-santé complétés entre le 1er janvier 1999 et le 31 juillet 2008.

Des analyses descriptives comparent les aménagements observés aux intersections majeures et locales ainsi que le nombre moyen de blessés aux intersections. L'estimation des rapports du taux d'incidence RTI et des intervalles de confiance (seuil de 95%) tient compte de l'échantillonnage stratifié.

Résultats et outils développés

Dans les quartiers centraux montréalais, plus de la moitié des intersections n'ont pas de passage pour piéton (60%). Des feux pour piétons sont présents à 10% des intersections, soit la moitié des intersections dotées d'un feu de circulation. Aux coins des intersections, des gênes à la visibilité sont très fréquentes (ex. bâtiments, végétation, véhicules).

Les intersections majeures ont en moyenne des rues plus larges ($p < 0,01$) que les intersections locales et la moitié ont au moins une branche ayant cinq voies de circulation ou plus ($p < 0,01$). Presque toutes les intersections majeures ont au moins un passage pour piétons contre un quart des intersections locales ($p < 0,01$).

Aux intersections majeures, il y a 11 fois plus (IC95% : 7,14-18,24) de piétons blessés et 22 fois plus (IC95% : 14,66-32,05) d'occupants de véhicules à moteur blessés qu'aux intersections locales. Les intersections dotées de passages pour piétons ont d'avantage de piétons blessés que les intersections sans passage pour piétons (IC95% : 2,88-6,12). Le nombre de piétons blessés est particulièrement élevé lorsqu'au moins une branche a plus de 2 voies de circulation."

14. Évaluation de la couverture vaccinale à jour à 24 mois chez les enfants résidant dans les communautés des Premières nations de la Saskatchewan

Auteurs

Germain Bukassa Kazadi, Michelle Allard-Johnson, Nolan Claude, Deborah Kupchanko, Bonnie Rushowick, Mustafa Andkhoie, Ibrahim Khan

Contexte et objectifs

Le Conseil consultatif national de l'immunisation recommande les vaccins selon leur innocuité, leur efficacité et leurs avantages; tandis que le Réseau canadien des registres d'immunisation recommande des normes nationales sur l'évaluation de la couverture vaccinale afin de mesurer la protection de la population contre ces maladies évitables par la vaccination. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI/ Santé Canada) appuie la prestation de services de santé publique et de promotion de la santé sur les réserves et dans les communautés inuites.

Objectifs:

Le but de cette étude est de présenter les taux de couverture vaccinale à jour chez les enfants âgés de 2 ans, résidant dans les collectivités des Premières nations de la Saskatchewan (FN) entre 2006 et 2015. En outre, l'étude estime également le changement dans le taux de couverture vaccinale à jour dans cette population au cours de cette période de 10 ans.

Conclusion et recommandations

Cette étude fournit des estimations normalisées de couverture vaccinale à jour parmi les enfants de 2 ans. Ceci serait essentiel pour l'évaluation et la future politique régionale. Elle pourrait aussi faire partie des évaluations au sein du gouvernement fédéral (Santé Canada), ainsi que de faire des comparaisons avec d'autres régions et juridictions.

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

La province de la Saskatchewan comprend 70 bandes des Premières nations, dont la population vivant dans les réserves représente environ 7% de la population générale. La population visée est celle âgée de deux ans, ayant complété leur couverture vaccinale à jour.

Méthode et démarche

Les communautés des Premières nations en Saskatchewan consignent leurs données d'immunisation sur un système de collecte combiné : d'une part sur papier et d'autre part sur des bases des données électroniques. La mise à jour de la couverture vaccinale englobe des antigènes de vaccins suivants : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, Haemophilus influenzae de type B, la rougeole, les oreillons, la rubéole. Ces vaccins sont conjugués contre le pneumocoque, conjugué contre le méningocoque et la varicelle. Nous avons également inclus l'hépatite A dans la mesure de couverture vaccinale à jour. Le nombre de doses administrées ont été enregistrées et collectées dans les communautés individuelles (majoritaires recueillies en format papier). Les dénominateurs pour l'analyse ont été estimés par les agents de santé communautaires en fonction de leur "connaissance approfondie" du milieu. Les statistiques descriptives et des analyses de régression linéaire ont été conduites en utilisant SAS EG 5.1 pour estimer la variation des taux de couverture vaccinale à jour chez ces enfants de 2 ans dans les communautés SK FN entre 2006 et 2015.

Résultats et outils développés

En 2006, 67% (IC à 95%: 41% à 93%) des enfants avaient reçu toutes les doses valides et requises par le Guide canadien à leur 2ème anniversaire. En 2015, leur couverture vaccinale a significativement augmenté pour atteindre 86% (IC à 95%: 80% à 91%) des enfants vaccinés à jour. En fait, entre 2006 et 2015, cette couverture chez les enfants de 2 ans dans les communautés a augmenté (en moyenne) de 1,7% par an (IC à 95%: 1,2% à 2,2%; p <0,001). Les taux de couverture vaccinale dans les communautés des Premières nations se sont considérablement améliorés au cours des 10 dernières années.

15. Initiative Amis des Pères au sein des familles: effets sur la pratique des intervenants

Auteurs

Danaë Larivière-Bastien, Francine de Montigny, Danaë Larivière-Bastien, Diane Dubeau

Contexte et objectifs

Depuis plus de quarante ans, les chercheurs se penchent sur la question du rôle des pères au sein des familles, en particulier sous l'angle de l'engagement paternel. Il est maintenant démontré que la qualité de l'engagement paternel a des effets durables et positifs sur l'ensemble de la famille, notamment sur le développement des enfants et leur santé physique et psychologique, sur la santé mentale des mères et leur satisfaction conjugale, mais également sur plusieurs aspects de la vie des pères eux-mêmes, tels que leur satisfaction par rapport à la vie personnelle, familiale, professionnelle et conjugale ainsi que leur santé mentale. Le support social et professionnel reçu par les pères dans la première année de vie de l'enfant contribue à leur engagement. L'Initiative Amis des Pères au sein des familles (IAP) a été créée en 2010, avec l'objectif de promouvoir l'engagement des pères au sein des familles et des communautés, notamment en développant et en intégrant des pratiques professionnelles familiales inclusives des pères au sein des services existants. Depuis, l'IAP s'est implantée dans différentes régions du Québec, afin d'accompagner les intervenants de la santé, des services sociaux et communautaires, ainsi que leurs gestionnaires, dans le développement ou la consolidation de pratiques, de services et d'environnements Amis des Pères, grâce entre autres à la réalisation d'ateliers réflexifs réunissant des acteurs de divers milieux et champs de pratiques.

Résultats et outils développés

L'impact des ateliers réflexifs se situe à trois niveaux de transformation chez les intervenants (a. croyances, b. conception de son propre rôle et, c. interventions) et porte sur trois thèmes distincts (1. difficultés vécues par les pères, 2. importance de l'engagement paternel et, 3. différences entre les pères et les mères). Les intervenants ont pris conscience de différents enjeux et cela a contribué, dans un premier temps, à une transformation de leurs croyances personnelles et professionnelles. Ainsi, les intervenants ont été sensibilisés aux obstacles vécus par les nouveaux pères, à l'étendue des bienfaits de l'engagement paternel et aux effets des différences entre les hommes et les femmes dans l'expérience de la parentalité. Dans un deuxième temps, les intervenants, mieux informés et sensibilisés, ont entamé une réflexion personnelle qui a conduit à une transformation de la conception de leur propre rôle comme intervenant. Ils ont réalisé le rôle précis qu'ils pouvaient jouer dans la réduction des obstacles rencontrés par les pères, dans la promotion de l'engagement paternel et dans la déconstruction des préjugés envers les pères. Enfin, dans un troisième temps, les intervenants ont opéré une transformation concrète de leurs interventions. Ces modifications apportées aux interventions avaient pour objectif de mieux rejoindre les pères, de favoriser leur participation et de les traiter de façon juste et équitable.

Méthode et démarche

L'évaluation a été réalisée grâce à des entrevues individuelles auprès de 39 professionnels de la santé et des services sociaux ayant participé aux ateliers réflexifs. Une analyse qualitative (NVivo) de ces entretiens a permis d'identifier un processus de transformation de leur pratique professionnelle et de leurs croyances.

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

La présente étude a pour objectif d'évaluer l'effet des ateliers réflexifs en explorant les représentations des intervenants des pères qu'ils côtoient et des pratiques professionnelles à leur égard suite à leur participation aux ateliers réflexifs.

Conclusion et recommandations

L'évaluation réalisée démontre que les professionnels de la santé et des services sociaux, suite à leur participation à l'IAP, modifient certaines de leurs croyances et adoptent des pratiques inclusives des pères. De ces résultats découlent plusieurs recommandations pour des pratiques professionnelles inclusives des pères, la recherche, l'éducation et le développement de politiques soutenant l'engagement paternel.

16. La consommation de cannabis au Québec et au Canada

Auteurs

Sébastien Tessier, Nicole April

Contexte et objectifs

La consommation de cannabis est associée des problèmes de santé et peut affecter le développement des adolescents. Dans le contexte actuel où le Canada s'engage sur la voie de la légalisation du cannabis, il est important de décrire la prévalence de la consommation du cannabis et son évolution des dernières années afin de documenter la situation actuelle de la problématique et d'avoir une base comparative avant la réglementation.

Objectifs : 1) décrire la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois dans la population générale et auprès des jeunes du secondaire selon les plus récentes données d'enquêtes; 2) identifier à quel âge les jeunes sont les plus susceptibles de faire usage de cannabis; 3) décrire l'évolution de la consommation de cannabis dans la population générale et chez les jeunes du secondaire au cours de la dernière décennie.

Conclusion et recommandations

Dans le contexte de changement de l'encadrement législatif, il sera indiqué de viser l'objectif de maintenir la tendance à la baisse de la consommation de cannabis, en particulier chez les jeunes, et de mettre en place des moyens de surveillance pour en suivre l'évolution. Un deuxième volet à cette étude est prévu afin de mieux comprendre les déterminants de cette consommation et de mettre en place des mesures de prévention mieux ciblées et davantage adaptées aux caractéristiques des jeunes consommateurs.

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

- Étude descriptive.
- Population Québec et Canada.

Méthode et démarche

Sources : Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ETCAD), Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) et Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES).

Résultats et outils développés

Le cannabis est la substance illicite la plus couramment consommée au Canada. Un peu plus du tiers des Canadiens âgés de 15 ans et plus rapportent en avoir déjà consommé au cours de leur vie et 10,6 % au cours de l'année précédant l'enquête (consommateurs actuels). Le Québec est dans la moyenne canadienne avec 10,7 % de consommateurs actuels.

Au Canada, la plus grande proportion de consommateurs actuels se retrouve chez les 20 à 24 ans avec une prévalence de 26,2 %. Elle est de 22,4 % chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. Au Québec, en 2008, les jeunes adultes (18-24 ans) et les adolescents (15-17 ans) étaient aussi plus fréquemment consommateurs de cannabis (respectivement 35,3 % et 30,2 %). Parmi les consommateurs actuels, 37,4% en faisaient usage une fois par semaine ou plus.

Chez les élèves du secondaire, en 2013, 22,9 % des jeunes ont rapporté avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois et 34 % de ceux-ci ont déclaré faire usage de la substance sur une base régulière ou même quotidienne.

Pour ce qui est de l'évolution de la consommation de cannabis dans l'année précédant l'enquête, on observe une diminution chez les 15 ans et plus au Canada et au Québec entre 2004 et 2013. Au Canada, la prévalence est passée de 14,1 % à 10,6 % et au Québec de 15,8 % à 10,7 %. Elle a diminué chez les adolescents et les jeunes adultes canadiens (de 37,0 % à 24,4 %). Chez les adultes (25 ans et plus), elle est demeurée relativement stable depuis 2004, malgré une augmentation statistiquement significative entre 2011 et 2012 (de 6,7 % à 8,4 %). Elle est de 8,0 % en 2013.

Chez les jeunes du secondaire au Québec, la consommation de cannabis a diminué de façon significative entre 2000 et 2013 (de 41 % à 23 %). Chez les jeunes de la dernière année du secondaire (plus ou moins 17 ans, ceux qui consomment le plus), elle est passée de 60,6 % à 42,8 %.

17. Quel est l'effet des caractéristiques résidentielles et du voisinage sur le développement de l'enfant à la maternelle.

Auteurs

Isabelle Laurin, Danielle Guay, Michel Fournier, Danielle Blanchard, Nathalie Bigras

Contexte et objectifs

Depuis le début des années 2000 au Canada, un nombre important de travaux de recherche font foi de l'importance de soutenir le développement de l'enfant dès ses premières années de vie. Les résultats de plusieurs enquêtes provinciales et nationales illustrent avec constance que tous les enfants ne partent pas dans la vie avec les mêmes opportunités et le même capital social¹⁻³. Les recherches qui se sont intéressées aux expériences de la petite enfance qui sont le plus susceptibles d'expliquer les écarts de développement des enfants ont davantage étudié des caractéristiques propres à l'enfant ou à son milieu familial⁴. Néanmoins, il est démontré que celles-ci n'influencent pas à elles seules la trajectoire d'un enfant. Des chercheurs se sont intéressés plus particulièrement à l'influence du voisinage et de la collectivité en partant du postulat que dans les quartiers mieux nantis, les parents sont plus susceptibles d'avoir les ressources pour créer un environnement à l'échelle du quartier qui sera bénéfique pour l'enfant⁴. Dans ces quartiers, l'environnement bâti et social est de meilleure qualité et l'offre de services plus développées⁵.

La présente recherche vise à évaluer, en contexte montréalais, l'effet des caractéristiques résidentielles et du voisinage de la famille de l'enfant sur son développement à partir des données de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle (EMEP) 6-7 réalisée en 2012 par la Direction régionale de santé publique du Centre universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Cette enquête a été réalisée en complément à l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)³.

Conclusion et recommandations

Ce résultat rejoint les conclusions de deux grandes enquêtes longitudinales canadiennes^{1,8} qui montrent que les problèmes de sécurité du quartier influencent le développement de l'enfant indépendamment de son statut socioéconomique. Certains auteurs suggèrent que les enfants grandissant dans des quartiers moins sécuritaires y trouveraient moins de ressources pour les stimuler et développer leur plein potentiel.¹

Références

1. Desrosiers, H. (2013). Conditions de la petite enfance et préparation pour l'école : l'importance du soutien social aux familles. Dans Institut de la statistique du Québec (éd.), Étude longitudinale du développement des enfants du Québec – ÉLDEQ, avril 2013 (18). Québec : Institut de la Statistique du Québec.
2. Kohen, D.E., Dahinten, V.S., Leventhal, T., McIntosh, C.N. (2008). Neighborhood disadvantage : Pathways of effects for young children. *Child development*, January/February, vol. 79, no 1, 156-169.
3. Institut de la statistique du Québec (2013). Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle - Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives. Québec : Institut de la statistique du Québec.
4. Oliver L.N., Dunn J.R., Kohen D.E., Hertzman C. (2007). Do neighborhoods influence the readiness to learn of kindergarten in Vancouver. *Environment and Planning A*; 39 :898-868.
5. Zaouche-Gaudron, C. (2005). Les conditions de vie des défavorisées influent-elles sur le développement des jeunes enfants? Ramonville Saint-Agne. Érés. 135p.
6. Guay, D., Laurin, I., Bigras, N., Toussaint, P. et Fournier, M. (2015). Portrait du parcours préscolaire des enfants montréalais. Résultats de l'Enquête montréalaise sur l'expérience préscolaire des enfants de maternelle. Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services de Montréal.
7. Laurin, I., Guay, D., Bigras, N., Fournier, M. (2015). Quel est l'effet de la fréquentation d'un service éducatif sur le développement de l'enfant à la maternelle selon le statut socioéconomique. Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
8. Jones, C., Shen, J. (2014). Neighborhood social capital, neighborhood disadvantage, and change of neighborhood as predictors of school readiness. *Urban studies research*. Vol. 2014, Article ID 20483.



Catégorie pratiques émergentes

18. La place et la participation des parents au sein du Rond-point, centre périnatal et familial en toxicomanie

Auteurs

Isabelle Laurin, Jean-François René, Nadia Giguère, Isabelle Morissette, Renée-Ève Dubeau

Contexte et description du projet

Depuis 2013, à Montréal, le Rond-Point (RP) offre aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans exposés à l'alcool et aux drogues des services intégrés et spécialisés dispensés par une équipe multidisciplinaire. Ce lieu se veut un milieu de vie où les familles, en plus de bénéficier des services adaptés, peuvent participer à différentes activités favorisant le développement d'un sentiment d'appartenance dans un cadre informel. Dès la mise en œuvre du RP, le développement d'un comité de parent a été envisagé, s'appuyant sur une philosophie d'intervention où les usagers sont partenaires et impliqués dans la planification des activités et des services offerts. Toutefois, malgré cette volonté organisationnelle, les contours de ce comité étaient non définis par les promoteurs, et aucune ressource humaine n'était prévue pour soutenir l'émergence de ce dispositif de participation.

En 2014, en soutien à cette volonté du RP de donner une voix aux parents, notre équipe de recherche a initié une démarche de recherche-action participative (RAP) avec les intervenantes et les parents du RP afin de réfléchir avec ces deux groupes d'acteurs à la forme que pourrait prendre cette participation au sein de la ressource et sur les moyens de la soutenir. Cette RAP avait aussi comme objectifs de documenter ce que ces moments d'échanges produisent sur le plan des résultats de participation, sur le parcours des parents ainsi que sur l'intervention planifiée au RP.

De novembre 2014 à mai 2015, séparément, un groupe de parent a pris part à huit rencontres et l'équipe de RP à trois rencontres. Deux rencontres de mise en commun ont eu lieu en présence de tous ces acteurs ainsi que des membres de l'équipe de recherche. L'ensemble de la démarche a été animée par une chercheuse de l'équipe ainsi qu'une organisatrice communautaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Elles ont travaillé avec différents outils d'animation pour orienter et baliser la réflexion sur la thématique de la participation et dans la perspective de transformer la parole individuelle en une parole collective. En amont de cette démarche ainsi qu'à sa suite, des rencontres de groupe avec les intervenantes (3) ont eu lieu ainsi que des entrevues individuelles avec les parents (5) afin de compléter la collecte de données pour répondre à nos objectifs.

Résultats et connaissances nouvelles

Les parents se sont investis avec assiduité au sein de ce dispositif nommé Espace parent sur une période de 7 mois. La démarche a fait émerger une culture de parole, de réflexions et de questionnements sur ce qu'ils sont, comment ils veulent être identifiés (parents plutôt que consommateurs) ainsi que plus largement sur le RP, ses services, son approche et ses critères de fréquentation. Pour leur part, les intervenantes nomment que la démarche les a amenées notamment à questionner leurs pratiques, à modifier leur façon de travailler et a transformé leur vision de la co-construction. Néanmoins, malgré le fait que les parents aient éprouvé le sentiment de pouvoir changer les choses au RP et que les intervenantes aient reconnu la pertinence de mettre en place un dialogue collectif au RP, nous dressons un bilan mitigé de la marge de manœuvre de l'acteur parent pour co-construire avec les autres acteurs du RP (intervenantes et comité de gestion). La participation des parents n'a pas permis de modifier de manière significative l'intervention planifiée. Plusieurs enjeux cliniques, professionnels et organisationnels ont été des freins au pouvoir d'agir des parents.

Leçons apprises et conclusions

Les acteurs ont fait des apprentissages sur ce qu'exige la participation citoyenne au sein de RP et cela constitue un modèle qui donne accès à une autre perspective d'action pour les comités d'usagers où la co-construction des savoirs est habituellement peu pratiquée et peu valorisée.

19. Les surdoses de drogues : un problème de santé publique en émergence auquel il faut faire face

Auteurs

Pascale Leclerc, Carole Morissette

Contexte et description du projet

En avril 2016, la Colombie-Britannique a déclaré une urgence de santé publique en lien avec une vague importante de décès par surdose de drogues. L'Alberta et de nombreux états américains font également face à des situations aussi inquiétantes. La région de Montréal a fait face à une vague de surdoses de drogues qui a fait 28 décès entre le 1er mai et le 26 août 2014. D'autres régions du Québec, dont celle de la Capitale-Nationale, ont également été touchées depuis. Bien que la situation au Québec ne soit présentement pas aussi dramatique que dans d'autres régions, les surdoses sont un problème majeur de santé publique et les directions régionales de santé publique (DRSP) doivent se préparer à y faire face.

En mai 2014, le directeur régional de santé publique de Montréal a lancé la première enquête épidémiologique québécoise sur les surdoses. Sur la base d'interventions menées ailleurs, une série d'interventions ont été mises en place pour faire cesser la vague de surdoses. Dans les suites de l'enquête, un plan régional de prévention des surdoses a été élaboré. Ce plan comporte les éléments suivants :

- Augmenter l'accessibilité à la naloxone en préhospitalier et dans la communauté
- Augmenter les connaissances sur les surdoses et leur prévention
- Implanter des services d'injection supervisée
- Offrir du matériel de prévention pour la consommation de drogues
- Réduire les barrières à l'appel au 911 en cas de surdoses
- Améliorer les pratiques médicales (prescription d'opioïdes et de naloxone)
- Accroître l'offre de services en dépendance
- Favoriser la circulation de l'information sur les drogues
- Effectuer une vigie des surdoses
- Effectuer une surveillance des surdoses et des comportements de consommation

Résultats et connaissances nouvelles

De par leur mandat, les DRSP ont un rôle prépondérant à jouer pour répondre aux situations menaçant la santé de la population. Dans ce contexte, elles doivent mettre en place les moyens pour assurer une vigie des surdoses, en collaboration avec divers partenaires régionaux et provinciaux.

La DRSP de Montréal a lancé le Groupe montréalais de vigie des surdoses (GMVS) au printemps 2016 qui regroupe des représentants du Service de police de la Ville de Montréal, du Service de sécurité incendie de Montréal, d'Urgences-santé, du Bureau du coroner, de laboratoires de référence en toxicologie, du Centre antipoison du Québec (CAPQ), d'organismes communautaires offrant des services aux personnes qui consomment, de centres de traitement de la dépendance et des associations de consommateurs (AQPSUD et Méta-d'Âme).

Dans le cadre des travaux du GMVS, un outil (fiche de signalement) a été développé afin que les partenaires communautaires et les centres de traitement puissent signaler efficacement à la DRSP de Montréal les surdoses qu'ils jugent inhabituelles.

De plus, une base de données a été créée pour que la DRSP de Montréal puisse saisir et analyser rapidement certaines données transmises par Urgences-santé, les premiers répondants et le CAPQ. Ces données sur les administrations de naloxone ou les interventions liées aux intoxications dues aux drogues sont transmises par courriel ou télécopieur sur une base quotidienne ou hebdomadaire.

Leçons apprises et conclusions

La vague de surdoses de 2014 a forcé la DRSP de Montréal à développer un plan régional de prévention pour cette problématique émergente de santé publique. Plusieurs éléments du plan ont déjà été déployés (par exemple, l'accès communautaire à la naloxone). L'implantation d'une vigie basée sur une combinaison d'informations initialement détenues par différentes organisations permet la détection précoce d'une éventuelle vague de surdoses. Les mesures pour y faire face peuvent ainsi être implantées plus rapidement, en bénéficiant des liens déjà créés entre de multiples partenaires.

20. L'analyse des substances psychoactives : Un service urgent et essentiel !

Auteure

Julie-Soleil Meeson

Contexte et description du projet

L'Amérique du Nord traverse actuellement une crise majeure de surdoses quant à la consommation de substances psychoactives illicites. En effet, on assiste depuis ces dernières années à la popularité croissante des drogues synthétiques ainsi qu'à la dégradation de leur qualité. À cet effet, on constate des substances en circulation que 1) leurs dosages sont très variables; 2) ils contiennent une variété de produits d'adultération rajoutés; 3) ils cumulent souvent différentes substances psychoactives et 4) ils sont souvent remplacés par de nouvelles molécules plus puissantes telles que le PMMA, le W-18 ou le carfentanyl.

Or, cette réalité entraîne un risque non négligeable au niveau de la dépendance, de la toxicité sur la santé, des expériences désagréables, mais aussi en ce qui concerne les décès par surdoses.

Compte tenu que la répression s'avère largement insuffisante pour diminuer les risques socio-sanitaires reliés à la consommation, le GRIP Montréal travaille actuellement à la mise en place d'un service d'analyse de substances, qu'il propose en tant que solution face à un problème de santé publique actuel au Québec, en regard des résultats obtenus ailleurs au pays et dans le monde. En effet, cette pratique est implantée dans plusieurs pays d'Europe depuis plus de trente ans ainsi qu'en Colombie-Britannique, au Canada.

S'inscrivant dans une approche globale et intégrée, cette pratique consiste à analyser chimiquement l'échantillon d'une substance illégale afin d'en connaître la composition et ce, avant qu'un individu ne prenne la décision de la consommer ou non. Ce service peut prendre la forme d'un laboratoire fixe ou mobile.

L'analyse de substances vise principalement trois objectifs, soit : 1) la prévention, 2) la protection de la santé publique et 3) la surveillance du marché des drogues.

Résultats et connaissances nouvelles

Bien que cette pratique présente des contraintes méthodologiques quant à l'évaluation de sa mise en œuvre et de ses effets, quelques études évaluatives ont été réalisées à ce jour et indiquent qu'il s'agit d'une pratique prometteuse. Au sein de la littérature scientifique actuellement disponible, on note que l'analyse des substances : 1) N'augmente pas la consommation mais tend plutôt à la diminuer; 2) Amène les consommateurs à se débarrasser de leur substance lorsqu'elle est révélée dangereuse ou inconnue ; 3) Permet aux autorités d'amasser de l'information sur les nouvelles tendances et les marchés de la drogue; 4) Informe les consommateurs et les intervenants du milieu, en plus de faciliter le travail d'éducation de ces derniers 5) Amène une prise de conscience des risques; 6) Augmente la qualité des produits vendus sur le marché noir; 7) Aide à diffuser des messages de réduction des méfaits à plus grande échelle; 8) Réduit les problèmes de santé en lien avec la consommation de drogues et 9) Aide à rejoindre des consommateurs à risque et marginaux étant difficiles à rejoindre autrement.

En somme, il s'avère que cette intervention est généralement bien accueillie par les gens qui fréquentent les milieux festifs.

Leçons apprises et conclusions

Les interventions basées sur la gestion et la réduction des méfaits devraient passer inévitablement par l'analyse de substances. Néanmoins, d'importantes institutions la recommandent (DIMS, EMCDDA, OMS).

En regard de la situation critique actuelle au Québec et des résultats prometteurs obtenus ailleurs au pays et dans le monde, le GRIP Montréal émet quatre recommandations, soit : 1) Initier un projet scientifique pilote d'analyse de substances afin de vérifier l'efficacité, la faisabilité et l'utilité d'une telle pratique; 2) Investir davantage dans les recherches rigoureuses et l'évaluation; 3) Mettre rapidement en place des mesures d'analyse de substances, tant mobiles que stationnaires et 4) Mettre en place un système rigoureux de surveillance provincial, voir national sur les substances psychoactives en circulation.

21. Développer des compétences en maladies chroniques à travers une application mobile conçue de manière innovante

Auteurs

Alena Valderrama, Fabio Balli, Sze Man Tse, Valentin Gomez

Contexte et description du projet

L'asthme est un problème de santé publique, dont le coût économique direct se chiffre à 600 millions de dollars par an au Canada. Au Québec, quelque 639 000 personnes étaient atteintes en 2014. L'asthme est la chronique la plus fréquente chez les enfants .

L'asthme est multifactoriel. Les interventions préventives actuelles rencontrant peu de succès, un traitement efficace est nécessaire afin de contrôler et de permettre une vie active aux personnes atteintes d'asthme. Cependant, une personne sur deux ne suit pas son traitement tel que convenu.

La compréhension de la maladie et l'adhésion au traitement sont deux défis majeurs. Plus particulièrement chez les enfants, il s'agit de réduire l'exposition aux irritants et allergènes, d'aménager l'environnement, d'améliorer l'adhésion au traitement et le soutien familial et scolaire par l'éducation à la santé. Des solutions innovantes peuvent être offertes par la santé publique pour favoriser le développement de compétences chez les familles atteintes.

De premières recherches sur les jeux vidéo (applications mobiles) ont montré des résultats prometteurs pour changer les comportements et influencer l'état de santé. Des jeux sur l'asthme permettent notamment de rendre l'intervention ludique et de récolter des données sur la gestion de l'asthme à domicile.

Objectifs du projet et caractère novateur

Améliorer les connaissances, l'autogestion de l'asthme, et l'adhésion au traitement de l'enfant asthmatique et de sa famille par la co-création d'une application mobile, diffusée sous licence libre et ouverte.

Cette production participative vise à impliquer l'ensemble de l'écosystème patient afin de permettre une appropriation de la santé en favorisant l'intelligence collective et l'interdisciplinarité. Ce modèle collaboratif offre entre autres atouts que tout le monde peut utiliser et enrichir le travail réalisé.

Démarche mise en place et/ou les outils développés

Une révision systématique de la littérature a permis de rassembler les données probantes sur lesquelles construire l'application mobile.

Un premier événement collaboratif (*gamejam*) a été réalisé sur deux jours afin de produire une version initiale de l'application. 26 personnes y ont participé : personnes asthmatiques, parents, pneumologues, spécialistes en promotion de la santé, designers, programmeurs, graphistes et musiciens.

Résultats et connaissances nouvelles

Cet événement a permis de mobiliser des professionnels pluridisciplinaires et créer une dynamique collaborative ludique pour trouver des solutions innovantes à un défi de santé publique.

Une première version de l'application en a découlé, qui inclut un questionnaire pour personnaliser l'application (basé sur le plan d'action écrit, un outil éprouvé pour l'auto-gestion de l'asthme), un jeu sur les indicateurs de suivi du contrôle de l'asthme (l'enfant souffle dans l'appareil, son personnage est lancé et doit éviter les déclencheurs de l'asthme), et un jeu de style "tamagotchi" où il faut prendre soin de son personnage-poumon pour améliorer l'adhésion au traitement.

Des rencontres et d'autres *gamejams* sont prévues pour améliorer l'application. Des protocoles de recherche sont en préparation pour tester l'acceptabilité et l'efficacité de l'application auprès des enfants asthmatiques, de leurs parents et

des professionnels de la santé. Un cadre théorique est également en cours d'élaboration, inspiré des cadres de changement de comportements et des jeux en santé.

Leçons apprises et conclusions

L'initiative répond aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, qui dit que pour délivrer des soins efficaces lors de maladies chroniques, il faut mobiliser l'enfant et la communauté qui le soutient, et développer les capacités d'auto-gestion.

Il s'inscrit également dans la politique-cadre du Québec sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics, dont l'un des objectifs est de doter les organismes publics d'outils leur permettant de tirer profit des logiciels libres.

La santé publique peut tirer des avantages des nouvelles initiatives technologiques et des nouvelles stratégies collaboratives afin de développer des compétences en problèmes de santé publique émergents, cependant, des méthodes rigoureuses sont à développer.

22. Prévention de la rage : une compétence à développer en première ligne

Auteurs

Julie Picard, Louise Lambert, François Milord Mary McCowan

Contexte et description du projet

Malgré sa faible incidence en Amérique du Nord, la rage demeure une préoccupation constante pour les autorités de santé publique. Au tournant des années 2010, aux prises avec des cas de rage animale à ses frontières, la Direction de santé publique de la Montérégie innove en développant un outil d'aide à la décision en ligne facilitant la gestion des expositions à un animal et l'évaluation du risque de rage. En 2014, cet outil devient provincial et est hébergé sur le site Internet du MSSS.

Pour accompagner cet outil, la Table nationale de concertation en maladies infectieuses (TCNMI) décide de soutenir la production d'une formation en ligne de base sur la rage et confie ce mandat à la Direction de santé publique de la Montérégie.

Ces outils visent à développer les compétences nécessaires en 1^{re} ligne; ils contribuent au développement de l'autonomie professionnelle de l'infirmière dans les dossiers d'exposition à risque de rage et permettent de répondre aux questions tant des infirmières que des médecins.

Résultats et connaissances nouvelles

Les deux outils sont développés afin de soutenir l'application du Guide d'intervention visant la prévention de la rage humaine.

L'outil d'aide à la décision permet de déterminer la conduite recommandée pour toutes situations où une personne est exposée à un animal (ex. : type d'animal, niveau de risque selon la région géographique, etc.). Il fournit les documents et outils nécessaires (formulaires, numéros de téléphone, calcul du calendrier de vaccination et de la dose d'immunoglobulines, etc.) dans leur version la plus récente selon l'évolution du dossier sur le territoire québécois.

Après avoir offert de la formation en présentiel pendant quelques années, cette formation fut transformée en ligne afin de rejoindre un bassin plus grand d'intervenants. La formation Gestion des expositions à un animal et risque de rage, d'une durée d'une heure, comporte trois modules interactifs permettant de se familiariser avec l'outil d'aide à la décision et à la gestion des expositions à risque de rage.

Des efforts ont également été investis pour faire connaître ces deux outils auprès du réseau, des infirmières et des médecins de même qu'auprès des cadres afin de les sensibiliser au changement de pratique souhaité.

Leçons apprises et conclusions

L'outil d'aide à la décision est évalué positivement par les utilisateurs. On apprécie sa convivialité et le fait qu'il réponde à la très grande majorité des situations rencontrées. Les informations sont mises à jour régulièrement et le regroupement des renseignements évite de se référer à différentes sources.

Quant à la formation, les participants considèrent qu'elle va faciliter l'évaluation du risque de rage et accélérer la prise de décision dans la gestion des expositions à un animal. Ils apprécient le rythme et la durée de la formation, son niveau d'interactivité et le choix des activités d'apprentissage.

La prise en charge par les infirmières n'est pas connue de tous les intervenants de 1^{re} ligne. Certaines règles de soins, dans les salles d'urgence notamment, ne permettent pas aux infirmières de procéder à l'évaluation de l'exposition à un animal et à la vaccination. On observe également qu'afin de compléter rapidement l'intervention auprès de la personne exposée, des mesures de suivi des dossiers de rage doivent être instaurées particulièrement lors de demandes d'observation et d'analyse d'animaux mordeurs. Ces éléments militent en faveur d'une démarche intégrée de changement de pratique où la disponibilité des outils ne peut contribuer seule au changement souhaité.

23. L'analyse des besoins des jeunes comme première étape pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de type clinique jeunesse

Auteurs

Nathalie Ratté, Cat T. Nguyen

Contexte et description du projet

Les jeunes ont des besoins spécifiques et il est souvent plus difficile pour eux de reconnaître leurs problèmes de santé, de demander de l'aide et d'accéder à des services préventifs. Le but de cette étude était d'évaluer les besoins, les intérêts et les obstacles à l'utilisation par les jeunes des services de type clinique jeunesse à Montréal.

Un sondage en ligne ciblant les jeunes âgés de 14-25 de Montréal a été réalisé, suivi par quatre groupes de discussion comprenant 24 hommes et 24 femmes de 18-25 ans. Les données du sondage ont été analysées à l'aide d'IBM SPSS Statistics et le verbatim des groupes de discussion ont été transcrits et analysés en utilisant une analyse de contenu.

Résultats et connaissances nouvelles

Les jeunes ont mentionné qu'ils souhaitaient recevoir des services de type clinique jeunesse dans des cliniques spécialement conçues pour les accueillir ou en milieu scolaire. Concernant leur santé, les besoins les plus souvent indiqués étaient l'accès à la contraception, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et le soutien psychologique. Les jeunes ont également mentionné qu'ils souhaitaient recevoir des conseils sur la santé physique et psychologique, la sexualité, la cessation tabagique et le poids et l'image corporelle. Quant aux modalités d'offre de services, les jeunes ont démontré un intérêt marqué pour l'utilisation de la technologie afin d'obtenir des conseils sur leur santé et pour prendre rendez-vous. Quant aux obstacles qui empêcheraient les jeunes d'avoir recours aux services, ceux qui ont été les plus souvent mentionnés sont: les doutes quant à la confidentialité du service, la perception que le personnel était souvent critique ou rigide avec les jeunes, la stigmatisation associée aux besoins de santé sexuelle et mentale et les difficultés liées au transport. Le manque de connaissance des services disponibles a également été souligné.

Leçons apprises et conclusions

Les services préventifs spécifiques pour les jeunes devraient être adaptés aux réalités de la communauté locale. À cet égard, la participation des jeunes est essentielle pour offrir une gamme de services complète et des modalités de prestation de services adaptées à leur besoins.

L'analyse de besoins des jeunes montréalais en matière de services de type clinique jeunesse nous a appris que pour améliorer l'accessibilité et la qualité de ceux-ci, il est recommandé d'utiliser davantage les technologies, de veiller à mettre en place des stratégies pour préserver la confidentialité, d'adapter les horaires, de faire du démarchage dans les milieux pour faire connaître les services et d'offrir de la formation continue aux professionnels.

24. Étudier l'équité et les déterminants sociaux des accidents de la circulation à Ouagadougou, Burkina Faso

Auteurs

Amandine Fillol, Emmanuel Bonnet, Joanny Bassolé, Lucie Lechat, Amadou Djiguinde, George Rouamba, Valérie Ridde

Contexte et description du projet

Avec 24,1 décès pour 100 000 personnes par an, le continent africain présente le plus fort taux de mortalité par accidents de la circulation. Au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (capitale du Burkina Faso), les traumatismes dus aux accidents de la circulation sont la deuxième cause de mortalité après le paludisme. Les traumatismes dus aux accidents de la circulation suivent un gradient social qui doit être étudié pour agir dans une perspective d'équité. Nous avons réalisé une étude permettant d'évaluer la contribution des déterminants sociaux dans la survenue des accidents, leur prise en charge et leurs conséquences. Nous souhaitons partager l'enquête pilote.

Nous avons adapté une méthode habituellement utilisée dans le cadre de la mortalité maternelle et infantile : l'autopsie sociale. Cette méthode d'examen des décès permet d'envisager le décès comme un processus multidimensionnel impliquant la famille, la communauté et l'environnement de la victime. Le but de la recherche globale est d'identifier les facteurs modifiables pouvant être utilisés pour améliorer les politiques publiques et le recours aux soins.

L'enquête pilote a pour objectifs de tester :

- i. La faisabilité et l'acceptabilité de la recherche,
- ii. L'adaptation des critères d'inclusion et du cadre conceptuel,
- iii. La pertinence de l'adaptation de l'autopsie sociale au contexte des traumatismes dans un milieu urbain africain.

L'outil prend la forme d'un entretien au domicile des victimes et retrace l'itinéraire thérapeutique des patients (structures, traitements, délais de prise en charge). Nous avons effectué une première collecte de données au sein des urgences traumatologiques du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou pour avoir une meilleure accessibilité à la population d'étude. Durant six mois (six semaines pour l'enquête pilote), toutes les victimes d'accidents de la circulation se présentant aux urgences ont été sollicitées pour répondre à un questionnaire. A partir de cet échantillon, nous avons sélectionné notre population d'étude. Nous les avons recontactés par téléphone et avons réalisé les entretiens à leur domicile.

Résultats et connaissances nouvelles

Sur une période de 6 semaines, 497 victimes d'accident de la circulation ont été prises en charge aux urgences traumatologiques du CHU-YO. Soixante-six (13%) ont refusé de participer à l'enquête lors de leur prise en charge. Huit décès ont été comptabilisés : six durant la prise en charge et deux dans les 30 jours après l'accident. Nous avons réalisé 8 entretiens.

Leçons apprises et conclusions

Nous avons pris en compte deux réorientations à réaliser pour la suite de l'enquête :

- Réorienter le choix de la population d'étude. Nous sélectionnerons en plus les victimes avec des handicaps permanents. Elles sont plus largement représentées et les conséquences sanitaires, sociales et économiques des incapacités sont très importantes.
- Prendre en compte « l'accompagnement du patient ». Des patients ont vu leurs soins retardés car ils se présentaient à l'hôpital sans proche pour aller chercher les médicaments et payer les soins. Il pourrait être intéressant d'observer de comparer, à autres caractéristiques égales par ailleurs, les conséquences de cette absence d'accompagnement.

Nous avons retenu deux leçons principales

- Renforcer le travail avec les professionnels de santé car les responsables des urgences traumatologiques ont montré un réel intérêt dans la participation à l'enquête

- Continuer à solliciter les populations pour agir sur les accidents de la circulation. Sur les huit enquêtés contactés durant l'étude pilote, cinq ont remercié les enquêteurs de cette opportunité.

Un des défis pour la lutte contre les accidents de la circulation consiste à développer des méthodes, pour construire des systèmes de surveillance permettant de récolter des données sur les déterminants sociaux de la santé. La perspective pour cette démarche méthodologique que nous avons partagée est donc d'être améliorée et développée dans d'autres pays en Afrique subsaharienne.

25. Construire un système de santé sécuritaire : les stratégies utilisées dans l'institutionnalisation de l'engagement des patients

Auteure

Ursulla Aho-Glele

Contexte et description du projet

L'engagement des patients et de leur famille (EP) dans les soins de santé et les services sociaux font partie d'une nouvelle stratégie de collaboration, dont le but est d'assurer des niveaux plus élevés d'engagement des patients en ce qui concerne la gestion de leurs propres soins et la gestion globale des risques dans les services de soins de santé et services sociaux où les incidents, les accidents et les maladies chroniques sont de plus en plus répandue (Carman, Dardess, Maurer, et al., 2013).

Un nombre croissant de preuves suggère que EP peut conduire à de meilleurs résultats pour la santé (Baker, Denis, Pomey, et al., 2010; Bombard, Baker, Orlando, et al., 2014), contribuer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients (Johnstone & Kanitsaki, 2009; Longtin, Sax, Leape, et al., 2010; Karazivan, Dumez, Flora, et al., 2015; Pomey, Neault, Biron, et al., 2016; Schwappach, 2009; Weingart, Zhu, Chiappetta, et al., 2011), et aider à la réduction des coûts de santé (OCDE, 2004; Richards, Montori, Godlee, et al., 2013).

Ce projet de recherche trouve sa pertinence non seulement en raison de l'absence d'un aperçu global de la gestion des risques en matière de sécurité des patients (Vincent & Amalberti, 2016), mais aussi à cause d'une occasion mûre réfléchie par la volonté de nombreux gouvernements. En fait, en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients, Agrément Canada a déclaré dans son plan stratégique 2013-2018 que leur objectif principal est d'encourager l'EP (Agrément Canada, 2015). En 2015, le plan national du Québec en matière de santé publique mentionne EP comme un de ses principes de base pour la sécurité des patients (MSSS, 2015a, 2015b).

À l'heure actuelle, il y a un manque de connaissances sur les stratégies de mise en œuvre d'EP impliquant tous les niveaux des systèmes de soins de santé dans la sécurité des patients et la gestion des risques; par conséquent, il est impératif de conduire des recherches innovatrices d'études de cas longitudinales sur les stratégies d'EP afin d'améliorer la sécurité des patients dans la gestion des risques et ce, dans l'ensemble de l'établissement de soins de santé.

Pour cela, les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants:

- 1- Décrire les différentes stratégies d'EP mises en place par les établissements de santé ;
- 2- Identifier les facteurs qui favorisent ou inhibent l'EP en ce qui concerne la sécurité des patients;
- 3- Analyser les indicateurs mis en place par les établissements pour évaluer l'impact de l'EP conçu pour l'amélioration de la sécurité des patients.

Le devis de recherche est divisé en deux parties :

- 1- Une étude exploratoire avec un questionnaire qui sera acheminé vers les directeurs des 22 CISSS / CIUSSS du Québec. Les questionnaires seront remplis via appel téléphonique par la chercheuse. Cette première partie consistera à avoir une vue d'ensemble de l'engagement des patients (EP) et leurs familles dans la gestion des risques à l'intérieur des établissements de santé au Québec. Cette première partie répondra à la question de recherche 1.
- 2- Une étude de cas longitudinale sur deux ans avec des niveaux imbriqués d'analyse (stratégique-macro, organisationnel-meso et clinique-micro). La recherche comprendra une étude de cas portant sur le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Dans cette partie, des entrevues individuelles et de groupes seront conduites afin de répondre à la question de recherche 1 (plus en profondeur), à la question 2 et 3.

Résultats et connaissances nouvelles

Les résultats de recherche seront atteints dans un délai de deux ans et le point final sera marquée par : 1- Un cadre d'indicateurs en EP. Le cadre d'indicateurs serait utilisé par les décideurs à planifier, mettre en œuvre, évaluer et améliorer EP dans la gestion des risques. 2- La rédaction d'un article afin d'informer sur les stratégies d'EP mises en œuvre par les

gestionnaires dans la gestion des risques. En fin de compte, en soutenant la mise en œuvre de l'EP, cette recherche conduirait à une meilleure sécurité des patients et à réduire les dépenses de santé.

26. Allaiter en ville! Gatineau facilite l'allaitement grâce à un partenariat avec la santé publique.

Auteurs

Anne-Marie Ménard, Florina Gaborean

Contexte et description du projet

La promotion, le soutien et la protection de l'allaitement font partie des priorités du MSSS. Ceci se traduit notamment par l'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans le système de santé québécois. Des actions visant la population sont aussi mises en œuvre pour tenter de changer la norme sociale autour de l'allaitement. C'est pourquoi la Direction de santé publique de l'Outaouais réalise, depuis des années, des activités visant l'acceptabilité de l'allaitement dans les lieux publics. En 2013, l'initiative appelée La petite route de lait de l'Outaouais voit le jour. Elle a pour objectif de favoriser la création d'environnements favorables à l'allaitement. Jusqu'à maintenant, on compte plus de 55 participants : commerces, restaurants, établissements de santé, etc. Une carte interactive et une page Facebook ont été créées. Depuis mai 2016, la Ville de Gatineau a adhéré à cette initiative. Avec près de 3000 naissances par année à Gatineau, c'est un grand nombre de femmes qui seront touchées par cet engagement de la Ville.

La Ville de Gatineau a décidé d'implanter des mesures favorables à l'allaitement en 2013, suite à un cas de discrimination d'une femme allaitante à la piscine municipale et aux demandes formulées par un groupe de citoyennes. Le conseil municipal a mandaté le Service des loisirs, des sports et du développement des communautés (SLSDC) à les mettre en place. Pour ce faire, un comité de travail réunissant experts et représentants du milieu communautaire a été formé. Ce comité a suggéré à la Ville d'adhérer à « La petite route de lait ».

Résultats et connaissances nouvelles

Pour répondre aux exigences d'adhésion, trois principales actions ont été ciblées : l'affichage du logo international de l'allaitement, l'identification d'environnements accueillants et la sensibilisation des employés. Au total, 150 pictogrammes ont été affichés dans les principaux édifices municipaux : arénas, bibliothèques, lieux de diffusion culturelle, centres aquatiques, centre sportif, centres de plein air, centres de services, centres communautaires. De concert avec les gestionnaires municipaux, une place confortable pour allaiter a été identifiée dans chaque établissement. Les employés municipaux ont été sensibilisés et informés notamment par le biais de notes de service et de séances de formation spécifiques. L'adhésion à La petite route de lait a permis à la municipalité d'inscrire ses infrastructures dans une carte web interactive et de contribuer par la même occasion à la sensibilisation de la population à l'allaitement. Cette initiative a été bien accueillie par les citoyens. L'annonce de cette adhésion dans les médias sociaux de la Ville a généré une portée totale de 9 489 personnes sur Facebook et de 857 vues sur Twitter.

Le caractère novateur du projet consiste dans la mise en place d'une démarche originale en l'absence de modèle existant. Le processus a été systématique et visait l'ensemble des services. Pour la DSP, le travail avec la Ville a favorisé des apprentissages importants sur le fonctionnement des services municipaux. De son côté, la municipalité a développé de nouveaux outils afin de faciliter la communication interservices.

Leçons apprises et conclusions

Plusieurs conditions de succès ont été identifiées notamment une démarche systématique et documentée, le travail continu sur le projet par une agente de développement, la mobilisation citoyenne, le partenariat entre la DSP et la Ville, et la priorisation du dossier par le SLSDC. Des obstacles ont également été constatés soit la méconnaissance des gestionnaires/employés quant à leur rôle pour faciliter l'allaitement, la confusion concernant les limites des compétences municipales dans ce domaine, les préjugés entourant l'allaitement en public.

Ces mesures contribuent à la promotion de la santé et au bien-être des familles et des enfants et sensibilisent la communauté à l'importance de l'allaitement afin d'en faire une pratique normale et acceptée socialement."