

**Aperçu des projets de recherche réalisés à la Direction de santé publique  
de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP)**



Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

## Aperçu des projets de recherche réalisés à la DSP

<b>Des enfants qui naissent et se développent en santé</b> .....	5
Impact de la pauvreté et de l'exposition précoce à de multiples facteurs de risque biologiques et psychosociaux sur l'apparition de crises d'asthme chez les enfants de la cohorte de l'Étude Longitudinale du Développement des Enfants du Québec.....	5
Suivi des habitudes alimentaires à Montréal : des tendances préoccupantes entre 2002 et 2007 .....	6
<b>Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire</b> .....	8
L'école communautaire en milieu socioéconomique faible, lieu de mobilisation du milieu et d'émergence d'actions éducatives visant la promotion de la santé pour la réussite des jeunes québécois .....	8
Validité de construit de l'expérience de carie dentaire des enfants rapportée par les mères ....	9
Validité des réponses des mères au sujet des obturations dentaires de leur enfant .....	10
Prévalence et cooccurrence de la victimisation dans les fréquentations amoureuses d'adolescents montréalais.....	11
Violence commise dans les fréquentations amoureuses de jeunes adolescents montréalais: Prévalence et cooccurrence des diverses formes.....	12
La première visite de l'enfant chez le dentiste : la réponse des mères est-elle valide? .....	13
Le projet PC-PR dans des écoles de Montréal de milieux défavorisés, qu'en est-il des impacts des ateliers de cuisine-nutrition sur l'élève? Représentations d'enfants et de parents participants.....	14
Les différents acteurs organisationnels en promotion de la santé confrontés au déploiement de l'approche École en santé : le partenariat est-il possible et à quel prix ? .....	15
Santé publique et soutien à la production télévisuelle de contenus santé dans les émissions jeunesse.....	16
L'école en santé: une recension des écrits.....	18
<b>Des milieux de travail exempts de menaces à la santé</b> .....	20
De l'intervention de mobilisation à l'intervention ergonomique et au suivi des recommandations : quels outils pour un suivi du processus ? .....	20
Évaluation d'un programme de diagnostic précoce de l'asthme professionnel et de contrôle de l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosseries à Montréal (2000-2005).....	20
Le Programme Hors Normes: nouvelle approche en entreprises pour prévenir les maladies professionnelles.....	22
Analyse lexicologique de la description des événements et de l'apparition des symptômes des lésions professionnelles.....	23
Dépistage de l'infection tuberculeuse chez des travailleurs de refuges (1998-2005).....	25
<b>Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques</b> .....	26
Trends in condom use with an occasional partner among Haitian migrants in Quebec, Canada (1994-2007).....	26
Projet « Je passe le test » auprès des cégépiens de Montréal. Volet enquête santé sexuelle.	27
Don't turn a blind eye : a campaign to prevent syphilis among men who have sex with men (MSM) in Québec.....	28
Évaluation de la campagne « Je suis PHIL », une campagne provinciale de promotion du dépistage de la syphilis auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).....	29
Factors associated with intention to get tested for syphilis among men having sex with men (MSM) in Montreal.....	30

A Montreal survey on HIV infection and sexual behaviour among men having sex with men (MSM): ARGUS 2005.....	31
Impact d'une formation interactive de 2 jours sur l'utilisation de pratiques vaccinales proactives auprès d'infirmières vaccinant dans les Centres de la santé et de services sociaux du Québec. ....	32
Déterminants de la récurrence de chlamydie. ....	34
Projet VIP : pratique vaccinale proactive des infirmières. ....	35
Profil des pratiques vaccinales des infirmières vaccinant les enfants âgés de 0-5 ans dans les Centres de santé et de services sociaux du Québec.....	36
Réponse de santé publique à des taux élevés d'incidence du VIH et du VHC chez les UDI de Montréal. ....	37
Différences dans la prévalence du VIH et du VHC des consommateurs de crack selon leur histoire d'injection.....	38
Améliorations requises pour l'accès au dépistage et au suivi médical pour le VIH et le VHC pour les UDI dans le contexte d'une épidémie importante de VHC.....	39
Accès au matériel stérile d'injection et aux soins médicaux pour les utilisateurs de drogues par injection de Montréal. ....	40
Une augmentation des services communautaires pourrait expliquer le déclin de la mortalité chez les jeunes de la rue de Montréal. ....	41
Recherche des contacts des cas de tuberculose et TPOD pour la population itinérante de Montréal. ....	42
<b>Un système de santé qui sert aussi à prévenir</b> .....	44
GestiBD: outil de gestion de l'information liée à l'exploitation des banques de données.....	44
Taxonomie des formes d'allocation des ressources en Santé dans les pays de L'OCDE: Loin de la Première Ligne. ....	45
Validité des données enregistrées dans un nouveau système de surveillance de la mortalité quotidienne à Montréal (Canada).....	46
Le monitoring : une stratégie nécessaire pour éclairer la prise de décision en santé publique à Montréal. ....	47
Tirer des leçons de l'expérience de CSSS ayant incorporé la responsabilité populationnelle dans leur gestion.....	48
Jumelage de fichiers administratifs de santé : mise en place d'un système d'information et potentiel d'exploitation.....	49
La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique .....	50
L'analyse de données d'enquêtes populationnelle et organisationnelle sur le services de santé de première ligne : défis conceptuel et statistique .....	51
Les pratiques infirmières de promotion / prévention (PPP) : le point de vue de gestionnaires et d'infirmières en CSSS/CLSC .....	52
Les variations des soins prodigués pour des maladies chroniques selon les modèles organisationnels des soins de première ligne au Canada: une approche taxonomique. ....	54
Capacité à l'autosoins des patients atteints de maladies chroniques, selon les modèles organisationnels des soins de première ligne : Résultat préliminaire.....	55
Les besoins perçus en réadaptation chez les personnes atteintes d'arthrite chronique. ....	57
Pourquoi la population québécoise choisit-elle de recourir à l'urgence hospitalière ? .....	58
Programme de soins de première ligne fournis par les sages-femmes : Un cadre conceptuel pour réformer les soins maternels au Canada à travers une approche de développement organisationnel? .....	59
Stratégies d'implication du public dans la prise de décisions basée sur les données probantes .....	60
<b>Un environnement urbain favorable à la santé</b> .....	61
Intra-urban variation of the relationship between mortality and ambient temperatures.....	61
Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal.....	62

Herbe à poux et allergies chez les enfants de l'île de Montréal.....	63
Le volume de trafic et les artères posent un risque à la sécurité des piétons et des cyclistes.	65
Projet de démonstration de sécurisation d'une intersection pour le transport actif sécuritaire à Montréal. ....	67
Un plan piéton pour Côte-des Neiges: pour allier santé, sécurité et urbanisme.....	68
Shall we walk? Correlates of active transportation in Montreal. ....	69
Facteurs environnementaux résidentiels associés à l'asthme non contrôlé chez les enfants montréalais. ....	70
Hospitalisations pour asthme chez les enfants résidant sur l'île de Montréal:tendances récentes (1990-2005). ....	71
Projet de recherche sur les audits de potentiel piétonnier. ....	73

## Des enfants qui naissent et se développent en santé

<i>Impact de la pauvreté et de l'exposition précoce à de multiples facteurs de risque biologiques et psychosociaux sur l'apparition de crises d'asthme chez les enfants de la cohorte de l'Étude Longitudinale du Développement des Enfants du Québec</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Béatrice Nikiéma</b> - GRIS- Département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Louise Séguin</b> - Département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal <b>Maria-Victoria Zunzunegui</b> - Département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal <b>Lise Gauvin</b> - Département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal <b>Alena Francisca Valderama</b> - Département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : L'asthme est l'une des affections les plus fréquentes chez les enfants des pays industrialisés. Malgré les avancées dans la compréhension de l'asthme pédiatrique au cours des dernières décennies, le contrôle de la maladie reste un défi en raison de multiples incertitudes cliniques, étiologiques et épidémiologiques.</p> <p><b>Objectif</b> : Examiner le rôle de l'exposition précoce à des situations stressantes telles que la pauvreté, la vulnérabilité biologique, ou la vulnérabilité psychosociale dans la survenue de crises d'asthme chez l'enfant de 6-7 ans.</p> <p><b>Méthode</b> : Les données proviennent des 8 premières vagues de l'Étude Longitudinale du Développement des Enfants du Québec (ÉLDEQ) qui suit annuellement un échantillon représentatif pour le Québec de 2120 enfants recrutés à l'âge de 5 mois en 1998. À partir des informations rapportées par la mère nous avons établi si un enfant a eu au moins une crise d'asthme entre 5 et 7 ans ou pas. Les principales variables d'exposition sont : statut de pauvreté à l'âge de 5-7 ans, la pauvreté étant définie selon les seuils de faible revenu établis par Statistique Canada ; index de vulnérabilité biologique (garçon, 2<sup>e</sup> né ou plus, prématuré); index de vulnérabilité psychosociale avant l'âge de 4 ans (monoparentalité, dépression maternelle, famille dysfonctionnelle). Nous avons utilisé la régression logistique pour modéliser les effets principaux des variables d'exposition ainsi que les effets de l'interaction entre la pauvreté et respectivement, les vulnérabilités biologique et psychosociale. Le modèle final a été ajusté en fonction de la durée d'exposition à la pauvreté avant l'âge de 4 ans, l'asthme parental et la présence d'infections respiratoires entre 5 et 7 ans.</p> <p><b>Résultats</b>: Au total, 1634 enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans. À ces âges, 20% des enfants vivaient dans une famille pauvre et</p>

	<p>7,7 % ont subi au moins une crise d'asthme. Après ajustement, l'exposition à la pauvreté entre 5 et 7 ans et des scores élevés de vulnérabilité biologique sont associés à une plus grande probabilité de subir une crise d'asthme entre 5 et 7 ans. La pauvreté interagit avec la vulnérabilité biologique à la naissance pour influencer le risque de survenue de crises d'asthme. De tels effets n'ont pas été observés avec la vulnérabilité psychosociale avant 4 ans.</p> <p><b>Conclusion :</b> La pauvreté et le cumul de multiples facteurs de risque biologique peuvent agir individuellement et conjointement pour entraîner des effets négatifs pour la santé de l'enfant.</p>
--	---

*Suivi des habitudes alimentaires à Montréal : des tendances préoccupantes entre 2002 et 2007*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Nathalie Pouliot</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Lise Bertrand</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  <b>Jean Gratton</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Contexte :</b> Face aux préoccupations grandissantes reliées à l'alimentation et à la prévalence des maladies chroniques ainsi qu'au peu de données disponibles sur les habitudes alimentaires des Montréalais, un outil de monitoring nutritionnel a été élaboré conjointement par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'Université de Montréal.</p> <p><b>Objectif :</b> L'objectif vise à suivre l'évolution de la consommation d'aliments santé et d'en analyser le lien avec diverses caractéristiques de la population.</p> <p><b>Méthode :</b> Le nutri-sondage téléphonique a été validé en 2001. Depuis 2002, il est réalisé bi-annuellement auprès de 1000 Montréalais âgés de 15 ans et plus. La fréquence moyenne de consommation des <b>fruits et légumes</b>, du <b>lait et du fromage</b>, des <b>pains à grains entiers</b> et des <b>légumineuses</b> est estimée pour les six derniers mois précédant le sondage et rapportée en nombre de fois par jour. Un seuil acceptable de fréquence de consommation a été déterminé à l'aide des recommandations du guide alimentaire canadien. Les résultats cumulés entre 2002 et 2007 indiquent les proportions de la population qui consomment ou non les aliments santé de façon habituelle.</p> <p><b>Résultats :</b> Un fort pourcentage de Montréalais ne consomment pas une quantité minimale d'aliments santé. Globalement entre 2002 et 2007, seulement 27 % d'entre eux consomment cinq fois et plus par jour des fruits et légumes et 37 %, deux fois et plus par jour du lait et du fromage. En plus des fréquences de consommation alimentaire qualifiées de préoccupantes, on observe peu d'amélioration dans la</p>

consommation alimentaire des Montréalais durant cette période. La consommation du lait et du fromage est même à la baisse. Les tendances sont aussi différentes selon le sexe pour la plupart des aliments questionnés. Certaines autres caractéristiques des répondants soulèvent aussi des réflexions.

**Discussion-conclusion :** Le nutri-sondage est un outil qui ajoute à la compréhension de l'alimentation à Montréal. Il se superpose aux autres connaissances sur la santé dans la région urbaine ainsi qu'à celles reliées aux enjeux alimentaires, tels le coût du panier nutritif ou les disparités dans l'accès aux fruits et légumes frais. Les résultats de surveillance amènent ainsi des informations utiles à l'élaboration des plans régional et locaux de santé publique.

## Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire

<i>L'école communautaire en milieu socioéconomique faible, lieu de mobilisation du milieu et d'émergence d'actions éducatives visant la promotion de la santé pour la réussite des jeunes québécois</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>France Lemaire</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke)
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Aminata Diena</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke).</p> <p><b>Johanne Bédard</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke), Université de Montréal, Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS) FCRSS/IRSC.</p> <p><b>Louise Potvin</b> - Université de Montréal, Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS) FCRSS/IRSC.</p> <p><b>Véronique Lisée</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke), Centre de recherche sur l'enseignement et l'apprentissage des sciences de Sherbrooke (CREAS).</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Cette enquête a été réalisée au printemps 2008 auprès des directions des écoles publiques primaires francophones du Québec de milieux socioéconomiques faibles (msef). Elle constitue la première cueillette de données d'une recherche intitulée <i>Étude des représentations et des indices d'opérationnalisation de l'école communautaire au regard des mesures et programmes visant à soutenir la collaboration école-famille-communauté mise en œuvre dans les écoles du primaire au Québec</i> (CRSH 2007-2010).</p> <p><b>Objectif</b> : En lien avec le premier objectif général de l'Étude qui est de définir les composantes du concept d'école communautaire, l'enquête visait à répertorier les écoles (ISDM de 7 et plus) se qualifiant de communautaires et à connaître leurs pratiques de collaboration ou partenariales. Les directions d'établissement scolaire devaient dire si, oui, non ou peut-être, elles qualifiaient leur école de communautaire. Elles définissaient l'école communautaire et identifiaient les programmes, mesures et projets actualisés au sein de leur institution et les services impliquant un partenariat ou une collaboration avec les acteurs de la communauté.</p> <p><b>Méthode</b> : L'enquête a été réalisée par un questionnaire électronique et des entrevues téléphoniques. Les réponses aux questions fermées ont fait l'objet d'analyses de fréquences, hiérarchiques en grappes et de distances, et celles aux questions ouvertes d'une analyse</p>

	<p>lexicométrique.</p> <p><b>Résultats :</b> L'enquête a permis de déterminer un échantillon réel d'institutions (N = 317 écoles réparties à travers le Québec ont répondu, sur 785 sollicitées) déployant des activités soutenues visant la consolidation de la relation école-famille-communauté (50% des écoles se disent communautaires). Ces écoles identifient des dispositifs en partenariat tels l'<i>Aide aux devoirs</i>, <i>École en forme et en santé</i>, la stratégie d'intervention <i>Agir autrement</i> et l'approche <i>École en santé</i>. L'enfance constitue une période charnière du développement du potentiel de santé des individus. L'école est un véhicule important pour le développement de saines habitudes de vie.</p> <p><b>Discussion - conclusion :</b> Tant les écrits scientifiques que les directions interrogées définissent l'école communautaire comme un projet collectif qui offre des services multiples aux jeunes et à leur famille dans le but de favoriser la réussite de tous les élèves. Nos résultats permettront aux divers acteurs des milieux scolaire et communautaire de disposer des bases d'une modélisation des pratiques effectives en matière de soutien à l'actualisation de la relation école-famille-communauté au travers d'une typologie des caractéristiques du concept d'école communautaire où les interrelations école-santé sont omniprésentes. Elle privilégiera aussi la théorisation des pratiques émergentes qui sont effectives.</p>
--	---

*Validité de construit de l'expérience de carie dentaire des enfants rapportée par les mères*

<b>Auteur principal</b>	<b>Ginette Veilleux</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Martin Généreux</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p><b>Jean-Marc Brodeur</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada.</p> <p><b>Jacques Durocher</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Objectif :</b> Peu d'études ont examiné la validité des réponses des mères aux questions portant sur la condition buccodentaire de leurs enfants. La présente étude décrit des déterminants de l'expérience de carie dentaire des enfants, âgés de 45 à 56 mois, rapportée par les mères participant à l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec 1998-2010 (ÉLDEQ).</p> <p><b>Méthode :</b> 2120 bébés et leur famille immédiate ont été initialement inclus dans l'ÉLDEQ, coordonnée par l'Institut de la statistique du Québec. Alors que ces enfants étaient âgés de 45 à 56 mois, des intervieweurs ont demandé à 1944 mères si leur enfant avait au moins une dent cariée, absente ou obturée. Des données ont également été recueillies sur des caractéristiques des mères, des familles, des enfants ainsi que sur des comportements parentaux à l'égard de la santé</p>

	<p>buccodentaire des enfants. Afin d'estimer la validité de construit des réponses des mères sur la condition buccodentaire de leurs enfants, des facteurs socioéconomiques reconnus et des habitudes préventives associées à la carie dentaire ont été examinés.</p> <p><b>Résultats :</b> Selon les mères, 13,8 % des enfants ont au moins une dent cariée, absente ou obturée (caod &gt;0). Comparativement aux mères ayant classé leur enfant comme étant exempt de carie dentaire (caod=0), elles rapportent davantage un état de santé général moindre qu'excellent, sont âgées de moins de 25 ans, n'ont pas de diplôme d'études secondaires, travaillent au moment de l'interview ou vivent avec une insuffisance de revenu. L'expérience de carie dentaire des enfants est significativement corrélée au fait de prendre au moins deux collations sucrées par jour et d'avoir déjà visité le dentiste. Toutefois, aucune association n'a été observée avec le statut d'immigration de la mère, le type de famille et des caractéristiques des enfants notamment le sexe, le rang de naissance, le poids à la naissance, l'état de santé général et la fréquence de brossage des dents.</p> <p><b>Conclusion :</b> Les résultats montrent la validité de construit des réponses des mères concernant l'expérience de carie dentaire des enfants de l'ÉLDEQ, âgés de 45 à 56 mois. Des questions aux mères peuvent être utiles pour estimer la carie dentaire de jeunes enfants en l'absence de données cliniques obtenues par la réalisation d'un examen ou d'un dépistage.</p> <p>Étude subventionnée par le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse (RSBO), Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).</p>
--	--

<i>Validité des réponses des mères au sujet des obturations dentaires de leur enfant</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Ginette Veilleux</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Martin Généreux</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Jacques Durocher</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Jean-Marc Brodeur</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Canada.</p> <p><b>Michel Fournier</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Emanuelle Huberdeau</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<b>Objectif :</b> Les études présentent la santé buccodentaire des jeunes enfants par des indicateurs épidémiologiques tel l'indice caod (nombre moyen de dents primaires cariées, absentes ou obturées). En l'absence de ces mesures cliniques, les mères pourraient-elles estimer la carie

	<p>dentaire de leur enfant?</p> <p><b>Méthode :</b> En 1998, 2120 bébés participent à l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, de la naissance à 12 ans (ÉLDEQ 1998-2010), coordonnée par l'Institut de la statistique du Québec. Les mères de 1366 d'entre eux ont autorisé l'accès au dossier de leur enfant du programme de Services dentaires pour les enfants de moins de 10 ans de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). En 2002, des intervieweuses demandent à ces mères si leur enfant, alors âgé de 45 à 56 mois, présente une ou plusieurs dents avec carie non réparées, réparées ou extraites suite à la carie dentaire. Les analyses comparent les réponses des mères aux renseignements des dossiers de la RAMQ.</p> <p><b>Résultats :</b> Les dossiers dentaires administratifs indiquent au moins une dent obturée suite à la carie dentaire chez 9,2 % des enfants alors que les mères estiment que 8,6 % des enfants présentent cette condition. La concordance entre ces deux mesures, estimée par le coefficient Kappa de Cohen, est 0,90 %. Les réponses des mères présentent de bonnes valeurs de sensibilité et spécificité (88 %, 99 %) ainsi que de valeurs prédictives positives et négatives (93 %, 99 %).</p> <p><b>Conclusion :</b> Ces résultats montrent la validité des réponses des mères au sujet du niveau de traitement de la carie dentaire des enfants âgés de 45 à 56 mois suivis dans l'ÉLDEQ. Des questions aux mères s'avèreraient utiles pour estimer la carie dentaire des jeunes enfants, souvent difficiles à rejoindre pour un dépistage ou un examen dentaire.</p> <p>Étude subventionnée par le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse (RSBO), Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).</p>
--	---

*Prévalence et cooccurrence de la victimisation dans les fréquentations amoureuses d'adolescents montréalais.*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Karine Baril</b> - Faculté d'éducation. Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Hélène, Riberdy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  <b>Marc Tourigny</b> - Faculté d'éducation. Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Contexte :</b> Les répercussions de la violence subie dans les fréquentations amoureuses des adolescents sont importantes et en font un problème de santé publique sérieux. Les connaissances actuelles démontrent que la violence physique, psychologique ou sexuelle caractérise bon nombre de relations amoureuses chez les adolescents. Si l'ampleur de la victimisation chez les filles est bien documentée, celle vécue par les garçons est moins connue. De plus, les diverses formes de violence subies sont rarement étudiées simultanément, en dépit de la</p>

	<p>plus grande sévérité des séquelles associées à leur cooccurrence.</p> <p><b>Objectif :</b> Dans ce contexte, l'affiche présente la prévalence annuelle et la cooccurrence de la violence subie (physique, sexuelle et psychologique) dans les fréquentations amoureuses de jeunes adolescents montréalais.</p> <p><b>Méthode :</b> Les données ont été recueillies dans le cadre d'une enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais réalisée au printemps 2003 auprès de trois échantillons représentatifs des élèves de secondaire I, III et V de l'île de Montréal.</p> <p><b>Résultats :</b> Les résultats montrent que, outre pour les garçons de secondaire I et III qui rapportent avoir vécu plus d'abus physique que les filles, les garçons et les filles rapportent autant avoir subi de la violence dans un contexte de fréquentation amoureuse dans la dernière année. Finalement, près de 22% des adolescents rapportaient avoir vécu au moins une forme de violence dans leurs fréquentations amoureuses, alors que 7% en ont vécu deux ou trois simultanément dans la dernière année.</p> <p><b>Discussion – conclusion :</b> Ces résultats suggèrent que la prévention de la violence dans les fréquentations amoureuses doit commencer dès le début de l'adolescence. Comme plus d'un jeune sur trois vit de la violence dans ses fréquentations amoureuses, les intervenants scolaires doivent porter une attention particulière à ce phénomène afin de dépister rapidement les jeunes victimes.</p>
--	--

<i>Violence commise dans les fréquentations amoureuses de jeunes adolescents montréalais: Prévalence et cooccurrence des diverses formes.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Hélène, Riberdy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Karine Baril</b> - Faculté d'éducation. Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke <b>Marc Tourigny</b> - Faculté d'éducation. Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Les connaissances actuelles démontrent que la violence se manifeste dans bon nombre de relations amoureuses chez les adolescents. L'ampleur de la perpétration de la violence selon le sexe demeure toutefois peu documentée.</p> <p><b>Objectif :</b> La communication vise à présenter la prévalence et la cooccurrence de la violence physique, psychologique et sexuelle commise au cours de la dernière année par des adolescents au cours de leurs fréquentations amoureuses.</p> <p><b>Méthode :</b> Les données proviennent d'une enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, réalisée en 2003 auprès de trois échantillons</p>

	<p>représentatifs des élèves de secondaire I, III et V de l'île de Montréal.</p> <p><b>Résultats</b> : Les résultats montrent que les jeunes infligent autant de violence psychologique que physique à leurs partenaires peu importe le niveau scolaire. Toutefois, la fréquence double entre le secondaire I et III : elle passe de 6 à 14 % pour la violence psychologique et de 7 à 14 % pour la violence physique. Elle s'intensifie au secondaire V se situant à plus de 21 % dans les deux cas. Au niveau de la violence psychologique, les filles et les garçons en commettent en proportions équivalentes. Enfin, de façon générale, la violence se manifeste en une seule forme (12 à 17 % selon le niveau) mais un pourcentage non négligeable de jeunes en exerce deux formes ou plus (2 à 14 %).</p> <p><b>Discussion – conclusion</b> : Ces résultats suggèrent que la prévention de la violence dans les fréquentations amoureuses doit commencer dès le début de l'adolescence. Ces éléments devraient inciter les intervenants scolaires à porter une attention particulière à la violence dans les fréquentations amoureuses afin de dépister les jeunes impliqués et de les orienter vers des ressources qui pourront les aider.</p>
--	--

<i>La première visite de l'enfant chez le dentiste : la réponse des mères est-elle valide?</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Martin Généreux</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Ginette Veilleux</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p><b>Jacques Durocher</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p><b>Jean-Marc Brodeur</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p><b>Michel Fournier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p><b>Emanuelle Huberdeau</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Plusieurs études se sont penchées sur l'utilisation des services dentaires en colligeant, à l'aide de questionnaires, des données rétrospectives. Conséquemment, ces données sont sujettes à certains biais qui pourraient affecter la validité des données colligées.</p> <p><b>Objectif</b> : L'objectif de cette étude est d'examiner les biais associés à la collecte de données rétrospectives sur l'utilisation des services.</p> <p><b>Méthode</b> : L'étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ELDEQ), coordonnée par l'Institut de la statistique du Québec, comprend un échantillon de 2120 enfants nés au Québec en 1997-1998 qui sont suivis annuellement depuis l'âge de cinq ans. Lors des collectes 4 et 5, des données ont été colligées auprès de la mère sur la première visite de l'enfant chez le dentiste, le statut socioéconomique de la famille ainsi que certaines habitudes buccodentaires. Parmi les 2120 enfants de</p>

	<p>l'ELDEQ, nous avons eu accès aux dossiers des services dentaires rendus dans le cadre du programme de services assurés par la Régie de l'Assurance maladie du Québec pour 1366 enfants.</p> <p><b>Résultats :</b> Parmi les mères dont les enfants avaient visité un dentiste, aucune sous-estimation n'a été observée. Cependant, les mères des enfants qui n'avaient jamais visité un dentiste (n = 427) rapportaient que leur enfant avait visité un dentiste dans une proportion de 23 % (n = 98) (surestimation). Ce dernier groupe (réponses incorrectes) n'était pas différent du premier (réponses correctes) en termes de revenu familial, de scolarité ou de brossage des dents de l'enfant deux fois par jour. Cependant, les deux groupes différaient en termes de statut d'immigrant (p&lt;,001).</p> <p><b>Conclusion :</b> Les données rétrospectives de l'ELDEQ sur l'utilisation des services dentaires sont sujettes à une surestimation qui pourrait être interprétée comme un biais de désirabilité sociale, particulièrement pour la population immigrante. Ainsi, les données rapportées sur l'utilisation des services doivent être interprétées avec précautions.</p> <p>Étude financée par le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse. Fonds de la recherche en santé du Québec.</p>
--	--

*Le projet PC-PR dans des écoles de Montréal de milieux défavorisés, qu'en est-il des impacts des ateliers de cuisine-nutrition sur l'élève? Représentations d'enfants et de parents participants.*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Véronique Lisée</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke), Centre de recherche sur l'enseignement et l'apprentissage des sciences de Sherbrooke (CREAS).</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>France Lemaire</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke).  <b>Johanne Bédard</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke), Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS) FCRSS/IRSC.  <b>François Larose</b> - Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur l'intervention éducative (CRIE), Centre de recherche interuniversitaire sur la formation et la profession enseignante (CRIFPE-Sherbrooke), Centre de recherche sur l'enseignement et l'apprentissage des sciences de Sherbrooke (CREAS).  <b>Louise Potvin</b> - Université de Montréal, Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS) FCRSS/IRSC.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Contexte :</b> Dans le contexte sociétal actuel, les enjeux liés à la santé, au bien-être et à l'adoption de saines habitudes de vie requièrent des</p>

	<p>actions concertées d'un ensemble d'acteurs qui privilégient l'établissement de liens entre l'école, la famille et la communauté. C'est dans cette optique que « Les ateliers cinq épices », un organisme communautaire, a mis sur pied un projet novateur d'éducation à la nutrition offert dans huit écoles montréalaises de milieux défavorisés. Petits cuistots-Parents en réseaux (PC-PR) s'adresse à la fois aux écoliers de 4 à 12 ans (PC) et à leurs parents (PR). Petits cuistots, par ses ateliers de cuisine-nutrition, cherche à stimuler chez l'enfant la curiosité pour de nouveaux aliments, l'intérêt pour les préparer et lui faire acquérir des compétences culinaires. Parents en réseaux veut intéresser les parents à une saine alimentation et à la vie scolaire par leur participation aux ateliers de cuisine-nutrition. Ce projet vise à développer des connaissances culinaires et l'adoption de saines habitudes alimentaires.</p> <p><b>Objectif :</b> Deux recherches (IRSC et CRSH 2005-2007) ont évalué le dispositif mis de l'avant dans le cadre du projet PC-PR, le rôle des divers acteurs et les impacts sur l'élève et sa famille. Plus spécifiquement, nous cherchions à mesurer les effets de l'exposition au projet PC-PR sur les compétences nutritionnelles des élèves, sur leurs attitudes et leurs conduites à l'égard de l'alimentation ainsi que sur leur motivation à participer aux tâches culinaires familiales.</p> <p><b>Méthode :</b> À l'hiver 2007, 105 élèves de 5<sup>e</sup> primaire des écoles participantes et 33 parents ont été interrogés sur leurs attitudes vis-à-vis la nutrition et les connaissances et compétences développées par l'entremise des ateliers de cuisine-nutrition. Les entrevues individuelles ont fait l'objet d'une analyse lexicométrique.</p> <p><b>Résultats :</b> Le projet PC-PR suscite un apprentissage authentique à l'art culinaire qui se déplace de l'école vers la maison; l'achat de certains aliments connus et goûtés durant les ateliers; la lecture des étiquettes sur l'emballage des produits; la réalisation à la maison de recettes cuisinées à l'école; l'apport dans le quotidien d'aliments sains. De plus, il développerait chez les jeunes l'autonomie et un sentiment de réussite et de fierté.</p> <p><b>Discussion-Conclusion :</b> Le projet PC-PR est prometteur. Il met en lien les enfants et leurs parents, les réseaux existants, l'école et le monde de l'alimentation. Il constitue la base d'une stratégie efficace de la promotion de la santé et de la réussite éducative.</p>
--	---

<i>Les différents acteurs organisationnels en promotion de la santé confrontés au déploiement de l'approche École en santé : le partenariat est-il possible et à quel prix ?</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Sylvie Gagnon</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Suzanne Laberge</b> -Université de Montréal

<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Contexte :</b> En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) concluaient une entente pour soutenir le déploiement provincial de l'approche École en santé(ÉeS). Adoptée dans l'espoir de dépasser les limites liées à la fragmentation, au morcellement et au manque d'intégration des activités de promotion de la santé destinées aux jeunes d'âge scolaire, cette approche novatrice vise à faire de l'école québécoise un milieu de vie favorable tant à la réussite scolaire, qu'au bien-être et à la santé des jeunes. Bien que l'état des connaissances concernant l'implantation d'approches intégratives de type ÉeS permet d'entrevoir des résultats prometteurs, les conditions qui rendent possible sa mise en oeuvre en milieu montréalais sont actuellement inconnues. La présente étude vise donc à cerner les facteurs qui freinent ou facilitent l'adhésion des différents acteurs organisationnels (AO) oeuvrant en promotion de la santé au regard de l'approche ÉeS.</p> <p><b>Objectifs :</b> Examiner dans quelle mesure les AO oeuvrant en promotion de la santé dans la région de Montréal sont réticents ou adhèrent à l'approche ÉeS; analyser les stratégies d'action des AO, compte tenu de leurs missions, leurs intérêts, leurs ressources, leurs positions dans le domaine de la promotion de la santé et leurs enjeux respectifs; identifier les adaptations effectuées par les AO en vue de répondre aux besoins des écoles montréalaises qui auront choisi d'implanter l'approche ÉeS dans leur milieu.</p> <p><b>Méthode :</b> Entretiens semi-dirigés réalisés auprès des AO de différents milieux santé, éducation, municipal, communautaire et associatif. Outil d'analyse de contenu : logiciel N'VIVO. Stratégie d'analyse : analyse intraentretiens et interentretiens, discussion des données à la lumière de la théorie de la traduction (Callon et Latour, 1986) et de la théorie de l'acteur stratégique (Crozier et Friedberg, 1977). Contributions attendues : Mettre en lumière le rôle des dynamiques partenariales complexes dans l'implantation d'une approche intégrative en promotion de la santé en milieu scolaire urbain; évaluer la pertinence et le pouvoir explicatif de l'application de théories issues de la sociologie des organisations au domaine de la promotion de la santé; aider les décideurs des différents paliers administratifs à faire des choix éclairés quant aux ajustements requis en vue de faciliter le déploiement de l'approche ÉeS dans les écoles montréalaises et l'adoption de saines habitudes de vie par les jeunes d'âge scolaire.</p>
----------------------	--

<p><i>Santé publique et soutien à la production télévisuelle de contenus santé dans les émissions jeunesse.</i></p>	
<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Sylvie Gagnon</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Monique Caron-Bouchard</b> - Groupe de recherche Médias et santé (GRMS), UQAM  <b>Lise Renaud</b> - Groupe de recherche Médias et santé (GRMS), UQAM</p>

	<p><b>Marie Claude Lagacé</b> - Groupe de recherche Médias et santé (GRMS), UQAM</p> <p><b>Jérôme Elissalde</b> - Groupe de recherche Médias et santé (GRMS), UQAM</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Contexte</b> : Les messages médiatiques ont le potentiel d’influencer les attitudes et les valeurs des individus. L’introduction de contenus santé dans les émissions jeunesse constitue une stratégie prometteuse pour favoriser l’adoption de saines habitudes de vie auprès des jeunes. Jusqu’à maintenant, peu d’investissements ont été consentis pour tenter d’influencer les médias dans la production de messages télévisuels visant à soutenir la santé et le bien-être des jeunes. Le présent projet de recherche s’inscrit dans une volonté de développer un partenariat entre le milieu médiatique et le milieu de la santé.</p> <p><b>Objectifs</b> : Connaître la dynamique et les enjeux entourant la diffusion d’émissions jeunesse francophones produites au Québec. Identifier les besoins des acteurs médiatiques en programmation jeunesse au regard de la santé des jeunes.</p> <p><b>Méthode</b> : Entretiens semi-dirigés réalisés auprès de producteurs ou de télédiffuseurs oeuvrant en programmation jeunesse. Analyse qualitative intraentretiens et interentretiens.</p> <p><b>Résultats</b> : La santé est un sujet incontournable, mais non prioritaire, en programmation jeunesse. L’activité physique, l’alimentation et l’estime de soi arrivent en tête de liste des thèmes jugés importants. Le choix des thématiques s’effectue en fonction des tendances et des sujets d’actualité; de l’importance de la problématique; des groupes d’âge ciblés; des intérêts et préoccupations des jeunes. Les contenus santé doivent : contribuer au développement de l’intrigue; privilégier l’angle socio-affectif et relationnel, plutôt que rationnel ou didactique; favoriser une facture divertissante; éviter l’emploi d’un ton moralisateur, prescriptif ou directif. La recherche d’informations et la sélection des sources s’effectuent en fonction des impératifs de production et de la nature du sujet abordé. L’internet est l’outil le plus utilisé pour la recherche d’information en santé. L’évaluation de la crédibilité des informations trouvées demeure toutefois une préoccupation. Les acteurs médiatiques en programmation jeunesse ont besoin d’accéder à une information crédible, actuelle et rapidement accessible, à des ressources spécialisées pour valider leurs informations, à des histoires de cas ou des témoignages des jeunes pour rendre crédibles les contenus de santé.</p> <p><b>Discussion</b> : La santé publique peut favoriser un transfert de connaissances et d’expertise en matière de santé des jeunes auprès des acteurs médiatiques concernés par la production d’émissions québécoises destinées aux jeunes.</p> <p><b>Conclusion</b> : Cette recherche qualitative vient appuyer les intervenants du milieu de la santé dans leurs efforts de diffusion de l’information en vue de soutenir la création d’environnements favorables au développement des jeunes de 6-17 ans au chapitre des saines habitudes de vie.</p>

<b>Auteur principal</b>	<b>Michel Désy</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Aucun</b>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> L'approche « école en santé », dans ses multiples incarnations, a gagné en popularité au cours des dernières années auprès des personnes qui s'intéressent de près ou de loin à la question de la santé des jeunes.</p> <p><b>Objectif :</b> Cette recension vise d'abord à brièvement retracer son historique. Elle cherche aussi à rendre compte des caractéristiques fondamentales qui font d'elle une approche globale et intégrée. Elle vise à montrer comment l'approche est prometteuse en la contrastant avec d'autres types d'approche dans le même domaine. Enfin, la recension rend compte de questions liées à la mise en oeuvre et à l'évaluation qui en découlent.</p> <p><b>Discussion – conclusion :</b> La discussion est consacrée à trois problèmes particuliers : le lien entre l'ÉES et les données probantes, la réactivité de l'approche face aux caractéristiques de la population et la nature de la participation de la population qu'elle propose.</p> <p><b>Résultats :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Le repérage des textes utilisés s'est déroulé de la manière suivante : Une première base documentaire a été constituée à l'aide de Reference Manager; le logiciel a été utilisé afin de fouiller les bases de données PubMed et ISI Web of Knowledge en croisant les termes « health » et « school ».</li><li>2. Des recherches subséquentes ont été effectuées au sein de cette base; ainsi les termes « comprehensive », « health-promotion », « health-promoting », « evaluation », et « review » ont été utilisés (seuls ou combinés) afin de dégager une série d'articles-clé sur la question.</li><li>3. Plusieurs textes ont été dénichés à travers la consultation des références des articles déjà identifiés.</li><li>4. Certains des articles consultés furent trouvés sur des sites dont au moins une partie était dédiée spécifiquement à l'ÉES (particulièrement le site de l'OMS).</li><li>5. D'autres articles furent identifiés grâce à d'autres recensions d'écrits sur la question.</li><li>6. Une attention particulière fut accordée aux</li></ol>

	<p>auteurs qui, dans la littérature, sont identifiés comme étant des figures d'autorité sur la question.</p> <p>7. Une certaine priorité fut accordée aux textes et aux recensions qui cherchaient à asseoir leurs conclusions sur des bases méthodologiquement et scientifiquement justifiées.</p>
--	---

## Des milieux de travail exempts de menaces à la santé

<i>De l'intervention de mobilisation à l'intervention ergonomique et au suivi des recommandations : quels outils pour un suivi du processus ?</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Tougas, Ghislaine</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Aucun</b>
<b>Résumé</b>	L'ergonome réalise habituellement une intervention ergonomique suite à une demande de l'entreprise. Son intervention débute par une cueillette d'informations lui permettant de bien cadrer son mandat. Or il arrive assez fréquemment que cette demande découle du travail de sensibilisation d'autres acteurs externes à l'entreprise. Cette communication s'intéresse au relais qui se crée entre le travail de sensibilisation d'acteurs externes à l'entreprise et l'intervention de l'ergonome. Elle explore les liens qui devraient se tisser entre ces deux partenaires, d'une part afin de faciliter l'intervention de l'ergonome et, d'autre part, afin de s'assurer que l'intervention se déroule dans la continuité du travail de sensibilisation des acteurs externes à l'entreprise. Cette communication présente le contexte d'intervenants du réseau de santé publique en santé au travail qui réfèrent des milieux de travail à des stagiaires en ergonomie de l'UQAM. Ces intervenants, en raison de leurs mandats, peuvent également offrir du soutien après l'intervention des stagiaires. Il y a donc un deuxième relais à mettre en place, celui-ci ayant pour but d'assurer le suivi de l'intervention ergonomique.

<i>Évaluation d'un programme de diagnostic précoce de l'asthme professionnel et de contrôle de l'exposition aux isocyanates dans les ateliers de carrosseries à Montréal (2000-2005).</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Sandra Palmieri</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal <b>Robert Simard</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Claude Huneault</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal <b>Annie Trudel</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal <b>Patricia Hudson</b>

## Résumé

**Contexte** : Au Québec, l'asthme induit par les isocyanates est l'asthme professionnel le plus souvent indemnisé. Les ateliers de carrosseries ont été identifiés comme des milieux à risque. De plus, des déficiences dans le contrôle environnemental de l'exposition ont été identifiées. Les peintres forment le groupe le plus à risque de développer un asthme professionnel. Il est bien documenté dans la littérature qu'un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate améliorent le pronostic. De plus, le contrôle de l'exposition permet de réduire l'incidence des cas d'asthme dans ces milieux.

**Objectifs** : Les objectifs de ce programme étaient les suivants : Premièrement, l'identification précoce et la prise en charge des cas d'asthme professionnel. Deuxièmement, l'amélioration du contrôle de l'exposition des travailleurs dans le milieu de la carrosserie.

**Méthode** : De 2000 à 2005, le programme a ciblé 284 ateliers de carrosserie sur l'île de Montréal. Une équipe de santé au travail (1 technicien en hygiène et 1 infirmière), de chacune des équipes locales de santé au travail, ont effectué des visites dans les ateliers de carrosserie. Au cours de ces visites, le technicien évaluait les mesures de contrôle de l'exposition ; il portait une attention particulière aux cabines de peinture, aux respirateurs à adduction d'air et au respect des normes québécoises de santé au travail. De son côté, l'infirmière appliquait les étapes 1 et 2 de l'algorithme clinique suivant :

1. Administration d'un questionnaire court lors de la visite terrain
2. Administration d'un second questionnaires plus détaillé lorsque le premier était positif
3. Révision par un médecins de l'équipe locale de santé au travail de tous les questionnaires détaillés
4. Si indiqué, référence par le médecin de santé au travail dans une clinique spécialisée en santé au travail et santé environnementale
5. Advenant qu'un diagnostic d'asthme professionnel soit fortement suspecté, référence en centre tertiaire pour confirmer le diagnostic, initier l'indemnisation et assurer la prise en charge médicale du cas

**Résultats** : En regard du contrôle environnemental de l'exposition, on note une augmentation importante de la disponibilité de masques à adduction d'air. Celle-ci est passée de 36% à 80% des ateliers. Peu de changements furent notés concernant les cabines de peinture ; la proportion de celles-ci respectant les normes a légèrement augmentée. En ce qui concerne l'identification précoce des cas d'asthme professionnel, 738 travailleurs ont complété le questionnaire court. Parmi eux, 12% ont eu un questionnaire court positif et 8% ont eu un questionnaire détaillé positif. Après révision par un médecin de santé au travail, 6% des travailleurs ont été référés dans une clinique de santé au travail et santé environnementale. Une proportion importante de travailleurs n'ont pas consulté et furent

	<p>perdus lors du suivi. Seulement 5 cas furent évalués en centre tertiaire et aucun n'a eu de diagnostic d'asthme professionnel confirmé.</p> <p><b>Conclusion :</b> On note que dans ce programme, les activités de prévention primaire ont donné des résultats encourageants. Les interventions médicales n'ont pas donné les résultats attendus. D'une part, la prévalence d'asthme était faible dans ces milieux de travail et d'autre part, peu de travailleurs ont complété le processus d'évaluation médical complet. Nous émettons l'hypothèse que plusieurs facteurs personnels et reliés à l'organisation des soins expliqueraient les résultats obtenus. Une étude plus approfondie sur ces facteurs permettrait une meilleure compréhension du phénomène. Ce programme démontre la complexité d'une intervention sur l'asthme professionnel en prenant une approche populationnelle.</p>
--	---

*Le Programme Hors Normes: nouvelle approche en entreprises pour prévenir les maladies professionnelles.*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Sandra Moretti</b> - Université de Montréal, CSSS Jeanne-Mance, service de santé au travail</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Chantal Caux</b> - Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières  <b>Marie Alderson</b> - Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Contexte :</b> L'unité de santé au travail de la Direction de santé publique de Montréal a implanté en 2006, au sein des équipes de santé au travail de sa région, le Programme Hors Normes (PHN). Les assises légales de ce programme obligent ces équipes à signaler à la Commission de la santé et de la sécurité du travail – organisme responsable de l'administration du régime de santé et de sécurité du travail au Québec – le nom des entreprises au sein desquelles des travailleurs sont exposés à des concentrations de produits chimiques supérieures aux valeurs d'exposition admissibles, c'est-à-dire à des «hors normes». Également, le PHN oblige les équipes à assurer un suivi rigoureux des actions de contrôle mises en place afin de pallier aux situations hors normes. Ce programme induit de nouvelles façons d'intervenir en entreprises (signalements et suivi) pour les équipes de santé au travail du secteur public. Parce qu'elles font partie intégrante de ces équipes, les infirmières de santé au travail sont fortement sollicitées par le PHN.</p> <p><b>Objectif :</b> Cette étude exploratoire vise à décrire les représentations du PHN qu'ont les infirmières œuvrant en santé au travail dans le secteur public.</p> <p><b>Méthode :</b> Des entretiens individuels semi-structurés auprès d'infirmières de santé au travail sollicitées par le PHN. L'analyse des entretiens privilégie une approche qualitative par catégorisation et vise à réaliser une comparaison des discours afin d'en circonscrire les</p>

	<p>caractéristiques, les relations et les déterminants de leurs variations jusqu'à émergence d'un modèle descriptif des représentations.</p> <p><b>Résultats</b> : L'analyse et l'interprétation des données révèlent que les infirmières ont des représentations différentes quant à leurs rôles et fonctions dans le cadre du PHN. Également, il apparaît que les représentations du PHN et de ses impacts sur la pratique infirmière seraient tributaires de quatre éléments intimement liés au concept d'identité professionnelle, soient: l'organisation du travail, les aspects relationnels, l'appréciation du travail et les valeurs professionnelles.</p> <p><b>Discussion</b> : Parce que situés dans un paradigme interprétatif, les résultats de cette étude ne prétendent pas être généralisables à l'ensemble des situations en santé au travail. Toutefois, ils fournissent d'intéressantes avenues de recherche pour les programmes de santé au travail.</p> <p><b>Conclusion</b> : L'étude permet de mieux comprendre comment les infirmières de santé au travail se représentent le PHN ainsi que le nouveau paradigme d'intervention dans lequel le dit programme vient inscrire la pratique de ces infirmières. Les résultats renseignent sur les étapes accomplies de l'implantation du PHN et éclairent celles à venir.</p>
--	---

*Analyse lexicologique de la description des événements et de l'apparition des symptômes des lésions professionnelles.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Julie Beauvais</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Sylvie Gravel</b> - Université du Québec à Montréal. <b>Louis Patry</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Université McGill
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Dans le cadre d'une étude portant sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants et non-immigrants victimes de lésions professionnelles de Montréal (n=104), une analyse lexicologique des descriptions des événements accidentels ou des circonstances entourant l'apparition des symptômes des lésions professionnelles a été faite. Lors de la cueillette des données, les intervieweurs ont retranscrit à partir du formulaire de réclamations d'indemnités adressées à la Commission de SST du Québec, les descriptions des événements telles que rédigées par les employés et par les employeurs.</p> <p><b>Objectif</b> : L'analyse lexicologique visait à répondre principalement à deux questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La qualité de la description des événements accidentels et l'apparition des symptômes de la maladie ont-elles un impact sur les taux de refus des réclamations?</li> </ol>

2. Les différences entre la version de l'employé et celle de l'employeur ont-elles un impact sur les taux de refus des réclamations?

**Méthode :** Pour répondre à la première question, des analyses d'associations statistiques ont été faites entre le nombre de fautes, le nombre de mots et les taux de refus. Les résultats ne démontrent aucune association entre ces éléments. Afin d'étudier adéquatement les deux versions du même événement, nous avons combiné l'analyse lexicologie et l'analyse de discours, à une méthode policière utilisée dans l'analyse des déclarations contradictoires ou frauduleuses d'un même événement. Cette méthode a permis :

- a. de construire les éléments descriptifs souhaités ou attendus par les instances administratives de santé et sécurité d'une réclamation rédigée adéquatement (mouvement, douleur, témoin, contexte, charge);
- b. de qualifier la qualité de ces déclarations (complet, contradictoire, identique);
- c. d'établir les facteurs prédictifs des taux de refus des réclamations.

**Résultats ou retombées potentielles:** Contrairement à toutes les hypothèses de travail, le seul facteur prédictif des taux de refus est la présence de deux versions identiques, c'est-à-dire que la version de l'employeur est rédigée à la première personne et est une retranscription intégrale de la version du travailleur.

**Discussion - conclusion :** Les analyses effectuées sur les descriptions des événements ne portent que sur un petit échantillon. Les résultats suscitent quelques interrogations : 1) est-ce que les versions identiques suscitent davantage de doutes chez les agents d'indemnisation, les amenant à pousser plus loin leur investigation ; 2) les agents sont-ils tenus de valider avec les employeurs leur version, est-ce que cela leur permet d'obtenir des informations supplémentaires qui pourraient nuire à la version du travailleur.

*Dépistage de l'infection tuberculeuse chez des travailleurs de refuges (1998-2005).*

<b>Auteur principal</b>	<b>Monique Isler</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>J. Mason</b> - Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance. <b>P. Rivest</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>P. Brassard</b> - Département de Médecine, Division d'épidémiologie clinique, Centre universitaire de santé McGill
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Un dépistage annuel par test cutané à la tuberculine (TCT) a été offert entre 1998 et 2005 aux employés de certains refuges à Montréal.</p> <p><b>Objectifs</b> : Les données ont été analysées afin d'estimer le risque de transmission professionnelle de l'infection tuberculeuse.</p> <p><b>Méthodes</b> : Parmi les participants volontaires, les employés sans contact connu avec un cas de tuberculose ont été sélectionnés. Afin d'analyser l'incidence de conversion, ils ont été regroupés en deux cohortes dynamiques : ceux ayant eu un TCT de base en deux temps négatif (cohorte A) et ceux ayant eu un TCT de base unique négatif (cohorte B). Les principaux résultats étudiés étaient la prévalence de TCT initial positif et d'effet de rappel et le taux de conversion.</p> <p><b>Résultats</b> : L'âge moyen des travailleurs était de 38,9 ans. La prévalence de TCT initial positif était 12,9%. L'effet de rappel s'est manifesté chez 5,6% de ceux qui ont complété le test de base en deux étapes. L'incidence de conversion était 2,3/100 personnes-années (PA) dans la cohorte A (n=88) et 3,5/100PA pour la cohorte B (n=221). L'incidence de conversion n'était pas associée de façon significative avec les variables étudiées.</p> <p><b>Discussion - Conclusion</b> : Après avoir considéré l'effet de rappel probable dans la cohorte B, l'estimé du risque de conversion est semblable pour les deux cohortes. Il est comparable aux taux décrits chez les travailleurs communautaires dont le risque est plus élevé que le risque moyen pour les travailleurs de la santé. Cela suggère la présence de cas contagieux occasionnels non identifiés dans la clientèle des établissements participants.</p>

## Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques

<i>Trends in condom use with an occasional partner among Haitian migrants in Quebec, Canada (1994-2007).</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Alix Adrien</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>D. Boulos</b> - Public Health Agency of Canada <b>P. Leclerc</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>J. Jean-Gilles</b> - GAPVIES. <b>C. Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>G. Joseph</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Résumé</b>	<p><b>Background :</b> Quebecers of Haitian origin (QHO) have the highest HIV prevalence rates of all immigrant groups in that Canadian province. The study aims included documenting the levels, trends, and factors associated with condom use with an occasional partner (CUOP) in the study population.</p> <p><b>Methods :</b> In 1994, we conducted a voluntary and anonymous study among Quebecers aged 15 to 49 years born in Haiti or with at least one parent born in Haiti. Subjects (n=2,211) were recruited at two general practice clinics in Montreal. A follow-up survey was conducted in the same two clinics in 2007 (N=1,012). A total of 699 participants with at least one occasional partner were selected for this analysis. Sample heterogeneity was fostered through recruitment on different days and times. Chisquare tests evaluated factors associated with CUOP and logistic regression assessed independent associations, including two-way interactions with study period.</p> <p><b>Results :</b> CUOP was more common in 1994 (48.8% vs 37.7%). Male CUOP decreased from 1994 to 2007 (1994: 57.1%; 2007: 37.0%) while female CUOP increased (1994: 29.0%; 2007: 38.7%). Variables significantly associated with CUOP and retained in the final model were gender (males: 50.4%; females: 33.3%), age (15-29yrs: 49.2%; 30-49yrs: 36.9%), and reported HIV testing (ever: 48.7%; never: 42.7%). In the final multivariate model, CUOP was significantly associated with interactions between study period and gender (1994 Adjusted OR: 3.59, [2.26-5.73]; 2007 AOR: 1.22, [0.697-2.15]), age (1994 AOR: 1.61, [1.03-2.49]; 2007 AOR: 3.86, [2.07-7.22]) and HIV testing (1994 AOR: 1.09, [0.725-1.63]; 2007 AOR: 2.88, [1.54-5.36]).</p> <p><b>Conclusions :</b> There was a notable change in the pattern of CUOP between the two study periods. HIV prevention strategies must promote</p>

	safer sex practices among older QHO and male QHO particularly. These strategies should also attempt to enhance the effectiveness of interventions aimed to protect women from HIV. Messages should continue to stress the importance of HIV testing.
--	--

*Projet « Je passe le test » auprès des cégépiens de Montréal. Volet enquête santé sexuelle.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Dr Gilles Lambert</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Élysabeth Lacombe</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Louis-Robert Frigault</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Claude Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>François Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Le Québec connaît une hausse importante des cas de chlamydie. Cette infection transmissible sexuellement (ITS) touche surtout les jeunes âgés entre 15 et 24 ans. La Direction de santé publique de Montréal (ASSSM) et ses partenaires des Cégeps et des CSSS ont commencé en octobre 2005 un projet comportant dans chaque milieu d'enseignement participant : une enquête santé sexuelle, suivie environ 4 semaines plus tard d'une offre de dépistage de la chlamydie par prélèvement urinaire.</p> <p><b>Objectif :</b> Décrire les comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues, les connaissances au sujet de la chlamydie ainsi que les habitudes de dépistage des ITS des cégépiens de Montréal.</p> <p><b>Méthode :</b> Questionnaire autoadministré rempli au début de périodes présélectionnées de cours obligatoires par des étudiants inscrits à titre régulier dans un profil d'études préuniversitaires ou technique.</p> <p><b>Résultats ou retombées potentielles :</b> Entre octobre 2005 et novembre 2006 (première étape du projet), 1663 étudiants ont complété le questionnaire (soit 5,5 % de l'effectif des 6 cégeps concernés, 4 francophones et 2 anglophones). Leur âge moyen était de 18,6 ans (étendue:16 à 25); 54 % étaient des femmes; 72 % avaient déjà eu une relation sexuelle vaginale, orale ou anale. Parmi ceux-ci, l'âge moyen à la première relation sexuelle vaginale était de 16 ans et le nombre moyen de partenaires à vie était de 3,9. Dans les 12 mois précédant l'enquête, 18 % des répondants avaient consommé de l'alcool ou de la drogue la moitié des fois et plus lors de leurs relations sexuelles; 22 % avaient eu un(e) partenaire « d'un soir »; et 32 % de ces derniers n'avaient pas alors toujours utilisé un condom. Les répondants ont obtenu 40 % de bonnes réponses aux questions de connaissances sur la chlamydie. 42 % des répondants présentaient au moins un des critères reconnus d'indication de dépistage de la chlamydie, mais</p>

	<p>seulement 19 % de ces derniers avaient passé un test de dépistage au cours de la dernière année.</p> <p><b>Discussion - conclusion :</b> Ces résultats suggèrent qu'une importante proportion des cégépiens de Montréal ont des conduites sexuelles à risque face aux ITS, connaissent mal la chlamydie et recourent au dépistage des ITS de manière insuffisante.</p>
--	---

*Don't turn a blind eye : a campaign to prevent syphilis among men who have sex with men (MSM) in Québec.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Dr Gilles Lambert</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Élysabeth Lacombe</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Louis-Robert Frigault</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Claude Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>François Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Background :</b> In Québec, despite three campaigns in the Montréal area and one provincial campaign, a syphilis epidemic grew among MSM at a rapid and sustained rate, with the number of cases rising from one per month in 2001 to one per day in 2006.</p> <p><b>Objective :</b> To develop a second province-wide campaign to prevent syphilis among MSM.</p> <p><b>Methods :</b> Development of the campaign was based on: 1) results of the evaluation of our first campaign, "I am Phil"; 2) characteristics of infected MSM (83% are aged between 30 and 55, 47% are co-infected with HIV, and 64% have had sex in bathhouses recently); 3) analysis of focus groups with key stakeholders in the community as well as gay and bisexual men. The parameters of the campaign were then to: 1) target MSM who have high-risk sexual behaviours; 2) promote condom use and regular syphilis screening; 3) increase the perceived susceptibility to and severity of syphilis; 4) offer a non-stigmatising image of gay men's sexuality; 5) reflect average-looking men (as opposed to models) from various cultural backgrounds; and 6) include new technologies in the dissemination strategy.</p> <p><b>Results :</b> The campaign comprised various bilingual tools: Two series of four posters distributed in pairs every two months (pictograms emphasising the consequences of syphilis and photos of men in places where they meet for sexual encounters—including the Internet); an information pamphlet; four leaflets (epidemiological situation, transmission, complications, and interaction of syphilis and HIV); a Web site (<a href="http://www.infolTS.qc.ca">http://www.infolTS.qc.ca</a>); an Internet banner; a newsletter; and a</p>

	<p>video clip (available on Youtube for viral marketing). These tools were released in phases to gay health establishments, community groups and businesses between April and December 2007.</p> <p><b>Discussion - conclusion :</b> There is a need for on-going information and prevention campaigns on syphilis with renewed messages and updated dissemination strategies.</p>
--	--

*Évaluation de la campagne « Je suis PHIL », une campagne provinciale de promotion du dépistage de la syphilis auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH).*

<b>Auteur principal</b>	<b>Dr Gilles Lambert</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Évelyne Fleury</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Claude Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Élysabeth Lacombe</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Patrick Berthiaume</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> D'octobre 2004 à octobre 2005, la campagne « Je suis PHIL » visait à augmenter la proportion des HARSAH passant régulièrement un test de syphilis.</p> <p><b>Objectif :</b> Évaluer la campagne « Je suis PHIL » en termes d'implantation, notoriété, réceptivité, effets et impacts.</p> <p><b>Méthode :</b> 1) monitoring continu d'indicateurs de processus ; 2) enquêtes auprès de i) HARSAH fréquentant des lieux de socialisation gais à Montréal ; ii) répondants des directions régionales de santé publique du Québec et iii) interlocuteurs-clés des milieux médical, communautaire et commercial gais de Montréal ; 3) analyse des données de registres de santé.</p> <p><b>Résultats ou retombées potentielles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Implantation :</b> budget : 114 000\$, site WEB : 48 000 visites, 48 parutions d'affiches dans 7 magazines gais.</li> <li>• <b>Notoriété :</b> 91 % des HARSAH ont été exposés ≥1 fois à ≥1 des 5 composantes évaluées. Les HARSAH se définissant comme gais, fréquentant les saunas ou étant infectés par le VIH étaient plus susceptibles d'avoir été fortement exposés à la campagne (p&lt;0,05).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Réceptivité</b> : 91 % ont aimé « modérément » ou « beaucoup » la campagne ; respectivement 90 % et 81 % étaient « d'accord » ou « très d'accord » avec les énoncés : « cette campagne attire votre attention » ou « cette campagne s'adresse à vous ».</li> <li>• <b>Effets : connaissances</b> : moyenne générale 59 % (7 items).</li> <li>• <b>Attitudes</b> : 48% se considéraient « à risque d'attraper la syphilis au cours des 6 prochains mois ».</li> <li>• <b>Comportements</b> : 41 % « ont changé quelque chose dans leurs relations sexuelles au cours des 12 derniers mois pour éviter d'attraper la syphilis » ; 53 % ont passé un test de syphilis au cours des 12 derniers mois (p&lt;0,005).</li> <li>• <b>Nombre annuel de tests</b> effectués par le CHUM en 2005-2006 14 % plus élevé que celui de 2003-2004. Plusieurs des effets étudiés augmentaient de façon linéaire selon le degré d'exposition à la campagne.</li> <li>• <b>Impacts</b> : nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés à Montréal au cours des 6 premières périodes de 2006 (145) deux fois plus élevé que celui des périodes équivalentes en 2004.</li> </ul> <p><b>Discussion - conclusion</b> : La campagne « Je suis PHIL » a été implantée, vue et bien reçue par les HARSAH et elle a contribué à augmenter la proportion des HARSAH testés. L'éclosion de syphilis touchant les HARSAH depuis 2001 continue à croître dans la région de Montréal. Les diverses stratégies de contrôle, dont le marketing social, doivent être intensifiées.</p>
--	--

<i>Factors associated with intention to get tested for syphilis among men having sex with men (MSM) in Montreal.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Dr Gilles Lambert</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Jean Beauchemin</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Élysabeth Lacombe</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Claude Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Hawa Sissoko</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Patrick Berthiaume</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la</p>

	santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Résumé</b>	<p><b>Background :</b> From 09-2000 to 12-2004, 300 infectious syphilis cases have been reported in Montreal, 92% among MSM (mean age: 40; known HIV-positive: 43,4%).</p> <p><b>Objectives :</b> 1) Characterize knowledge, attitudes and past behaviours concerning syphilis testing; and 2) identify factors associated with intention to get tested.</p> <p><b>Methods :</b> A cross-sectional survey of MSM recruited in various gay social venues was conducted in June 2004. Subjects were asked to complete an anonymous self-administered questionnaire including various psychosocial constructs from the theory of planned behaviour (TPB).</p> <p><b>Results :</b> A total of 383 eligible men participated (response proportion: 65%). Mean age was 39 years; 9% were bisexual, 7% reported to be HIV-positive and 8% had ever been diagnosed with syphilis; 59% and 86% had ever been tested for syphilis and for HIV respectively (41% and 60% in the past 12 months). More than one third (35%) intend “very much” to get tested for syphilis in the next 6 months. Multivariate logistic regression (n = 289) identified the following factors associated with intending “very much” to get tested: “I’ll likely get syphilis in the next 6 months” (OR: 4.00; 95% CI: 1.99 – 8.07); “It is right for me to get tested” (3.66; 1.76 – 7.63); syphilis knowledge score <math>\geq</math> 60% (2.92; 1.38 – 6.17); and greater perceived behavioural control (3.07; 1.43 – 6.56). Other significant predictors were: age (&lt; 40 years); <math>\geq</math> 6 casual sexual partners in the last 6 months; at least one STI in the last 3 years; and having been tested in the last 3 years. HIV serostatus was not associated with ever having been tested for syphilis nor with intention to get tested.</p> <p><b>Conclusions :</b> MSM in Montreal have responded favourably to two previous syphilis awareness campaigns. Further efforts to promote testing need to better reach men over 40 years old and address specific health-related knowledge and attitudes.</p>

*A Montreal survey on HIV infection and sexual behaviour among men having sex with men (MSM): ARGUS 2005.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Dr Gilles Lambert</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>F. Tremblay</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>M.-A. Gadoury</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>R. Remis</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>M. Alary</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>

	<p><b>J. Otis</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>J. Vincelette</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>C. Archibald</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>M.Track</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Background :</b> In the past few years, Canada and other industrialised countries have observed increasing risky sexual behaviours of MSM and in some regions an increase in STI and HIV incidence. ARGUS 2005 is the first of a series of biennial surveys of MSM living in Montreal. The survey is part of the national second generation surveillance project (M-Track) of the Public Health Agency of Canada. A core questionnaire on determinants of HIV and sexually transmitted infections (STI) evolved from a working group of Health Canada. This questionnaire will allow for comparisons across Canada; Montreal is the first region to start the survey.</p> <p><b>Objectives :</b> To describe the characteristics of MSM recruited as of April 1, 2005.</p> <p><b>Method :</b> Recruitment for this cross-sectional study began in January 2005. A total of 2,500 MSM will be recruited from approximately 60 gay social venues (bars, saunas, recreational groups, gay social events, etc.) and complete a self-administered questionnaire. Data will be collected on sociodemographic factors, drug and alcohol use, STI testing behaviours, HIV and STI knowledge and opinions and sexual behaviours during the last sexual act and in the previous 6 months. Dried blood spot (DBS) specimens will also be collected and analysed for the presence of anti-HIV antibodies. A 'detuned' assay for HIV antibodies will also allow the estimation of HIV incidence. In addition, a syphilis assay using DBS specimens will be validated.</p> <p><b>Results :</b> The status of enrolment, response proportion as well as a description of the study sample on above-mentioned variables will be presented at the time of the conference.</p> <p><b>Conclusions :</b> Monitoring the occurrence of HIV, other STIs, related behavioural determinants, and correlates of at-risk behaviours is critical to prevention efforts for MSM. ARGUS 2005 in collaboration with M-Track will make it possible to compare HIV incidence and standardized measures of risk across Canada.</p>

<p><i>Impact d'une formation interactive de 2 jours sur l'utilisation de pratiques vaccinales proactives auprès d'infirmières vaccinant dans les Centres de la santé et de services sociaux du Québec.</i></p>	
<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Geneviève Petit</b> - Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et Université de Sherbrooke</p>

<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Lise Gauvin</b> - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.  <b>Monique Letellier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.  <b>Catherine Guimond</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.  <b>Caroline Larue</b> - Faculté de sciences infirmières, Université de Montréal.  <b>Louise Valiquette</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.  <b>Nicole Boulianne</b> - Institut National de Santé publique du Québec</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Background</b> : Immunization is an important public health intervention to prevent illness and protect population health. Health professionals play an important role in vaccine uptake but do not systematically show strong support for the promotion of this intervention in the population.</p> <p><b>Purpose</b> : The purpose of this study was to examine the impact of a 2-day interactive instructional intervention on the use of proactive vaccination practices among nurses working in community health centers.</p> <p><b>Methods</b> : We conducted a quasi-experimental study wherein local community health centers from four regions in the province of Quebec were randomized into experimental and control groups. Nurses working in experimental organizations (n=87) participated in a 2-day interaction instructional intervention and completed self-reported questionnaires tapping into proactive immunization practices and socio-demographic characteristics before and 3 to 4-months after the intervention. Nurses from control organizations (n=84) received no intervention and completed identical self-report questionnaires at similar time intervals as experimental groups participants. The intervention included four consecutive models which involved active nurse participation in pedagogical activities (e.g., brainstorming, responding to vignettes, role playing) which focused on: (1) grasping the breadth of the role of the immunizing nurse both individually and collectively; (2) taking a strong position in favour of immunization; (3) demonstrating a capacity to mobilise parents favourably toward immunization; and (4) believing in one's capability of committing to reducing barriers related to the practice of immunization by nurses.</p> <p><b>Results</b> : Multivariate analyses showed that nurses from experimental organizations significantly increased the frequency of use of proactive vaccination practices both in comparison to pre-intervention levels and in comparison to control organization nurses. Between group differences across time were not attenuated by controlling for socio-demographic characteristics and pre-intervention frequency of use of proactive immunization practice.</p> <p><b>Conclusion</b> : We conclude that a 2-day interactive instructional intervention can successfully improve nurses' ability to promote vaccination in the population.</p>

## Déterminants de la récurrence de chlamydie.

<b>Auteur principal</b>	<b>Mélissa Généreux</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Pascale Leclerc</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Lucie Bédard</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Robert Allard</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail, Université McGill.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte et objectif :</b> La récurrence de chlamydie est un problème de santé publique préoccupant mais peu étudié au Canada. Nous en avons examiné l'ampleur et les déterminants individuels et contextuels à partir de données longitudinales tirées du registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).</p> <p><b>Méthode :</b> Nous avons conduit une étude de cohorte rétrospective de toutes les personnes âgées de <math>\geq 10</math> ans à Montréal et ayant <math>\geq 1</math> épisode de chlamydie confirmé en laboratoire et déclaré à la Direction de santé publique de Montréal entre 1988 et 2007 (<math>n=44\ 580</math>). Parmi ces personnes, celles ayant une adresse de résidence valide (<math>n=30\ 520</math>) ont été suivies 2 ans ou jusqu'à un 2<sup>e</sup> épisode de chlamydie (e.g., récurrence). Les déterminants de la récurrence de chlamydie examinés étaient le genre, l'âge, l'année, le secteur géographique (sud, nord, est, ouest) et les antécédents de MADO [infections transmises sexuellement (ITS), entériques et évitables par la vaccination]. Une analyse de régression multivariée de Cox, stratifiée selon le groupe d'âge (<math>&lt; 25</math> ans et <math>\geq 25</math> ans), a été utilisée pour modéliser le temps de récurrence.</p> <p><b>Résultats ou retombées potentielles :</b> Nous avons estimé un taux de récurrence de chlamydie global de 6,4% sur deux ans. Dans chaque groupe d'âge, le taux de récurrence était plus élevé après 1995 [risque relatif ajusté (RRA) 2,1]. Chez les <math>&lt; 25</math> ans, un 2<sup>e</sup> épisode était significativement plus fréquent chez les femmes (RRA 1,6) et les adolescents (10-14 ans: RRA 3,0; 15-19 ans: RRA 1,8). Les résidents du secteur sud de Montréal étaient plus à risque de récurrence au cours des 6 mois suivant l'épisode initial (RRA 1,5), mais étaient ensuite moins à risque de récurrence (RRA 0,7). Chez les <math>\geq 25</math> ans, un antécédent d'ITS augmentait significativement le risque de récurrence (RRA 1,8).</p> <p><b>Discussion - conclusion :</b> Nos résultats appuient la nécessité d'interventions plus intensives ciblant certains sous-groupes à plus haut risque. Ainsi, les jeunes femmes du secteur sud de Montréal pourraient être contactées par les autorités de santé publique rapidement après une première déclaration de chlamydie. Cette intervention pourrait comporter la notification et le traitement des partenaires sexuels, la promotion de pratiques sexuelles sécuritaires ainsi qu'une évaluation du risque.</p>

*Projet VIP : pratique vaccinale proactive des infirmières.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Geneviève Petit</b> - Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et Université de Sherbrooke
<b>Co-auteurs</b>	<b>Lise Gauvin</b> - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal. <b>Monique Letellier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Caroline Larue</b> - Faculté de sciences infirmières, Université de Montréal. <b>Nicole Boulianne</b> - Institut National de Santé publique du Québec. <b>Louise Valiquette</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Catherine Guimond</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Plusieurs études scientifiques ont identifié que certains groupes de professionnels de la santé, et particulièrement les infirmières, avaient des doutes par rapport à la valeur de la vaccination comme mesure préventive (Dionne et al., 1999; 2001; Petrovic, Roberts and Ramsay, 2001; St-Amour et al., 2004). Ce constat est préoccupant car ces doutes pourraient se traduire en une promotion moins énergique de la vaccination et conséquemment en couvertures vaccinales moins élevées dans la population (Prislin et al., 2002; Szilagyi et al., 1994; Taylor et al. 1997). Des éléments nouveaux sont nécessaires à une meilleure compréhension de l'adoption de certaines pratiques plus proactives parmi les infirmières ayant des tâches d'immunisation.</p> <p><b>Objectifs</b> : Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la fiabilité d'un indicateur reflétant une pratique de vaccination proactive, de décrire la fréquence d'utilisation de 14 pratiques proactives et d'identifier des caractéristiques personnelles associées à une pratique vaccinale plus proactive.</p> <p><b>Méthodologie</b> : Toutes les infirmières travaillant en CLSC (maintenant CSSS) du Québec en 2004 et ayant eu des tâches de vaccination auprès d'enfants de 0 à 5 ans au cours des 6 derniers mois ont été invitées à compléter un questionnaire. Le questionnaire a été développé à partir d'une consultation auprès d'experts en vaccination (Petit, 2007). Les données ont été analysées en utilisant une théorie de « item-response » et des techniques d'analyses multiniveaux.</p> <p><b>Résultats</b> : L'échelle comprenant 14 pratiques de vaccination proactives démontrait une forte consistance interne. Il existe une grande variabilité dans la réalisation des pratiques et plusieurs pratiques proactives ne sont pas adoptées par toutes les infirmières. Avoir plus d'expérience et de temps de travail en vaccination est associé à une pratique plus proactive.</p> <p><b>Conclusions</b> : Une pratique de vaccination plus proactive est une mesure différente de la pratique d'administration adéquate de vaccins.</p>

	<p>Les pratiques de vaccination proactives peuvent être mesurées de façon fiable. Elles permettent l'identification de cibles possibles pour des interventions visant à ce que les pratiques de vaccination et les contextes d'organisation de vaccination soutiennent l'atteinte de niveaux de couvertures vaccinales suffisants pour la protection contre les maladies infectieuses.</p>
--	--

*Profil des pratiques vaccinales des infirmières vaccinant les enfants âgés de 0-5 ans dans les Centres de santé et de services sociaux du Québec.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Geneviève Petit</b> - Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et Université de Sherbrooke
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Lise Gauvin</b> - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.</p> <p><b>Monique Letellier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Nicole Boulianne</b> - Institut National de Santé publique du Québec.</p> <p><b>Louise Valiquette</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Caroline Larue</b> - Faculté de sciences infirmières, Université de Montréal.</p> <p><b>Catherine Guimond</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Background :</b> Recent studies have highlighted that selected subgroups of health professionals harbour doubts about immunization. In this regard, nurses report more doubts in comparison to physicians (Dionne et al., 1999; 2001; Petrovic, Roberts and Ramsay, 2001; St-Amour et al., 2004). Vaccine coverage rates can only be achieved if all health professionals adopt practices that effectively promote vaccination.</p> <p><b>Objective :</b> The purpose of this presentation is to describe the immunization-related professional practices of nurses working in community health care settings who hold immunization responsibilities towards children aged 0 to 5 years.</p> <p><b>Methods :</b> Based on expert consultations (Delphi), a conceptual description of the repertoire of immunization practices of nurses was established. A questionnaire was developed and pre-tested among a sample of immunizing nurses (n=8) and then was mailed to all Quebec nurses working in community health care settings and who had performed immunization tasks among 0 to 5 year old children in the previous 6 months (2006-2007).</p> <p><b>Results :</b> A total of 994 (out of 1252) eligible nurses returned a valid questionnaire. Expert consultations showed that nurses' immunization practices can be regrouped under 35 distinct practices. Examination of nurses' data showed that some immunization practices were systematically adopted by almost all nurses whereas adoption of others varied substantially across individuals. For example, 95% of nurses</p>

	<p>reported always “offering to give 2 recommended injections to a child during the same visit”, but “offering to give 3 or 4 recommended injections to a child during the same visit” was reported to be always done respectively by 27% and 12 % of sample.</p> <p><b>Discussion :</b> There is a gap in what experts believe are ideal immunization practices and what nurses report being able to perform in community health care settings. Further analyses will provide more information of the variation of practices across settings and individuals.</p>
--	--

*Réponse de santé publique à des taux élevés d'incidence du VIH et du VHC chez les UDI de Montréal.*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Pascale Leclerc</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Carole Morissette</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Institut national de santé publique du Québec  <b>Claude Tremblay</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Background :</b> Data from SurvUDI, an HIV/HCV surveillance network of IDUs implemented in 1995, showed alarming HIV and HCV incidence rates. Among Montréal participants, recruited mainly in programs providing sterile injection equipment, an overall HIV incidence rate of 4.2 per 100 person-years (p-y) was measured. HCV incidence rate was estimated at 26 per 100 p-y (retrospective analysis) for 01/1997 to 06/2003 and 57 per 100 p-y (prospective analysis) for 07/2003 to 06/2005.</p> <p><b>Objectives :</b> As part of the processes to understand these high rates, an analysis was conducted to estimate what proportion of the required sterile injection equipment was available to IDUs in Montréal.</p> <p><b>Methods :</b> Using data from the SurvUDI network and a capture-recapture study conducted in 1996 to evaluate the size of Montréal's IDU population, we estimated the total number of drug injections performed per year in Montréal. Using monitoring data from programs distributing free sterile injection equipment to IDUs and pharmacies selling safe injection kits to IDUs, we estimated the proportion of required syringes that were actually distributed annually.</p> <p><b>Results :</b> Based on SurvUDI data, IDUs inject on average 3.5 times per day [IDUs mostly injecting cocaine: 4.1; heroin: 2.3, and other drugs (mainly Dilaudid): 3.2]. For the estimated 11,700 individuals injecting in a year, this represents 15,000,000 injections annually. To meet the best practices recommendations of the Ontario Needle Exchange Programs, 15,000,000 syringes would be needed annually. Between 04/2005 to 03/2006, programs and pharmacies distributed 997,000 syringes. These</p>

	<p>syringes represented 6.6 % of the estimated required number.</p> <p><b>Conclusions :</b> Despite an extensive network of programs providing access to sterile injection equipment (more than 25 sites scattered across the city), syringes distributed represent less than 10% of the estimated needs. This proportion has to be drastically increased to have an impact on HIV and HCV incidence. All current distribution programs must adhere to “best practices” recommendations (mainly, never limit the number of syringes distributed per day or per visit, and never base distribution on material returned). Innovative distribution strategies offering a variety of accesses, schedules, and locations must be implemented. Factors limiting use by IDUs of existing distribution programs must be understood and actions to modify them have to be undertaken. In parallel, renewed efforts are needed to educate injectors about the importance of using sterile injection equipment and the risks of sharing material, and access to testing and treatment for IDUs has to be evaluated.</p>
--	---

*Différences dans la prévalence du VIH et du VHC des consommateurs de crack selon leur histoire d'injection.*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Pascale Leclerc</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Carole Morissette</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.  <b>Élise Roy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Université de Sherbrooke.  <b>Claude Tremblay</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Background :</b> In Montreal (Canada), needle and syringe programs (NSP) have initiated distribution of crack smoking equipment in response to users' demand.</p> <p><b>Objectives :</b> A cross-sectional study was conducted to document risk behaviours and estimate HIV and HCV prevalence among crack users attending NSPs.</p> <p><b>Methods :</b> Individuals having recently (in the past six months) used crack were recruited in the three main downtown NSPs. They completed interviewer-administered questionnaires and provided saliva samples for HIV and HCV-antibody testing.</p> <p><b>Results :</b> From 12/2006 to 10/2007, 259 current-injectors (having injected recently), 58 past-injectors (having not injected recently) and 83 never-injectors were recruited. In these three groups, proportions of male participants were 81.1 %, 79.3 % and 74.7 %, mean age at recruitment was 36.3, 38.9 and 36.2 years and mean age at first crack use was 24.8, 25.4 and 26.1 years. In the past month, 33.3 % of current-injectors reported that, when using drugs, they most often “injected</p>

	<p>cocaine” and 31.0% that they most often “smoked crack”; 89.7 % of past-injectors and 88.0% of never-injectors most often “smoked crack”. In that month, daily crack use was reported by 20.5 % of current-injectors, 46.6 % of past-injectors and 50.6% of never-injectors. Most participants recently used crack pipes previously used by someone else (current-injectors: 83.8 %, past-injectors: 81.0 % and never-injectors: 81.9%). Observed HIV prevalence rate among current-injectors was 22.3 %, among past-injectors, 8.6 %, and among never-injectors, 6.0 %; observed HCV prevalence rates were 74.5 %, 33.9 % and 3.7% respectively.</p> <p><b>Conclusions :</b> To maintain the lower HIV and HCV prevalence among non-injecting crack users, interventions must go beyond promoting the non sharing of crack pipes. Interventions should be developed to prevent initiation of drug injection for never-injectors and to prevent relapse into drug injection for past-injectors. Safe sex interventions might also be needed for all crack users to prevent the HIV sexual transmission suggested by the observed HIV prevalence.</p>
--	--

*Améliorations requises pour l'accès au dépistage et au suivi médical pour le VIH et le VHC pour les UDI dans le contexte d'une épidémie importante de VHC.*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Pascale Leclerc</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Carole Morissette</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Institut national de santé publique du Québec.  <b>Élise Roy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Institut national de santé publique du Québec. Université de Sherbrooke.  <b>Michel Alary</b> - Institut national de santé publique du Québec.  <b>Raymond Parent</b> - Institut national de santé publique du Québec  <b>Groupe de travail SurvUDI.</b></p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Background :</b> Access to treatment and care depends on knowledge of infection status.</p> <p><b>Objectives :</b> Our objectives were to estimate the proportion of infected IDUs knowing their status and, among those who knew they were infected, the proportion having HIV/HCV medical follow-up.</p> <p><b>Methods :</b> The SurvUDI network, implemented in 1995, monitors HIV and HCV and their associated risk factors among IDUs. It covers the province of Quebec and the City of Ottawa (Ontario), Canada. Participants, individuals having injected in the past six months, are mainly recruited in centres providing free injection material. Interviews include completion of interviewer-administered questionnaires and collection of saliva samples for HIV and HCV antibody testing.</p> <p><b>Results :</b> From 03/2004 to 06/2007, 3,084 participants were recruited:</p>

	<p>75.9 % were male, 65.6% injected most often cocaine (last 6 months), and 29.5 % injected daily (last month); HIV and HCV incidence rates were 3.2 and 36.7 per 100 person-years respectively. Overall, 13.9 % of participants were HIV/HCV co-infected, 48.1 % HCV mono-infected, and 2.0 % HIV mono-infected. A quarter (27.4%) of infected participants ignored their or one of their infections (co-infected: 28.2 %; HCV mono-infected: 27.2 %; HIV mono-infected: 27.4 %). Among those who ignored being infected, 25.4% were never tested; among those tested, 68.4 % were tested within the last year. Among participants knowing they were infected, medical follow-up (in the past 6 months) was similar among HIV mono-infected (84.4 %) and HIV/HCV co-infected (88.9 %) participants but lower among those HCV mono-infected (42.5%).</p> <p><b>Conclusions :</b> HIV and HCV are very active epidemics among IDUs in Quebec and Ontario. Despite universal health care, almost a third of HIV- or HCV-infected IDUs were unaware of their status. Access to testing has to be facilitated and its frequency increased; outreach services are a promising avenue. Medical follow-up, reported by most HIV-infected individuals, has to be expanded for HCV mono-infected IDUs.</p>
--	---

*Accès au matériel stérile d'injection et aux soins médicaux pour les utilisateurs de drogues par injection de Montréal.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Pascale Leclerc</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Carole Morissette</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Institut national de santé publique du Québec.</p> <p><b>Élise Roy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Institut national de santé publique du Québec. Université de Sherbrooke, Programme de toxicomanie.</p> <p><b>Claude Tremblay</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Michel Alary</b> - Institut national de santé publique du Québec</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> À Montréal, plus de 25 programmes d'accès au matériel stérile d'injection (PAMSI) sont implantés et, comme partout au Canada, l'accès aux soins de santé est universel.</p> <p><b>Objectif(s) :</b> Nous voulons décrire la couverture de ces services pour les UDI.</p> <p><b>Méthode :</b> Les données sont tirées du Réseau SurvUDI implanté en 1995 pour suivre l'épidémiologie du VIH et des facteurs de risque associés chez les UDI du Québec et d'Ottawa. Des injecteurs actifs (six derniers mois), recrutés principalement dans des PAMSI, complètent un questionnaire avec un intervieweur et fournissent des échantillons d'exsudat gingival pour la détection des anticorps anti-VIH (et anti-VHC</p>

	<p>depuis 2003).</p> <p><b>Résultats</b> :À Montréal, 718 participants ont été recrutés entre février 2004 et juin 2005 [hommes : 77%; âge moyen : 33,4 ans; prévalence : VIH : 23%, VHC :70% (incluant 21% de VIH+)]. Parmi eux, 41% ont fréquenté un PAMSI &lt;1 fois par semaine récemment (six derniers mois); 28% l'ont fait ≥3 fois par semaine. Durant cette période, 30% ont utilisé ≥1 fois la seringue usagée d'un autre UDI; 30% l'ont fait avec un autre article servant à la préparation de l'injection. Presque tous ont eu dans leur vie un dépistage sanguin pour le VIH (92%) et le VHC (90%). De nombreux participants ignoraient qu'ils étaient infectés (VIH : 27%; VHC : 34%). Parmi les participants VIH+ connaissant leur statut, 86% avaient vu un médecin récemment pour leur infection et 47% avaient pris dans leur vie des médicaments prescrits pour leur infection. Parmi les participants VHC+ connaissant leur statut, ces proportions étaient de 47% et de 2%.</p> <p><b>Discussion - conclusion</b> : La fréquentation irrégulière des PAMSI et l'utilisation relativement fréquente de matériel usagé suggèrent que l'accès au matériel d'injection doit être facilité. De plus, la promotion du dépistage régulier doit être intensifiée. Le suivi médical des participants VIH+ est encourageant; toutefois, les détails manquent pour évaluer si les délais et les modalités d'accès au traitement sont adéquats. Pour le VHC, le suivi médical est beaucoup moins fréquent et peu sont traités; des améliorations sont urgentes. La couverture de ces différents services doit être évaluée plus en profondeur.</p>
--	--

<i>Une augmentation des services communautaires pourrait expliquer le déclin de la mortalité chez les jeunes de la rue de Montréal.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Élise Roy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Université de Sherbrooke.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Nancy Haley</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Jean-François Boudreau</b> - Université de Sherbrooke <b>Pascale Leclerc</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Jean-François Boivin</b> - Université McGill
<b>Résumé</b>	<p><b>Background:</b> According to two consecutive cohort studies (1995 to 2000 (Coh1); 2001 to 2005 (Coh2)), mortality rate among street youth has significantly decreased from 921/100,000 person-years (95% confidence interval (CI: 602-1350)) to 191/100,000 person-years (CI: 62-447).</p> <p><b>Methods:</b> Two hypotheses were tested. H1) mortality declined similarly in the general population; H2) mortality predictors were distributed differently overtime. H1): we computed the number of expected deaths as well as the standardized mortality ratios (SMR) and their CI using</p>

	<p>Byar's approximation in both cohorts. Annual mortality rates of the Québec general population between 1995 and 2006 were used. H2): multivariate Cox regression analyses were conducted on the combined data base to examine the effect of participation in Coh1 on mortality, controlling for the independent predictors of mortality identified in Coh1.</p> <p><b>Results:</b> Mean age and sex distribution were: 19.9 years, 67.4 % male (Coh1); 20.4 years, 68.9 % male (Coh2). The number of expected deaths showed a decrease of mortality rates of 19% in the general population. However, the SMR for Coh1 was significantly higher than for Coh2 (11.6; CI: 7.6-17.0 vs 3.0; CI: 1.0-6.9). The decrease was thus more important among street youth. According to the multivariate analysis, Coh1 participants were 9 times more likely to die during follow-up than Coh2 participants (Adjusted Hazard Ratio: 9.0 (CI: 2.3-35.5)).</p> <p><b>Conclusion:</b> Decreased mortality cannot be explained by our hypotheses. Another plausible explanation is the public funds invested in 2000 to improve services for street youth, including increased hourly coverage of outreach community interventions and the opening of a low-threshold primary care clinic.</p>
--	--

<i>Recherche des contacts des cas de tuberculose et TPOD pour la population itinérante de Montréal.</i>	
<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Alexandra Kossowski</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Louise Quenneville</b> - Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal.  <b>Terry-Nan Tannenbaum</b> - Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal  <b>Paul Rivest</b> - Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. Joint Departments of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Background :</b> Contact tracing and prophylaxis for LTBI in the homeless are challenges for TB control programs. In Montreal, we decided to evaluate Directly observed preventive therapy (DOPT) as one strategy to increase adherence to treatment of LTBI among contacts. This approach emerged from a recent evidence confirming that active transmission continues in this population and from poor results of standard contact tracing program.</p> <p><b>Methods :</b> We developed a pilot project to identify best approaches for contact tracing and follow up of TST contacts of one homeless TB case. We also tested a social network questionnaire to identify pathways of transmission. An outreach nurse was hired to build stronger links with the community and one hospital. Up to 15\$ was offered for TST and medical exam if positive. DOPT (3 months of INH and Rifampin) was</p>

administered by hospital nurse or pharmacist for those requiring treatment.

**Results :** Of the 41 contacts identified, 22 (53.7%) were reached by letters, 18/22 came for the TST, 17/18 came for the reading and 9/17 were positive. Of those, **9/9 had a medical evaluation** and 7 were offered prophylaxis. **2/7 completed their prophylaxis.**

**Conclusion :** This low cost incentive based contact tracing approach is effective considering the high proportion of individuals that went through the whole process from TST first injection to medical exam therefore eliminating active cases. Furthermore, the completion rate with DOPT in our homeless population is significantly higher than with our standard contact tracing and self administered prophylaxis

## Un système de santé qui sert aussi à prévenir

<i>GestiBD: outil de gestion de l'information liée à l'exploitation des banques de données.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Brigitte Simard</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Odette Lemoine</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.</p> <p><b>Yves Roy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.</p> <p><b>Cristine Leroux</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.</p> <p><b>Sylvie Provost</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.</p> <p><b>Ginette Beaulne</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.</p> <p><b>Pierre Tousignant</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Plusieurs transformations du système de soins primaires sont en cours au Québec. Un programme de suivi et d'évaluation de ces transformations a été mis sur pied à Montréal pour en évaluer les effets sur la santé des Montréalais (pop. 1 882 561). Ce programme repose, entre autres, sur l'utilisation des banques de données administratives dont la finalité première est autre que le monitoring ou la recherche. En l'absence de structure colligeant l'ensemble des données d'utilisation des services de santé d'une personne, un système d'information a dû être mis sur pied pour pallier à cette situation.</p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Présenter la démarche de création qui a permis la mise sur pied d'une structure de banques de données jumelables.</li> <li>2. Présenter l'outil développé pour la gestion des informations contenues dans cette structure.</li> </ol> <p><b>Méthode :</b> Les fichiers de données, qui portent sur les années 2000 à 2007, proviennent de cinq organismes gouvernementaux différents. La Régie d'assurance maladie du Québec a géré l'encryptage du numéro d'assurance maladie des usagers et des professionnels uniformément dans tous les fichiers. Ce numéro encrypté permet donc le jumelage des données entre les fichiers. Une base de données relationnelle a été créée pour permettre les analyses.</p> <p><b>Résultats :</b> Un outil a été développé sur une plateforme Web en utilisant le langage Source Ouverte PHP et une base de données</p>

	<p>MySQL. Il est géré à la DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (une demande d'accès est nécessaire). Cet outil permet de conserver la mémoire de toutes les étapes, de la validation des données jusqu'à la création des indicateurs.</p> <p><b>Conclusion :</b> Le projet a nécessité la création d'une banque de données d'une telle envergure qu'il était impératif d'avoir un outil de suivi complet et surtout partageable. En effet, GestiBD rend disponible à d'autres utilisateurs l'information colligée tout au cours du traitement des données. Il favorise ainsi une économie de temps considérable pour des équipes qui voudraient réaliser des projets semblables ou travailler avec les mêmes sources de données.</p>
--	--

*Taxonomie des formes d'allocation des ressources en Santé dans les pays de L'OCDE: Loin de la Première Ligne.*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Eric Tchouaket Nguemeleu</b> - Université de Montréal.</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Lamarche Paul</b> - Université de Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>Contexte :</b> Depuis la ratification de la Déclaration d'Alma Ata par la quasi-totalité des pays de l'OCDE, il existe toujours un déséquilibre manifeste entre les besoins de la population en soins de santé primaires et les services qui leur sont offerts. Le processus d'allocation des ressources est souvent avancé pour expliquer ce déséquilibre. L'allocation guide la conversion de l'argent en interventions de santé et détermine le degré de décentralisation des systèmes de soins. Elle est généralement vue sous deux angles distincts : Niveau de décision : centralisé, régionalisé ou décentralisé, et Base de l'allocation : population, problème de santé, services de santé. L'OMS suggère une décentralisation de l'allocation à un niveau régional, sinon local, d'une part, et une base globale et populationnelle (horizontale), d'autre part. Or, il est probable qu'il puisse exister une interaction entre les niveaux et la base d'allocation : un niveau d'allocation nécessiterait une base particulière et une base particulière induirait un niveau d'allocation. Pour l'OMS ces deux avenues peuvent presque s'exclure mutuellement : plus le niveau de l'allocation est micro, moins l'allocation est susceptible d'être globale parce qu'à l'extérieur du champ de compétence de ce niveau. Question: Quel niveau est plus susceptible d'allouer les ressources sur les bases proposées par l'OMS. Aucun cadre ne répond à cette question. Cette étude se veut donc pallier à ce manque.</p> <p><b>Objectif :</b> Cerner les différents modes d'allocation des ressources dans les 30 pays de l'OCDE et ressortir celui se rapprochant le plus de la première ligne.</p> <p><b>Méthodologie :</b> Une recherche synthétique comparative sur les 30 pays</p>

	<p>de l'OCDE. L'analyse documentaire (rapports OCDE, OMS) servira à collecter les données utiles pour décrire l'interdépendance entre les deux angles de vision. La taxonomie par une analyse factorielle et classification hiérarchique a été réalisée pour cerner les modes qui y prévalent.</p> <p>Résultats : Il n'existe pas de mode unique d'allocation de ressources qui établissent une cohérence entre le niveau et la base de l'allocation dans les 30 pays de l'OCDE, mais plutôt quatre formes homogènes et distinctes : Central-soins, Régional-population, Local-soins et Central-Services (Médicaments et appareils surtout). Le mode qui semble satisfaire le plus les deux exigences est le régional-population.</p> <p><b>Conclusion :</b> Huit pays, dont le Canada, essayent d'allouer les ressources vers la première ligne et les 22 autres ont un mode d'allocation loin des recommandations d'Alma Ata. Mais, y a-t-il un lien entre ces formes d'allocation et la performance des systèmes de santé? Telle est la question à vérifier.</p>
--	---

<i>Validité des données enregistrées dans un nouveau système de surveillance de la mortalité quotidienne à Montréal (Canada).</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>François Tessier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Céline Plante</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Dr. Tom Kosatsky</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. BC Centre for Disease Control.
<b>Résumé</b>	<p><b>Objectifs :</b> Depuis 2004, un système de surveillance comptabilise pratiquement en temps réel le nombre de décès par jour survenant sur le territoire de l'île de Montréal. La validité de cet outil de surveillance et sa capacité à détecter la variabilité des décès au jour le jour, comme cela peut se produire en raison de vagues de chaleur, ont été évaluées.</p> <p><b>Méthode :</b> Comparaison du nombre de décès par jour enregistré dans le système de surveillance avec le nombre de décès par jour enregistré dans le fichier officiel de décès du Québec pour 134 jours de l'année 2004.</p> <p><b>Résultats :</b> Le système de surveillance est précis (dans plus de 73% des journées, la différence du nombre de décès entre les deux fichiers est comprise dans une fourchette de <math>\pm 3</math> décès pour une moyenne de 43 décès par jour). Le système possède une grande efficacité à identifier des journées avec excès de décès par rapport à un seuil de 20% au-delà de la moyenne et finalement, il recueille plus de 80% des décès.</p> <p><b>Discussion :</b> Le système de surveillance, fondé sur des données utilisées principalement à des fins de gestion des services médicaux, répond aux nouvelles exigences de santé publique en terme de</p>

	détection rapide des événements sanitaires inhabituels.
--	---

*Le monitoring : une stratégie nécessaire pour éclairer la prise de décision en santé publique à Montréal.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Irma Clapperton</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Mireille Desrochers</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Éric Litvak</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Louise Rousseau</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Marie-José Legault</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Monique Elliot</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Nadine Gaudreault</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Francine Trickey</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Yolande Marchand</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Nous avons une longue tradition pour rapporter l'état de santé des populations et pour l'évaluation de programmes, mais non pour la performance générale du programme de santé publique. La survenue des menaces à la santé explique, en partie cette sensibilisation à la mesure de la performance. Au Québec, des leviers structurants ont graduellement permis de mettre en place des mécanismes de gestion axés sur des résultats. Cependant, les indicateurs ne reflètent qu'une fraction des efforts des acteurs de santé publique en raison de la nouveauté du processus, de l'absence de culture par résultats et de la faiblesse des systèmes informationnels. Derose rapporte qu'en santé, la performance est synonyme de la notion de la qualité, au cœur des pratiques professionnelles. Pour mesurer la performance, on ne peut plus, se contenter d'une approche traditionnelle normative. Des modèles plus récents (évaluation participative et formative) ont largement démontré les bénéfices en termes de "capacity building" et d'empowerment sur la qualité de la rétroaction continue et l'acceptabilité des programmes. Le programme des services intégrés en périnatalité (SIPPE) a servi de traceur pour déterminer la faisabilité d'un processus de monitoring puisque après 4 ans d'implantation, il est toujours difficile d'obtenir des données valides et fiables.</p> <p><b>Objectif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre les modes actuels d'implantation du programme SIPPE</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorer si le monitoring est une stratégie utile pour soutenir les pratiques</li> <li>• Identifier les conditions prometteuses pour son implantation</li> </ul> <p><b>Méthode :</b> Une validation pragmatique des connaissances a été co-construite avec les gestionnaires et les intervenants, en privilégiant une démarche qualitative, au moyen de groupes de discussion et d'une tournée auprès des 12 équipes locales de santé publique.</p> <p><b>Résultats ou retombées potentielles:</b> On constate une grande variété de modes d'implantation selon la trajectoire : accueil, éligibilité, évaluation et suivi. On observe une diversité de procédures et d'outils de monitoring. Des tensions persistantes entre les approches individuelles et populationnelles sont soulevées. Les acteurs endosseraient le monitoring si des approches participatives et délibératives sont retenues pour la détermination des indicateurs. Ils souhaitent l'inclusion de critères qualitatifs pour témoigner de la réponse aux besoins, de la continuité et de la satisfaction. Ils privilégient un système qui témoigne du lien entre les ressources, les activités et les résultats.</p> <p><b>Discussion - conclusion :</b> Cette exploration soulève des interrogations sur le fonctionnement par programme dans les conditions actuelles d'implantation. Une démarche incrémentielle et consensuelle intégrant la perspective des intervenants et supportée par l'organisation sont des conditions prometteuses pour développer une culture de la qualité et des résultats.</p>
--	--

*Tirer des leçons de l'expérience de CSSS ayant incorporé la responsabilité populationnelle dans leur gestion.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Mylaine Breton</b> - Université de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Jean-Louis Denis</b> - Université de Montréal <b>Lise Lamothe</b> - Université de Montréal
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> En 2004, le gouvernement québécois a entrepris une importante transformation de son système de santé et des services sociaux par la création de Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de réseaux locaux couvrant l'ensemble du territoire, et ce, en y incorporant la notion de responsabilité populationnelle.</p> <p><b>Objectif :</b> Nous avons deux objectifs : 1) décrire la compréhension et les représentations développées par les gestionnaires de CSSS de leur responsabilité populationnelle et 2) comprendre les enjeux de l'incorporation formelle d'un mandat de responsabilité populationnelle</p>

	<p>dans la gestion et analyser les stratégies d'action mises en place pour y répondre.</p> <p><b>Méthode</b> : : Nous avons analysé deux CSSS de la région de Montréal pendant plus de deux ans (2005-2007), dont l'un des cas possédait un centre hospitalier de courte durée. Plusieurs sources de données ont été utilisées : observation de différents comités stratégiques au niveau régional et local, entretiens semi-directifs à deux moments, avec des questionnaires et responsables cliniques (N=46) et consultation de documents.</p> <p><b>Discussion</b> : L'une de nos contributions empiriques est d'avoir explicité les visions synthétiques des dirigeants de la responsabilité populationnelle. Nous avons dégagé cinq composantes de la responsabilité populationnelle : services de première ligne, services spécialisés, clientèles vulnérables, promotion de la santé et sociale. Les principaux messages qui ressortent de nos analyses sont que s'investir à améliorer l'organisation des services de première ligne, à la mise en place de réseaux intégrés de services et au développement d'alliances communautaires sont des orientations prometteuses pour les organisations sanitaires qui désirent s'approprier la responsabilité populationnelle.</p> <p><b>Conclusion</b> : Les actions mises en place reflètent une plus grande influence de la logique santé publique au sein des organisations productrices de soins et services. Cette expérience d'influence de la logique santé publique sur la gestion d'établissements sanitaires au niveau local peut être utilisée comme source d'apprentissage par d'autres pays qui expérimentent des réformes de leur système de santé.</p>
--	--

<i>Jumelage de fichiers administratifs de santé : mise en place d'un système d'information et potentiel d'exploitation</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Odette Lemoine</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique
<b>Co-auteurs</b>	<b>Brigitte Simard</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique <b>Yves Roy</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique <b>Cristine Leroux</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique <b>Sylvie Provost</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique <b>Ginette Beaulne</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique <b>Pierre Tousignant</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique
<b>Résumé</b>	<b>Contexte</b> : Plusieurs transformations du système de soins primaires sont en cours au Québec. Un programme de suivi et d'évaluation de ces

	<p>transformations a été mis sur pied à Montréal pour en évaluer les effets sur la santé des Montréalais (pop. 1 882 561). Ce programme repose, entre autres, sur l'utilisation des banques de données administratives dont la finalité première est autre que le monitoring ou la recherche. En l'absence de structure colligeant l'ensemble des données d'utilisation des services de santé d'une personne, un système d'information a dû être mis sur pied pour pallier à cette situation.</p> <p><b>Objectif :</b> Présenter la démarche de création, les outils développés et la structure d'un système permettant le jumelage de fichiers provenant de plusieurs fournisseurs et comportant plusieurs années.</p> <p><b>Méthode et résultats :</b> Les fichiers de données proviennent de quatre organismes gouvernementaux différents. Il s'agit des fichiers suivants : hospitalisations, services médicaux, services pharmaceutiques, décès et système d'information des Centres locaux de services communautaires. La Régie d'assurance maladie du Québec a géré l'encryptage du numéro d'assurance maladie des usagers uniformément dans tous les fichiers. Ce numéro encrypté permet donc le jumelage des données entre les fichiers. Un outil de gestion des informations a été conçu pour documenter pas à pas, la construction de la base de données entièrement validées, de la réception des données à la création des indicateurs.</p> <p><b>Conclusion :</b> La mise sur pied d'une telle structure offre un grand potentiel d'exploitation des données administratives et facilite la réalisation de travaux visant à soutenir la prise de décision dans la planification des soins primaires et l'élaboration des politiques de santé.</p>
--	---

*La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique*

<b>Auteur principal</b>	<b>Roxane Borgès Da Silva</b> - GRÉAS 1, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>André-Pierre Contandriopoulos</b> - Université de Montréal. <b>Raynald Pineault</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique. <b>Pierre Tousignant</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Afin de développer et d'encourager de nouveaux modèles de pratiques chez les omnipraticiens il faut être conscient des modèles actuels et de l'offre de soins qu'ils fournissent.</p> <p><b>Objectif :</b> L'objectif de notre étude est de montrer que le contexte organisationnel (configuration de lieux de travail) et le contexte environnemental (rural/urbain, milieu défavorisé ou non) ont une influence sur la pratique des médecins. Notre étude s'appuie sur l'approche configurationnelle, issue de la théorie des organisations.</p>

	<p><b>Méthode</b> : Source de données : nos données proviennent de la Régie d'Assurance Maladie du Québec et du Collège des Médecins du Québec. Analyse des données : à l'aide d'outils statistiques non paramétriques (analyses des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique), nous avons réalisé 3 classifications : une classification des profils de médecins en fonction de leurs lieux de travail (6 groupes), une classification des territoires du Québec (4 groupes), une classification des profils de patients (4 groupes). Nous avons évalué les différents profils de médecins en fonction des groupes de territoires et des profils de patients à l'aide de proxy de l'accessibilité, la continuité, la globalité et de la productivité des soins.</p> <p><b>Résultats</b> : Il apparaît de nettes différences dans l'offre de soins, entre les profils de médecins, selon le contexte de pratique et le profil de patients. Nous présenterons les différences les plus frappantes.</p> <p><b>Conclusion</b> : Pour porter un jugement sur les disparités géographiques d'accès aux services de médecins généralistes, il faut tenir compte des ratios médecins population, mais surtout des variations dans la distribution des modalités organisationnelles de pratique des médecins. Ces variations ne sont pas aléatoires puisque nous avons mis en évidence des profils de pratique relatifs aux organisations. Pour atteindre les objectifs de continuité et d'accessibilité des soins de première ligne, il est nécessaire d'aller au-delà des politiques qui visent l'effectif médical qui, on le sait, sont peu efficaces, et de considérer des politiques qui visent l'organisation des soins.</p>
--	---

*L'analyse de données d'enquêtes populationnelle et organisationnelle sur le services de santé de première ligne : défis conceptuel et statistique*

<p><b>Auteur principal</b></p>	<p><b>Raynald Pineault</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal</p>
<p><b>Co-auteurs</b></p>	<p><b>Marjolaine Hamel</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec  <b>Jean-Frédéric Levesque</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal.  <b>Danièle Roberge</b> - Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne, Université de Sherbrooke.  <b>Roxane Borgès Da Silva</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec  <b>Alexandre Prud'homme</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec  <b>Audrey Couture</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé</p>

	et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Afin de développer et d'encourager de nouveaux modèles de pratiques chez les omnipraticiens il faut être conscient des modèles actuels et de l'offre de soins qu'ils fournissent.</p> <p><b>Objectif</b> : L'objectif de notre étude est de montrer que le contexte organisationnel (configuration de lieux de travail) et le contexte environnemental (rural/urbain, milieu défavorisé ou non) ont une influence sur la pratique des médecins. Notre étude s'appuie sur l'approche configurationnelle, issue de la théorie des organisations.</p> <p><b>Méthode</b> : Source de données : nos données proviennent de la Régie d'Assurance Maladie du Québec et du Collège des Médecins du Québec. Analyse des données : à l'aide d'outils statistiques non paramétriques (analyses des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique), nous avons réalisé 3 classifications : une classification des profils de médecins en fonction de leurs lieux de travail (6 groupes), une classification des territoires du Québec (4 groupes), une classification des profils de patients (4 groupes). Nous avons évalué les différents profils de médecins en fonction des groupes de territoires et des profils de patients à l'aide de proxy de l'accessibilité, la continuité, la globalité et de la productivité des soins.</p> <p><b>Résultats</b> : Il apparaît de nettes différences dans l'offre de soins, entre les profils de médecins, selon le contexte de pratique et le profil de patients. Nous présenterons les différences les plus frappantes.</p> <p><b>Conclusion</b> : Pour porter un jugement sur les disparités géographiques d'accès aux services de médecins généralistes, il faut tenir compte des ratios médecins population, mais surtout des variations dans la distribution des modalités organisationnelles de pratique des médecins. Ces variations ne sont pas aléatoires puisque nous avons mis en évidence des profils de pratique relatifs aux organisations. Pour atteindre les objectifs de continuité et d'accessibilité des soins de première ligne, il est nécessaire d'aller au-delà des politiques qui visent l'effectif médical qui, on le sait, sont peu efficaces, et de considérer des politiques qui visent l'organisation des soins.</p>

*Les pratiques infirmières de promotion / prévention (PPP) : le point de vue de gestionnaires et d'infirmières en CSSS/CLSC*

<b>Auteur principal</b>	<p><b>Nicole Beudet</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</p> <p><b>Sylvie Gendron</b> - Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal</p> <p><b>Lucie Richard</b> - Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal</p>
<b>Co-</b>	<p><b>Annie Bisailon</b> - CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent</p> <p><b>Nancy Boisvert</b> - CSSS de la Montagne</p>

<b>auteurs</b>	<p> <b>Diane Boyer</b> - CSSS Jeanne-Mance  <b>Louise De Villers</b> - CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent  <b>Marie-Hélène Garceau-Brodeur</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  <b>Christiane Gendron</b> - CSSS Jeanne-Mance  <b>Carol Hyland</b> - CSSS Cavendish  <b>Martine Longtin</b> - Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  <b>Marie Soleil Sauvé</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal </p>
<b>Résumé</b>	<p> <b>Contexte</b> : La création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) a entraîné une responsabilité populationnelle locale et a défini l'offre de services comme un continuum incluant la promotion de la santé et la prévention (PP). Les infirmières sont concernées par cette nouvelle réforme alors que les barrières à l'actualisation de leur pratique eu égard à la PP sont bien connues. Ce nouveau contexte offre une opportunité d'étude de l'actualisation d'une approche populationnelle par les infirmières oeuvrant en centre local de service communautaire (CLSC). C'est précisément l'objectif retenu par notre équipe, formée de chercheures, infirmières et gestionnaires de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, de l'Université de Montréal et de quatre CSSS. </p> <p> <b>Objectifs de la recherche</b> : </p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire les pratiques infirmières de promotion/prévention en CSSS/CLSC.</li> <li>2. Modéliser les conditions professionnelles, organisationnelles et contextuelles qui y sont associées.</li> </ol> <p> <b>Méthode</b> : En 2006-2007, des gestionnaires et infirmières (n = 69) oeuvrant en CSSS/CLSC ont participé à des entretiens portant sur leur pratique de promotion/prévention. L'analyse des données s'est déroulée selon la méthode de comparaison constante. Les propos ont été regroupés en catégories conceptuelles, puis illustrés à l'aide d'extraits, pour faire ressortir tant les tendances générales que les contrastes entre les types de participants. À chaque étape de l'analyse, des rencontres d'équipe ont permis la discussion des idées émergentes, la confrontation des interprétations rivales et l'identification de pistes d'analyse. La modélisation a ensuite procédé à travers la spécification et la mise en relation des thèmes construits. </p> <p> <b>Résultats</b> : La pratique infirmière de promotion/prévention tarde à se concrétiser au sein du continuum d'interventions en CSSS. Cinq composantes du développement de cette pratique ont été identifiées : la formation, les activités privilégiées, l'identité professionnelle, l'organisation du travail et les liens entre les acteurs. Il existe, pour chacune de ces composantes, un désalignement entre la réalité de la pratique actuelle et les conditions favorables à une pratique orientée vers l'approche populationnelle. </p> <p> <b>Conclusion</b> : Un travail de réconciliation entre l'intervention </p>

	<p>individuelle et l'approche populationnelle reste à effectuer. Des pistes de réflexion sont identifiées: l'intégration de contenus liées à la promotion de la santé aux cursus académiques et aux formations continues; la participation des infirmières à de la gestion de projets; la création de postes d'infirmières cliniciennes spécialisées en santé communautaire; le développement d'indicateurs de performance reflétant les pratiques populationnelles et la mise en réseau des infirmières avec leurs pairs et les autres acteurs.</p>
--	--

*Les variations des soins prodigués pour des maladies chroniques selon les modèles organisationnels des soins de première ligne au Canada: une approche taxonomique.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Jean-Frédéric Levesque</b> - Université de Montréal, Institut national de santé publique, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Debbie Feldman</b> - Université de Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal <b>Houda Ouchene</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Des réformes du système de soins de première ligne ont été entreprises dans plusieurs pays industrialisés. Elles visent une meilleure intégration des soins destinés aux personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Les organisations de première ligne démontrent une grande variabilité en matière de gouvernance et d'infrastructure. L'association entre les modèles organisationnels de première ligne et les soins de maladies chroniques a été peu évaluée.</p> <p><b>Objectif</b> : Cette étude a pour but de mesurer l'évaluation par les patients des soins qu'ils reçoivent pour leur maladie chronique et ses variations selon les modèles organisationnels de première ligne.</p> <p><b>Méthodes</b> : Les patients (n = 776) ayant l'une des quatre maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, l'arthrite, les maladies pulmonaires obstructives chroniques) ont été recrutés dans trente-quatre cliniques de première ligne de la province de Québec. Des enquêteurs spécialement formés ont réalisé les entrevues, en utilisant des questionnaires validés (SF-36; évaluation des patients de soins de maladie chronique - PACIC). Une taxonomie des organisations des soins de première ligne a été développée. Les modèles de régression linéaire ont mesuré l'association des modèles organisationnels avec les scores du PACIC, en contrôlant pour l'âge, le sexe, l'état de santé perçu et l'état de santé lié à la maladie chronique.</p> <p><b>Résultats</b> : L'âge moyen des participants était de 67 ans et 56% étaient des femmes. Les patients ont été recrutés dans les organisations de soins de première ligne: le modèle organisme communautaire (34%), le modèle professionnel de coordination intégrée (27%), le modèle professionnel de coordination (5%), le modèle de fournisseur unique</p>

	<p>(10%) et le modèle professionnel de contact (24 %). Parmi les patients recrutés, 25% ont identifié un médecin spécialiste comme principal fournisseur de soins pour leur maladie chronique. Parmi tous les patients, 69% n'ont jamais été encouragés à participer à un groupe ou à un cours, 70% n'ont jamais eu une copie de leur plan de traitement, 64% n'ont jamais été contactés après une visite, 59% n'ont jamais reçu de liste de choses à faire pour améliorer leur santé, et 49% n'ont jamais été interrogés sur leurs habitudes de vie. La moyenne du score PACIC était de 37 (maximum de 100). Ce score a été plus élevé que la moyenne chez les patients affiliés au modèle communautaire(37), au modèle de fournisseur unique (39) et au modèle professionnel de coordination intégrée(40), contrairement à ceux affiliés au modèle professionnel de contact (35). Ces modèles de soins sont demeurés significativement associés à un niveau plus élevé du score PACIC dans de multiples modèles (R carré = 0,12) en contrôlant pour l'état de santé, les facteurs socio démographiques et la situation économique.</p> <p><b>Discussion :</b> Notre étude suggère que les soins de santé dédiés aux maladies chroniques requièrent des améliorations, aussi bien au niveau des organisations de soins de première ligne, qu'au niveau des établissements de soins spécialisés. Les variations constatées à travers les organisations de première ligne permettent de mettre en relief les modèles permettant une meilleure gestion des maladies chroniques.</p> <p><b>Conclusion :</b> L'évaluation par les patients suivis en soins de première ligne et en soins spécialisés suggère que des améliorations des soins prodigués pour des maladies chroniques sont nécessaires. Les variations entre les modèles organisationnels de première ligne pourraient renseigner sur les moyens d'améliorer la gestion des maladies chroniques.</p>
--	--

<i>Capacité à l'autosoin des patients atteints de maladies chroniques, selon les modèles organisationnels des soins de première ligne : Résultat préliminaire.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Jean-Frédéric Levesque</b> - Université de Montréal, Institut national de santé publique, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Debbie Feldman</b> - Université de Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal <b>Caroline Dufresne</b>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Les maladies chroniques à déclaration non obligatoire affectent une importante proportion des personnes âgées dans les pays développés. Ceci représente un défi considérable aux services de soins offerts à cette population, en particulier dans les organisations de première ligne. Bien que l'autoefficacité de ces patients dans la gestion des maladies chroniques est considérée comme la solution à cette problématique, les recherches effectuées ne l'adressent pas dans le contexte des soins de première ligne. Cette étude vise à évaluer les</p>

niveaux de l'autoefficacité - et de ses variations - selon les différents modèles des organisations de première ligne (OPL).

**Méthode** : Les patients atteints de l'une des quatre maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, l'arthrite, les maladies pulmonaires obstructives chroniques) des cliniques de première ligne participantes de Montréal et de ses environs ont été contactés entre juin et octobre 2006. Des entrevues ont été réalisées à l'aide de questionnaires validés (Échelle de l'auto- efficacité de la gestion des maladies chroniques; Échelle de l'autoefficacité de la gestion de la dépression, SF-36). Les modèles des OPL ont été définis en fonction de critères de classification pré-déterminés. Le modèle de régression linéaire a évalué l'association des modèles organisationnels avec les scores de l'autoefficacité, en contrôlant pour l'âge, le sexe, l'état de santé perçu et l'état de santé lié à la maladie chronique.

**Résultats** : Nous présentons les résultats des 245 premiers patients de 14 OPL participantes. L'âge moyen des participants était de 69 ans et 54% étaient des femmes. En guise de source principale de soins pour leur maladie chronique, 13% d'entre eux étaient affiliés à un CLSC, 20% à un groupe de médecine familiale (GMF), 7% à un médecin solo, 36% à une polyclinique médicale, et 25% à un médecin spécialiste. La moyenne des scores de l'autoefficacité dans la gestion de la maladie chronique était de 6,7 (maximum de 10). Elle fut plus élevée chez les patients atteints de diabète (7,9), chez les patients affiliés à des praticiens privés en solo (6,9) et les polycliniques médicales privées (7,1) par rapport aux patients affiliés aux CLSC (6,0) et les groupes de médecine familiales (6,3). Toutefois, dans de multiples modèles de régression ( $R^2 = 0,36$ ), l'augmentation de l'autoefficacité de la gestion des problèmes de santé générale fut associée à une meilleure perception de sa santé et au fait d'avoir le diabète comme maladie chronique principale. Les scores de l'autoefficacité n'ont démontré aucune variation selon les modèles organisationnels, le sexe ou l'âge dans de multiples modèles. La moyenne des scores de l'autoefficacité dans la gestion de la dépression était plus élevée à 7,6 et ne variait pas en fonction de la maladie chronique. Seule la perception de l'état desantéa été associée à une plus grande autoefficacité dans la gestion des problèmes de santé mentale dans de multiples modèles.

**Discussion** : Les patients suivis dans les organisations de soins de première ligne ont démontré des niveaux modérés d'autoefficacité à gérer leur maladie chronique. Ceci suggère que des progrès pourraient être réalisés afin d'améliorer la capacité des personnes âgées à s'impliquer dans la gestion de leurs soins. Les patients recrutés dans les CLSC et les CMF ont présenté un état de santé plus faible que ceux recrutés dans les cabinets solo et les polycliniques privées. Ceci pourrait être attribué à des différences dans l'autoévaluation de la santé de leurs clients. Toutefois, à cause que l'étude est transversale, il demeure difficile de discerner si certains types de patients préfèrent certains modèles de soins de première ligne, ou inversement, si certains modèles sont meilleurs que d'autres dans la promotion de l'autoefficacité auprès de leurs patients.

**Conclusion** : Ces résultats préliminaires suggèrent que les OPL font face à de nombreux défis quant à l'offre des services destinés à la clientèle atteinte de maladies chroniques. Néanmoins, les services visant à augmenter l'autoefficacité devraient faire l'objet de promotion

dans tous les milieux de soins de première ligne.

*Les besoins perçus en réadaptation chez les personnes atteintes d'arthrite chronique.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Debbie Feldman</b> - Université de Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Jean-Frédéric Levesque</b> - Université de Montréal, Institut national de santé publique, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Houda Ouchène</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : L'obtention des services de réadaptation par les personnes souffrant d'arthrite chronique a été problématique en terme de rapidité et de pertinence des références médicales, du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous et de continuité des soins.</p> <p><b>Objectif</b> : Nous avons cherché à déterminer si les personnes ayant l'arthrite chronique perçoivent le besoin de services en réadaptation et, le cas échéant, si elles reçoivent ces services. Nous avons également étudié les facteurs associés aux besoins perçus de réadaptation.</p> <p><b>Méthodes</b> : Nous avons recruté, dans 33 cliniques, 211 patients (âge moyen 68,3 ± 12,0) diagnostiqués avec l'arthrite chronique par leur médecin de première ligne. Les patients ont répondu à une série de questionnaires qui comprennent, entre autres, le questionnaire d'évaluation de la santé, la forme abrégée SF-36 et l'échelle d'autoefficacité spécifique à l'arthrite. Nous avons déterminé si la perception de la nécessité de réadaptation a été associée à divers facteurs, tels que l'âge, le sexe, le statut socio-économique, le niveau d'invalidité, la douleur, la santé physique, la santé mentale et l'autoefficacité, en utilisant des analyses bivariées et la régression logistique.</p> <p><b>Résultats</b> : 26,3% des patients perçoivent un besoin de services de réadaptation. Seulement 3,3% d'entre eux n'ont pas bénéficié des services qu'ils jugeaient nécessaires. Les besoins perçus de réadaptation n'ont pas été associés au niveau du handicap ou de la douleur, mais avec le niveau d'autoefficacité. En effet, les personnes ayant un faible niveau d'autoefficacité ont estimé avoir besoin des services de réadaptation plus que celles ayant un niveau plus élevé (<math>p = 0,007</math>). Ceux qui ont perçu un besoin de services de réadaptation ont tendance à avoir à la fois un faible score de santé mentale (<math>p = 0,09</math>) et de fonction physique (<math>p = 0,09</math>). Dans le modèle de régression multiple, une faible autoefficacité a été associée au besoin de réadaptation (odds ratio: 0,82, intervalle de confiance 95%: 0.70,0.97) et un faible score mental sur l'échelle de SF36 y a été marginalement associé (odds ratio: 0.56; intervalle de confiance 95%: 0.29,1.1).</p>

	<p><b>Conclusions</b> : Dans une cohorte de patients ambulatoires atteints d'arthrite chronique et suivis en soins de première ligne, un peu plus d'un quart ont perçu le besoin des services de réadaptation. Avoir un niveau d'autoefficacité élevé peut-être associé à un moindre besoin de ces services. Les programmes d'autogestion et d'amélioration de l'autoefficacité peuvent contribuer à réduire les besoins en réadaptation. Ceci pourrait réduire la surcharge de ces services, afin qu'ils soient plus accessibles aux personnes qui en ont vraiment besoin.</p>
--	---

<i>Pourquoi la population québécoise choisit-elle de recourir à l'urgence hospitalière ?</i>	
<b>Auteur principal</b>	<p><b>Danièle Roberge</b> - Centre de recherche Hôpital Charles LeMoyné et Université de Sherbrooke.</p>
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Danielle Larouche</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Université de Montréal, INSPQ;  <b>Raynald Pineault</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Université de Montréal, INSPQ;  <b>Jean-Frédéric Lévesque</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, INSPQ.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Les raisons qui incitent les patients à recourir à un type de ressources sanitaires plutôt qu'à un autre lorsque survient un problème de santé ne sont pas très bien connues, les recherches sur le sujet se limitant généralement à une seul type de milieu. Une des hypothèses généralement avancées est que la perception de l'accessibilité à une source régulière de soins de première ligne joue un rôle important dans le choix que font les patients. Une importante enquête effectuée en 2005 auprès de 9206 adultes vivant dans la communauté dans les régions de Montréal et de la Montérégie (Québec, Canada) offre l'opportunité de comparer les patients et leurs perceptions, selon qu'ils ont choisi une ressource en première ligne (clinique médicale ou centre de services communautaires) ou une urgence hospitalière, lors d'une consultation médicale récente.</p> <p><b>Objectif</b> : Comprendre le rôle de la perception d'accessibilité à une source régulière de soins dans le choix entre une ressource en première ligne et l'urgence hospitalière.</p> <p><b>Méthodes</b> : Les 2193 répondants ayant eu recours à une source de soins en première ligne ou à l'urgence pour leur problème de santé le plus important au cours des six mois précédant l'enquête sont considérés dans l'analyse. L'information utilisée porte sur les caractéristiques et l'appréciation de la source habituelle de soins, l'utilisation et les raisons d'utilisation au cours des six mois précédant l'enquête, les caractéristiques de la source récente de soins et les caractéristiques démographiques et d'état de santé des patients. La modélisation est faite par régression logistique multivariée.</p> <p><b>Résultats</b> : Le choix d'une source de soins lorsque survient un problème de santé est lié à la perception de la douleur qu'il cause, de sa</p>

	<p>gravité et de ses conséquences potentielles, la perception d'accessibilité à une source habituelle de soins en première ligne et aux caractéristiques personnelles des patients (âge, éducation, perception de situation économique et d'état de santé et co-morbidités déclarées).</p> <p><b>Discussion :</b> Lorsque les patients décident de recourir à des services médicaux, leur décision est basée sur ce qu'ils connaissent de la gravité de leur problème de santé et des services qui leurs sont disponibles.</p>
--	--

*Programme de soins de première ligne fournis par les sages-femmes : Un cadre conceptuel pour réformer les soins maternels au Canada à travers une approche de développement organisationnel?*

<b>Auteur principal</b>	<b>Roxana Behruzi</b> - Université de Montréal, Faculté de médecine, Département médecine sociale et préventive..
<b>Co-auteurs</b>	<b>Marie Hatem</b> - Université de Montréal, Faculté de médecine, Département médecine sociale et préventive. <b>Paul Lamarche</b> - Université de Montréal, Faculté de médecine, Département médecine sociale et préventive, Département Administration de la santé.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Le Canada fait face à une crise dans les soins de maternité due à une pénurie du nombre d'obstétriciens et de médecins de famille qui fournissent les soins obstétricaux, particulièrement dans les régions rurales. Les sages-femmes sont qualifiées comme des professionnelles de la santé spécialistes des naissances normales. Cependant, elles sont presque inexistantes dans le système de santé canadien.</p> <p><b>Objectif :</b> Le but de la présente étude est de développer un cadre conceptuel pour réformer les soins maternels et mettre en valeur les facteurs qui peuvent être impliqués dans l'implantation d'un programme de soins de première ligne fournis par les sages-femmes (PSPS), basé sur une approche de développement organisationnel. Le but du programme est de maximiser la valeur de tels soins pour contribuer à résoudre la pénurie du praticien et augmenter la qualité totale des soins de maternité au Canada.</p> <p><b>Méthode :</b> La présentation décrit un cadre conceptuel pour la réforme des soins de maternité suite à une revue de la littérature. L'approche de développement organisationnel est suggérée pour guider le changement dans le système de santé pour améliorer des services de maternité et minimiser le risque d'échec dans l'implantation du PSPS.</p> <p><b>Résultats ou retombées potentielles:</b> L'article fournit un devis préliminaire pour exécuter un programme de soins de première ligne fournis par les sages-femmes et identifie les buts et l'exposé rationnel de son efficacité. Les facteurs impliqués dans l'émergence de SPSP sont accentués par une approche de développement d'organisation. Dans un tel programme, la sage-femme est le premier contact avec le système des soins médicaux pour toute femme enceinte; elles se rencontrent au</p>

	<p>bureau de la sage-femme, au centre de santé communautaire, dans une maison de naissance, au domicile de la femme, ou dans tout autre cadre. Les femmes ne cherchent de support médical ni pendant la grossesse, ni durant le travail et jusqu'à 40 jours qui suivent l'accouchement, à moins qu'il y ait des complications.</p> <p><b>Discussion - conclusion :</b> Ce programme peut avoir un grand succès au Canada si la politique de la santé fait confiance à la capacité des sages-femmes de fournir un support adéquat aux femmes enceintes à faible risque obstétrical.</p>
--	--

<i>Stratégies d'implication du public dans la prise de décisions basée sur les données probantes</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Julie Nicolas</b> - Boursière du GRÉAS1. Secteur de la santé publique, DASUM, Université de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Johanne Déry</b> - Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal</p> <p><b>Christine Lapointe</b> - Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal</p> <p><b>Lara Maillet</b> - Secteur de la santé publique, DASUM, Université de Montréal</p>
<b>Résumé</b>	<p>Dans un contexte où l'imputabilité et la transparence sont des critères de légitimité majeurs, les décideurs du système de santé se préoccupent de plus en plus de l'implication du public dans la prise de décisions. De plus, à l'heure où les données probantes sont plébiscitées pour éclairer la prise de décisions, le savoir expérientiel du public s'avère essentiel pour leur adaptation aux différents contextes. Le public devient donc un acteur à part entière du processus d'implantation des données probantes et il doit alors être socialisé au vocabulaire scientifique. Dans ce mode de fonctionnement démocratique, les décideurs doivent composer avec la complexité du concept de public et du processus d'implication mais également avec les données probantes générées par des chercheurs de culture distincte. Basé sur une revue de littérature, nous proposons un modèle original qui guidera les décideurs, les chercheurs et les organismes subventionnaires dans leurs expériences pour à la fois rejoindre et impliquer le public. Les chercheurs, les décideurs et le public forment les extrémités d'un triangle où chacun est en interrelation avec les deux autres. Ces relations sont les axes à explorer et à enrichir pour favoriser la prise de décisions basée sur les données probantes et éclairée par le public. De plus, chaque acteur peut également être visé individuellement. Ces six axes d'action sont indépendants mais complémentaires. Diverses stratégies seront proposées pour chacun des axes afin d'apporter des solutions concrètes. Les défis qui subsistent et qui doivent encore être étudiés seront également abordés.</p>

## Un environnement urbain favorable à la santé

<i>Intra-urban variation of the relationship between mortality and ambient temperatures.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Audrey Smargiassi</b> - Institut National de Santé Publique du Québec; Département de santé environnementale et santé au travail et Centre de recherche Léa Roback, Université de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Mark Goldberg</b> - Department of Medicine, McGill University, et Division of Clinical Epidemiology, McGill University Health Centre.</p> <p><b>Céline Plante</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Michel Fournier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Yves Baudouin</b> - Département de Géographie, Université du Québec à Montréal.</p> <p><b>Tom Kosatsky</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Background</b> : Little attention has been paid to how heat-related health effects' vary with the micro-urban variation of outdoor temperatures.</p> <p><b>Objective</b> : Here we explore whether persons located in warmer urban places at time of death in micro-urban heat islands, are at a higher risk of mortality during hot summer days.</p> <p><b>Methods</b> : Data used include 1) daily mortality for Montreal (Canada) for the summers 1990-2003, 2) daily mean ambient outdoor temperatures at the local International Airport and, 3) two thermal surface images (Landsat satellites, infra-red wave lengths). A city-wide temperature vs daily mortality function was established on the basis of a case-crossover design; this function was stratified according to the surface temperature at decedents' place of death. <b>RESULTS</b>. The risk of death on warm summer days in areas with higher surface temperatures was greater than in areas with lower surface temperatures.</p> <p><b>Conclusions</b> : Our study suggests that measures aimed at reducing the temperature in micro-urban heat islands (e.g. urban greening activities) may reduce the health impact of heat waves and hot temperatures. However further studies are needed to support that heat related risks vary within cities with temperatures and to document the health benefits of measures aimed at reducing the temperature in the micro-urban heat islands.</p>

*Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Lise Bertrand</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>François Thérien</b> - Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : L'accès aux aliments santé est devenu une préoccupation majeure, à l'égard des inégalités de santé, tant pour les chercheurs que pour les planificateurs et intervenants de la santé. Les fruits et légumes frais sont particulièrement ciblés dans les programmes de santé à cause de leurs bienfaits démontrés dans la prévention de nombreux problèmes et à cause de leur consommation insuffisante. L'offre de ces aliments dans un environnement de proximité peut indiquer la qualité de l'approvisionnement alimentaire à l'échelle locale.</p> <p><b>Objectif</b> : Vérifier et cartographier les inégalités dans l'accès à des aliments santé à Montréal</p> <p><b>Méthode</b> : On a mesuré les surfaces de vente de fruits et légumes frais (F/L) supérieures à 75 pieds carrés dans tous les commerces alimentaires ( total 501 ) de l'île de Montréal. Un indice d'accessibilité a été élaboré, intégrant ces mesures et le taux de motorisation selon une zone de proximité ( 3km pour les personnes motorisées ; 500 m pour les piétons ). Les mesures ont été effectuées à l'échelle des aires de diffusion habitées ( total 3158 AD ) et traitées à l'aide du Système d'Information géographique (SIG). Les comparaisons entre voisinages ont été établies statistiquement selon le niveau de défavorisation matérielle.</p> <p><b>Résultats</b> : L'Ouest de l'île apparaît le plus dépourvu de la région malgré un fort taux de motorisation. Lorsqu'on exclut ce secteur à configuration de banlieue, on observe une distribution très inégale de l'indice d'accessibilité selon les AD, le taux de motorisation exerçant une forte influence. Les différences sont encore plus apparentes lorsqu'on observe les disponibilités de F/L sur une distance de marche. Selon le secteur qu'ils habitent, 40 % des Montréalais n'ont pas accès, à pied, à un approvisionnement adéquat et pour 28 % de la population, la disponibilité est nulle. Cependant, ces résultats n'ont pas de lien avec la défavorisation matérielle. Tous les territoires de CSSS comportent néanmoins des secteurs défavorisés et mal desservis.</p> <p><b>Discussion - conclusion</b> : Les résultats de cette étude interpellent nombre d'acteurs dans plusieurs domaines. Ils fournissent une documentation nouvelle en faveur du développement durable, car les données sont reliées à des enjeux tant environnementaux et économiques que sociaux. Dans un contexte où on intervient pour réduire l'utilisation de l'auto en ville, pour promouvoir la consommation d'aliments santé produits localement et pour réduire les inégalités dans l'accès à une alimentation nutritive, cette recherche procure un argumentaire pour des actions novatrices.</p>

*Herbe à poux et allergies chez les enfants de l'île de Montréal.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Louis Jacques</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Université de Montréal. Institut thoracique de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Sophie Goudreau</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Céline Plante</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Michel Fournier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Robert L. Thivierge</b> - Université de Montréal. Hôpital Sainte-Justine.
<b>Résumé</b>	<p>L'herbe à poux est une mauvaise herbe qui émet du pollen dans l'air, principalement en août et septembre. Ce pollen déclenche des réactions allergiques - rhinite, conjonctivite et aggravation de l'asthme - chez un grand nombre de résidents de l'île de Montréal.</p> <p><b>La question</b></p> <p>Y a-t-il un lien entre le pollen de l'herbe à poux et les manifestations allergiques chez les enfants de 6 mois à 12 ans ?</p> <p><b>Les objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Déterminer la distribution de l'herbe à poux et des allergies chez les enfants.</li><li>• Préciser la relation entre le degré d'infestation et la prévalence des manifestations allergiques.</li><li>• Évaluer le rôle des antécédents familiaux d'allergies sur cette relation.</li></ul> <p><b>Les étapes</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Produire une cartographie de l'herbe à poux.</li><li>2. Réaliser une étude sur la prévalence des allergies chez les enfants.</li><li>3. Analyser le lien entre herbe à poux et allergie.</li></ol> <p><b>Méthode de la cartographie</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diviser les 500 km<sup>2</sup> de l'île de Montréal en 6 012 cadrans de 300 m x 300 m.</li><li>• Inspecter un site de 200 m<sup>2</sup> dans chaque cadran, choisi aléatoirement..</li><li>• Créer un indice d'herbe à poux (Longueur * Densité).</li></ul>

**Conclusion** : Secteurs plus infestés : Est et Ouest de l'île.

Méthode de l'Étude sur la prévalence des manifestations allergiques associées à l'herbe à poux.

- Enquête auprès de 8 000 parents / tuteurs d'enfants de 6 mois à 12 ans par sondage mixte (téléphone ou internet).
- Taux global de réponses : 60%.
- Sujets retenus : 7 864.

**Conclusions :**

- Plus de 38 000 enfants (16,1%) souffrent d'allergies associées à l'herbe à poux.
- Les enfants les plus affectés résident dans les territoires des CSSS.
  - Pointe de l'Île,
  - Ahuntsic et Montréal-Nord,
  - Ouest de l'Île,
  - Dorval Lachine LaSalle,
  - Lucille Teasdale.
- L'atopie familiale est associée à la prévalence au niveau individuel.

**Lien herbe à poux / allergies**

- Le degré d'infestation locale - près de l'école et de la maison - influence la prévalence des manifestations allergiques.
- Un rayon de 1 000 mètres marque la limite d'influence de la plante.
- La prévalence des allergies liée au degré d'infestation des territoires de CSSS et de CLSC.

**Conclusion**

- La distribution de la plante, de son

	<p>pollen et de la prévalence des allergies suivent la même tendance.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance d'une action concertée de contrôle de la plante.</li> </ul>
--	---

*Le volume de trafic et les artères posent un risque à la sécurité des piétons et des cyclistes.  
(The threat of traffic volume for pedestrians and cyclists in an urban setting) .*

<b>Auteur principal</b>	<b>Patrick Morency</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Céline Plante</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Audrey Smargiassi</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Michel Fournier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Marie- Soleil Cloutier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Sophie Goudreau</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Catherine Morency</b></p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Purpose</b> : Traffic is commonly reported as a perceived barrier to active transportation and is also the primary cause of road injuries. Pedestrians and cyclists exposure to traffic has been described at intersections but traffic counts are seldom available for thousands of different sites or for large areas. For whole urban areas past ecological health studies have relied mostly on aggregated crashes data and proxies for heavy traffic, such as gasoline sales or, for census tracts or neighbourhoods, the presence or density of “arteries”.</p> <p>Such studies are insufficient to orient interventions aimed at preventing injuries in neighbourhoods. First, without a precise location of crashes at the street level, an ecological fallacy can't be excluded. Secondly, the presence of “arteries” might be associated either to greater traffic volume or to the priority given to vehicles fluidity, irrespective of traffic (ex. road width, absence of pedestrian signals, etc.).</p> <p>Our study aims to describe the relative contribution of traffic volume, road types and characteristics of Montreal boroughs to the overall burden of injured pedestrians and cyclists, with the use of traffic intensity estimates available for the entire urban area.</p> <p><b>Method</b> : The population studied includes all injured pedestrians and</p>

cyclists on the island of Montreal for whom an ambulance was sent (1999-2003). Traffic counts (2003-2004) provided the average annual daily traffic (AADT) at 517 signalized intersections (source: City of Montreal). Vehicle-kilometres traveled (VKT) for all census tracts (CT) and boroughs were derived, for different types of roads, from traffic estimates modelled from the Montreal 1998 origin-destination (O-D) survey. For each road type, VKT per CT were subsequently divided per km of roads ; estimated traffic volumes thus obtained were summed at intersections.

The Montreal hierarchical street network was used to categorize roads into minor roads (local streets and collector roads) and major roads (minor or major arterial roads). Negative binomial regressions were used to explore the relationship between traffic volume, road types and the number of injured pedestrians or cyclists at the intersections level (SAS v. 8.02) . Intersections were nested within boroughs in preliminary multilevel analyses (HLM v. 6.04). Furthermore, mean regression Pearson (*chi*) residuals were mapped for all boroughs (ArcInfo-ArcView, v. 9.1).

**Result :** Almost two thirds (63%) of pedestrians and half (46%) of cyclists were injured at intersections with major roads. The mean number of injured pedestrians and cyclists increases with traffic volumes, estimated from O-D survey or from traffic counts. When the estimated traffic volume ( $V$ ) doubles the mean number of injured pedestrians ( $P$ ) and cyclists ( $C$ ) increases respectively by 80% and 60%, according to the regression equations for all intersections ( $P = e^{8.8566} \cdot V^{0.853}$  ;  $C = e^{-7.2235} \cdot V^{0.658}$ ). Traffic volume being equal , the presence of a major road at an intersection increases the mean number of injured pedestrians; at intersections with only major roads, there is an increased number of injured cyclists, even when . Traffic was taken into account.

**Conclusion :** Inspired by a population approach, this study encompasses a whole urban area, including thousands of intersections which provide a large spectrum of exposure to traffic. Our results confirm the huge impact of traffic volume on pedestrians and cyclists safety at the intersection level. It seems, however, that the increased risk observed on urban "arteries" is not only attributable to greater traffic volume.

To increase the effectiveness of injury prevention strategies, it may be important to assess risk at various scales. Reducing global traffic volume and moderating the impact of major roads are legitimate targets. Such a perspective as well as other injury prevention methods and interventions could contribute to the successful promotion of active transportation.

*Projet de démonstration de sécurisation d'une intersection pour le transport actif sécuritaire à Montréal.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Marie-Hélène Armand</b> - Université du Québec à Montréal
<b>Co-auteurs</b>	<b>Amélie Chartrand</b> - Université du Québec à Montréal. <b>Sophie Paquin</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Patrick Morency</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>Anne Pelletier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <b>François Therien</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Résumé</b>	<p>La configuration des villes (telles la dispersion des fonctions urbaines, la densité d'occupation du sol, etc.) et les infrastructures de transport autoroutier (les voies rapides, le design lacunaire des voies piétonnes et des intersections, etc.) ont créé une dépendance à l'utilisation de la voiture pour les déplacements courants. Dans une perspective de santé publique, un transfert modal vers le transport actif est nécessaire. La création d'un environnement bâti favorable à la santé demande d'appliquer une série de connaissances scientifiques à des aménagements urbains.</p> <p>Les objectifs de ce projet de démonstration sont de repenser l'aménagement de site afin :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• D'aménager des réseaux piétonniers et cyclables conviviaux et sécuritaires ;</li><li>• De favoriser une meilleure cohabitation des modes de transport ;</li><li>• D'équilibrer l'espace dédié aux différents modes de transport.</li></ul> <p>Ces objectifs ont pour but de favoriser un transfert modal vers les transports actifs afin de réduire les risques de traumatismes routiers et de contribuer à la diminution des facteurs de risque comme la pollution atmosphérique, la sédentarité et l'obésité qui ont un impact sur la santé des populations.</p> <p>La méthode consiste en une recension des écrits ; une analyse du territoire et spatialisation des potentiels et problèmes (relevé terrain, analyse urbanistique, sociodémographique et sanitaire) ; le développement des scénarios d'aménagement ; leur évaluation selon une grille multicritères et l'élaboration des propositions d'aménagement optimal avec une représentation graphique de ces interventions.</p> <p>Les résultats consistent en trois scénarios d'aménagement amplement illustrés et évalués. Ces propositions d'aménagement de la piste cyclable et de l'intersection Cherrier-Parc Lafontaine</p>

	<p>seront présentées sur l’affiche.</p> <p>Dans une perspective d’urbanisme et de santé publique, les avantages et désavantages des trois propositions d’aménagement de l’intersection Cherrier-Parc Lafontaine seront discutés.</p> <p>Cette étude et les propositions qui en découlent constituent un projet de démonstration qui pourrait être réalisé par la Ville de Montréal dans le cadre des travaux issus du Plan de transport (2008) et de la Charte du Piéton (2006).</p>
--	--

*Un plan piéton pour Côte-des-Neiges: pour allier santé, sécurité et urbanisme.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Amélie Chartrand</b> - Université du Québec à Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<p><b>Marie-Hélène Armand</b> - Université du Québec à Montréal.</p> <p><b>Sophie Paquin</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Patrick Morency</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>Anne Pelletier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p> <p><b>François Therien</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.</p>
<b>Résumé</b>	<p>La configuration des villes (telles la dispersion des fonctions urbaines, la densité d’occupation du sol, etc.) et les infrastructures de transport autoroutier (les voies rapides, le design lacunaire des voies piétonnes et des intersections, etc.) ont créé une dépendance à l’utilisation de la voiture pour les déplacements courants. Dans une perspective de santé publique, un transfert modal vers le transport actif est nécessaire. La création d’un environnement bâti favorable à la santé demande d’appliquer une série de connaissances scientifiques à des aménagements urbains afin d’augmenter le recours à la marche comme moyen de déplacement.</p> <p>Les objectifs de cette étude sont d’identifier les générateurs de déplacements et les parcours optimaux pour piétons afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De planifier des réseaux piétonniers conviviaux, rapides et sécuritaires ;</li> <li>• De favoriser une meilleure cohabitation des modes de transport pour la sécurité des piétons;</li> <li>• D’orienter les interventions sur certains sites et intersections afin d’augmenter le potentiel piétonnier (walkability).</li> </ul> <p>Ces objectifs ont pour but de favoriser un transfert modal vers les</p>

	<p>transports actifs, de réduire les risques d'accidents de la route impliquant des piétons et de contribuer à diminuer les facteurs de risque comme la pollution atmosphérique, la sédentarité et l'obésité qui ont un impact sur la santé des populations.</p> <p>La méthode consiste en une recension des écrits ; une analyse du territoire et la spatialisation des potentiels et problèmes (relevé terrain, analyse urbanistique, sociodémographique et sanitaire, comportements des piétons) ; l'identification des points d'intérêt sur le territoire, le développement des propositions de cheminements piétonniers et de parcours organisés ; leur évaluation selon une grille multicritères (sécurité, connectivité, confort, etc.) et l'élaboration de cartes représentant les principales composantes de ces interventions urbanistiques visant des objectifs de santé publique.</p> <p>Les résultats de cette étude consistent en la conception de deux parcours de déplacement piétonnier basés sur l'optimisation du potentiel piétonnier de Côte-des-Neiges à Montréal, et plus spécifiquement du secteur entourant la station de Métro Snowdon. L'affiche illustrera les principaux éléments de ce « plan piéton ».</p> <p>Dans une perspective d'urbanisme et de santé publique, les avantages et désavantages des deux propositions de parcours piétonniers et des interventions concomitantes de sécurisation seront discutées.</p> <p>Cette étude et les propositions qui en découlent constituent un projet de démonstration qui pourrait être réalisé par l'arrondissement de CDN-NDG en collaboration avec le CSSS. Il s'inscrit dans la foulée du Plan de transport (2008), de la Charte du Piéton (2006), du plan vert (2008), du plan famille (2008) et des travaux de planification de la circulation de l'arrondissement.</p>
--	---

<i>Shall we walk? Correlates of active transportation in Montreal.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Yan Kestens</b> - Université de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Mark Daniel</b> <b>Catherine Morency</b>
<b>Résumé</b>	<b>Purpose</b> : One way of being physically active is to use our feet when we move from one point to the other. A variety of factors are implied in the decision of walking - or not - to a given destination. Interestingly, local trips that are at least partly done around one's place of residence are particularly prone to be done in an active way. This research has looked at a variety of determinants of active transportation around one's place of residence, using a large Origin-Destination survey and environmental data derived from MEGAPHONE, a GIS for population health research

	<p>developed in Montreal.</p> <p><b>Methods</b> : Using a large Origin-Destination survey held in 1998 in Montreal providing daily trip information on some 164 075 individuals nested within 65 227 households, we analysed the probability of the local portion of a trip - that is, which is occurring within 500 m of one's place of residence - to be done by feet, by bike or by mass transit. We ran a series of logistic regression models with individual, household and environmental explanatory variables derived from a GIS.</p> <p><b>Results</b> : Age, gender, household structure, level of access to a car, but also neighbourhood income, education and density of local destinations are significantly associated with local active transportation. Each decile of local density increases the probability of using active transportation of 15%. Sub-models among youth and elderly show interesting variations in the combined role of individual, household and environmental factors.</p> <p><b>Conclusion</b> : The combination of large-scale Origin-Destination surveys with GIS capacities provides interesting venues for better understanding how individual, household and environmental factors are linked to active transportation. Findings show that local density of destination is an important correlate of active transportation and walking, which underlines the role urban planning strategies can play in today's obesity epidemic, even in a heavily car-oriented city like Montreal.</p>
--	---

<i>Facteurs environnementaux résidentiels associés à l'asthme non contrôlé chez les enfants montréalais.</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>Leylâ Deger</b> - Université de Montréal, Département de santé environnementale et santé au travail
<b>Co-auteurs</b>	<b>Stéphane Perron</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Université de Montréal. <b>Audrey Smargiassi</b> - Centre de recherche Léa Roback. Institut national de santé publique. <b>Louis Jacques</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive. Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale, Institut thoracique de Montréal.
<b>Résumé</b>	<p><b>Problématique</b> : Malgré l'existence de thérapies plus efficaces et de lignes directrices guidant la prise en charge de l'asthme, nombreux sont les enfants asthmatiques dont la maladie n'est pas maîtrisée. Plusieurs polluants de l'air intérieur et extérieur sont susceptibles d'aggraver l'asthme.</p> <p><b>Objectif</b> : Cette étude transversale porte sur l'association entre les facteurs environnementaux résidentiels, particulièrement les irritants (ex. : fumée de tabac, fumée de bois, trafic routier) et les allergènes (ex. : animaux, moisissures), et la prévalence de l'asthme non contrôlé chez</p>

	<p>les enfants montréalais âgés de 12 ans et moins.</p> <p><b>Méthode :</b> Les données proviennent d'un sondage sur la santé respiratoire des jeunes montréalais, réalisé en 2006 par la Direction de santé publique de Montréal, auprès de familles sélectionnées à partir d'une liste aléatoire fournie par la RAMQ. Les données de l'enquête Origine Destination ont été liées à celles du sondage pour estimer l'intensité de la circulation routière près du domicile (artère routière où 3160 véhicules circulent à l'heure de pointe du matin). L'association entre les facteurs environnementaux et la prévalence de l'asthme non contrôlé a été estimée au moyen de modèles de régression multiple en ajustant pour des facteurs potentiellement confondants. L'exposition des enfants avec un asthme non contrôlé a été comparée à celle dont la maladie était maîtrisée.</p> <p><b>Résultats préliminaires :</b> Dans une première analyse et après ajustement pour l'âge et le sexe, les facteurs environnementaux suivants se sont avérés associés à un risque accru d'asthme non contrôlé : la présence de tapis dans au moins une pièce du domicile, des conditions d'habitation humides ou la présence de moisissures, une forte densité de trafic routier près du domicile et une densité d'occupation &gt;1 personne par pièce d'habitation. L'exposition à la fumée de tabac, à la fumée de combustion de bois, aux animaux domestiques ainsi qu'aux animaux et insectes nuisibles n'étaient pas associés à un mauvais contrôle de l'asthme.</p> <p><b>Conclusions :</b> Les analyses préliminaires ont mis en évidence une association entre certains facteurs environnementaux résidentiels et le non contrôle de l'asthme. Les résultats concordent avec ceux rapportés dans la littérature. Des analyses ultérieures vérifieront l'influence de multiples facteurs (individuels, familiaux et environnementaux) sur l'asthme non contrôlé et permettront d'identifier de façon plus définitive ceux sur lesquels des interventions pourraient être mises de l'avant.</p>
--	--

<i>Hospitalisations pour asthme chez les enfants résidant sur l'île de Montréal: tendances récentes (1990-2005).</i>	
<b>Auteur principal</b>	<b>François Tessier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Dr. Tom Kosatsky</b> - BC Centre for Disease Control
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte :</b> Dans la plupart des pays occidentaux, le taux d'hospitalisation annuel pour asthme chez les enfants de moins de 15 ans a diminué constamment depuis 1993. Le constat est le même pour le taux de réhospitalisation et la durée du séjour à l'hôpital.</p> <p><b>Objectifs :</b> Brosser un portrait récent de l'hospitalisation pour asthme chez les enfants montréalais âgés de 6 mois à 14 ans et connaître de</p>

quelle façon l'hospitalisation pour asthme a évolué entre 1990 et 2005.

**Méthode :**

1. MED-ÉCHO (hospitalisations survenant au cours d'une année fiscale avril à mars)  
Hospitalisations de courte durée pour ces critères  
:  
Âge : 2 groupes: 6 mois-4 ans et 5-14 ans  
Groupement de maladies :
  - A. asthme (CIM9 493)
  - B. maladies respiratoires sauf asthme (CIM9 460 à 519)
  - C. toute maladie sauf maladies respiratoires et mentales
2. Statistique Canada  
Population annuelle par catégories d'âges interpolée à partir des recensements: 1991, 1996, 2001 et 2006  
Analyse du taux d'hospitalisation par rapport aux données socioéconomiques par RTA 200 enfants : selon le rang du RTA: 25<sup>e</sup> percentile, 26-74<sup>e</sup> percentile, ; 25<sup>e</sup> percentile

**Résultats ou retombées :**

1. Chez les enfants de 6 mois-14 ans, le taux d'hospitalisation avec asthme a connu une diminution depuis 1993, particulièrement chez les 6 mois-4 ans.
2. La durée du séjour à l'hôpital a diminué constamment entre 1990 et 2005.
3. Le pourcentage d'enfants réhospitalisés avec asthme au cours d'une même année a connu une baisse constante entre 1990-2005.
4. À la lumière de nos résultats, il existe une relation entre le taux d'hospitalisation et certaines variables socioéconomiques. On note que l'écart entre les taux d'hospitalisation des RTA les plus favorisés et les moins favorisés a diminué depuis quelques années.

**Discussion et conclusion :**

1. L'évaluation continue des hospitalisations avec asthme selon l'âge, l'hôpital, la sous-région géographique et les variables socioéconomiques est une mesure de surveillance simple et pertinente. Cette mesure est sans doute très

	<p>pertinente pour influencer d'une part la santé publique et d'autre part la pratique médicale.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Se pourrait-il que les enfants, qui auraient été autrefois hospitalisés soient désormais traités à l'urgence dans des unités de soins de courte durée?</li> <li>3. Se pourrait-il qu'il y ait un transfert de diagnostic d'asthme vers d'autres maladies respiratoires?</li> <li>4. Un contrôle des épisodes aigus plus efficace à l'urgence et à la maison, pourrait expliquer la diminution du taux d'hospitalisation observé.</li> </ol>
--	--

*Projet de recherche sur les audits de potentiel piétonnier.*

<b>Auteur principal</b>	<b>Sophie Paquin</b> - Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Co-auteurs</b>	<b>Anne Pelletier</b> - Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. <b>Amélie Chartrand</b> - Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal.
<b>Résumé</b>	<p>Depuis quelques années, les chercheurs s'intéressent à l'environnement bâti et à ses impacts sur la santé des populations. Cet intérêt découle du fait que plusieurs facteurs liés à l'organisation spatiale des villes semblent favoriser la dépendance à l'automobile, la sédentarité et l'obésité (Frank 2004; Lake 2006; Heinrich 2008; French 2001). Au Québec, en 2005 seulement 37 % des gens pratiquait des activités physiques assez régulièrement (Nolin et al. 2005), et moins de 10 % utilisaient le transport actif. L'organisation actuelle des villes rend souvent difficile l'utilisation de la marche comme moyen de transport (Ewing et al. 2002). Il est fréquent que les intersections soient trop larges, les trottoirs discontinus et que les destinations commerciales ou institutionnelles ne soient pas à proximité des quartiers résidentiels.</p> <p>Dernièrement, quelques outils ont été développés pour mesurer le potentiel piétonnier de nos villes afin d'évaluer les caractéristiques environnementales facilitant la marche.</p> <p>Les objectifs de notre recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'illustrer les variables identifiées dans la littérature sur le potentiel piétonnier, et l'aménagement urbain en utilisant une méthodologie d'audits de potentiel</li> </ul>

piétonnier.

- De tester une grille d'audit développée pour les milieux communautaires en la comparant sur le terrain à 2 grilles déjà validées.
- De procurer aux aménagistes de la ville et aux organisations locales des exemples concrets pour améliorer le potentiel piétonnier sécuritaire.

L'étude se déroulera dans trois quartiers montréalais du programme de revitalisation urbaine intégré (RUI) : Saint-Pierre, Mercier-Est, Côte St-Paul-Ville-Émard. Ces quartiers reçoivent une subvention de la DSP par le programme Aménager des quartiers durables.

L'étude consiste à :

1. Passer un questionnaire auprès d'informateurs-clés (ntotal : 30) pour connaître leur perception du potentiel piétonnier sur leur territoire.
2. Effectuer les audits de potentiel piétonnier sur 3 territoires à l'aide de 2 grilles d'évaluation validés et d'une troisième développée par l'équipe de recherche.
3. Organiser une rencontre d'échange avec les informateurs clés, une autre avec des citoyens (ntotal : 30) dans chaque quartier pour valider les résultats et identifier les contenus les plus pertinents selon les groupes d'acteurs.

Les résultats de l'étude serviront à améliorer et valider une grille d'audit de potentiel piétonnier afin d'outiller les acteurs locaux (CSSS, ONG, arrondissements) pour l'emploi de cet instrument diagnostic de l'environnement bâti. Cette recherche servira aussi à dresser un portrait du potentiel piétonnier de chacun des quartiers et à concevoir des formations pour le développement d'environnement favorables à la santé.