

MONTREAL 6 - 7 mai 2004 / 10^e COLLOQUE PROVINCIAL EN MALADIES INFECTIEUSES

VULNÉRABILITÉS ET PRÉVENTION EN MALADIES INFECTIEUSES



Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montréal



Santé publique

CAHIER DU PARTICIPANT

Auteurs

Auteurs multiples

Sous la coordination de

Martine Fortier, chef de l'Équipe promotion de la santé / formation
Unité maladies infectieuses, Direction de santé publique de Montréal

Révision et secrétariat

Manon Hudson, secrétaire de l'Équipe promotion de la santé / formation
Unité maladies infectieuses, Direction de santé publique de Montréal

Conception graphique et mise en page

Linda Daneau, infographiste
Unité maladies infectieuses, Direction de santé publique de Montréal

Secrétariat du colloque

Agora Communication

Remerciements

Nous remercions les membres des différents comités qui ont participé à l'élaboration de ce cahier :
Blaise Lefebvre, Marc Steben, Lucie Bédard, Élysabeth Lacombe, Monique Letellier et Maryse Lapierre.
Un remerciement particulier à Micheline Tremblay et Sylvie Audet du service Internet, *Unité Information de la DSP de Montréal* pour la conception du site internet du 10^e colloque provincial en maladies infectieuses.

Le présent document est disponible en version intégrale sur le site Internet du 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses au : www.santepub-mtl.qc.ca/cpmi2004.

La reproduction de ce document pour un usage personnel est autorisée. Toute reproduction pour d'autres fins doit être autorisée par le ou les auteurs concernés. Pour tout renseignement, vous pouvez écrire à mhudson@santepub-mtl.qc.ca

NOTE AUX PARTICIPANTS

Nous offrons ce cahier du participant sous forme d'un recueil des résumés des présentations orales, des communications par affiches et des kiosques. Ce document devrait faciliter aux participants le choix des conférences et permettre à ceux et celles qui n'ont pu y être de bénéficier d'une partie des connaissances transmises grâce à leur diffusion sur Internet.

Veuillez noter que ce cahier n'a pas fait l'objet d'une relecture de la part d'une personne ressource en révision linguistique. D'une part, nous n'avons pas reçu les résumés de tous les conférenciers. D'autre part, les résumés transmis par les conférenciers ont, sauf exceptions, été reproduits tels quels. Nous souhaitons que vous apprécierez ce cahier du participant qui vous guidera tout au long du colloque.

Si vous désirez transmettre vos commentaires, vous êtes invités à le faire à mfortier@santepub-mtl.qc.ca.

© Direction de santé publique,
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2004)

Dépôt légal : 2^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-417-9

C'est avec plaisir que la Direction de santé publique de Montréal vous souhaite la bienvenue à ce 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses se tenant les 6 et 7 mai 2004.

Au moment où la population, occidentale tout au moins, avait développé un solide sentiment d'invulnérabilité face aux maladies infectieuses, la récente actualité épidémiologique (SRAS, VNO, maladie de la vache folle, fièvre aviaire) et l'épidémie toujours présente de VIH nous rappellent notre commune fragilité face à ces maladies.

Malgré la large couverture vaccinale dont jouit actuellement la population québécoise et malgré des mesures de prévention et de protection assez largement répandues, force est de reconnaître que certaines personnes et communautés vivent dans des conditions les rendant vulnérables aux maladies infectieuses. Leur vulnérabilité peut être aussi un facteur de vulnérabilité pour tous. Aussi, sa réduction est essentielle.

Le thème retenu pour ce colloque, « **Vulnérabilités et prévention en maladies infectieuses : voir, penser et agir autrement** » invite, dans cette perspective, à réfléchir à la nécessité de bonifier nos pratiques de santé publique à la lumière d'une meilleure compréhension des réalités vécues par certaines fractions de la communauté.

Ce colloque nous permettra de prendre connaissance de résultats de recherche, de recevoir des témoignages et des réflexions et de partager des expériences entre différents intervenants et professionnels provenant de tous les horizons du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et d'autres milieux.

Nous espérons qu'il sera l'occasion d'un partage et d'un ressourcement susceptibles de revitaliser les pratiques de prévention et de protection en matière de maladies infectieuses et de dynamiser le partenariat nécessaire à la réduction de la vulnérabilité face à celles-ci.

Bienvenue !



John Carsley
John Carsley
Président



Martine Fortier
Martine Fortier
Coprésidente



Marc Steben
Marc Steben
Coprésident

PRÉSIDENTE

John Carsley
DSP de Montréal

COPRÉSIDENTE

Martine Fortier
Marc Steben
DSP de Montréal

COMITÉ DE COORDINATION

Martine Fortier, responsable
Manon Hudson, secrétaire
Lucie Bédard
John Carsley
Maryse Lapierre
Blaise Lefebvre
Marc Steben
DSP de Montréal

COMITÉ DES FINANCES

Marc Steben, responsable
Manon Hudson, secrétaire
Maryse Lapierre
Blaise Lefebvre
DSP de Montréal

**COMITÉ COMMUNICATION
ET LOGISTIQUE**

Blaise Lefebvre, responsable
Linda Daneau, infographie
Agnès Beaume
Martine Fortier
Manon Hudson
DSP de Montréal

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Lucie Bédard, responsable
Agnès Beaume, secrétaire
John Carsley
Martine Fortier
Monique Letellier
Élise Roy
Marc Steben
Terry Nan Tannenbaum
Louise Valiquette
DSP de Montréal
Jacqueline Bayreuther
CLSC Côte-des-Neiges
Lise Guérard
MSSS
Diane Lemieux
CLSC Pierrefonds / Regroupement des CLSC du Québec
Jean-Pierre Villeneuve
Association des médecins omnipraticiens de Montréal

CONTEXTE CONCEPTUEL

THÉMATIQUE RETENUE

« Vulnérabilités et maladies infectieuses : voir, penser et agir autrement » tel est le thème retenu pour ce 10^e colloque provincial en maladies infectieuses. On entend ici par vulnérabilités les facteurs qui rendent des populations, des groupes sociaux ou des personnes plus susceptibles que la moyenne aux infections ou aux maladies. Une personne peut être en situation de vulnérabilité aux maladies infectieuses compte tenu de son milieu de vie (ex : les sans-abri, les prisonniers), de son niveau socio-économique (certains problèmes de santé plus prévalents chez les plus démunis), de ses habitudes de vie (ex : utilisateurs de drogues injectables, personnes ayant des relations sexuelles non sécuritaires), de ses croyances (ex : groupes religieux contre la vaccination), de ses origines ethnoculturelles (ex : immigrant récent venant d'un pays où la tuberculose est endémique), de son travail (ex : travailleur d'une usine de transformation de la viande crue) ou tout simplement de son âge (jeunes enfants, personnes âgées), de son état de santé (ex : personnes immunosupprimées), d'un manque d'accès aux services de santé adéquats (ex : services aux immigrants récents) et même à cause d'une combinaison de ces facteurs. En situation de vulnérabilité, qu'elle soit temporaire ou permanente, les risques d'exposition aux maladies infectieuses sont plus grands et les conséquences parfois permanentes sur la santé des individus.

PROBLÉMATIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES

Il y a eu des gains appréciables faits dans la diminution de l'incidence des maladies infectieuses au cours des dernières décennies, certains grâce, entre autres, aux activités des intervenants de santé publique et de leurs partenaires en prévention et en protection. Si l'ensemble de la population a profité de ces gains contre les maladies infectieuses, il n'en reste pas moins que des populations en situation de vulnérabilité en ont peu ou pas profité. Chez elles, les gains sont moins appréciables et certaines interventions se sont même parfois soldées par des échecs. Il arrive que les approches traditionnelles de santé publique et cliniques aient des succès mitigés. De plus, bien que le nombre d'individus en situation de vulnérabilité demeure limité, le poids relatif en morbidité, en mortalité, en soins et efforts de prévention et de contrôle est important. Finalement, les interventions thérapeutiques ou prophylactiques semblent mal adaptées aux personnes vulnérables.

POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Aux fins du colloque, les populations en situation de vulnérabilité retenues sont : les immigrants récents venant de pays où les maladies infectieuses sont endémiques, les jeunes de la rue, les utilisateurs de drogues injectables qui utilisent du matériel souillé, les hommes ayant des relations sexuelles non protégées avec d'autres hommes, les autochtones, les sans-abri, les populations socio-économiquement défavorisées, les personnes vivant en milieu carcéral, les populations non vaccinées, les personnes immunosupprimées par leur âge ou leur état de santé, certains professionnels. Selon la source de leur vulnérabilité et leur comportement, ces populations sont susceptibles de contracter différentes infections dont les maladies évitables par la vaccination, les infections transmissibles sexuellement, les hépatites, certaines maladies entériques ou des infections respiratoires dont la tuberculose. La situation se complique avec l'accroissement de la résistance aux antibiotiques et le manque d'accès aux soins continus, personnalisés et préventifs.

JEUDI 6 MAI

7 h 30

Accueil et inscription

8 h 30

Mot de bienvenue

John Carsley, président

Responsable de l'Unité maladies infectieuses - DSP de Montréal

Plénière d'ouverture

Démographie, économie et valeurs de la santé :
influence sur la vulnérabilité

Marie-France Raynault, médecin

USD Planification et développement social - DSP de Montréal

Pourquoi nos mesures préventives ne fonctionnent
pas toujours avec les populations vulnérables ?

David Patrick, professeur associé et Directeur du
Service d'épidémiologie - BC Centre for Disease Control

10 h 15

Pause et session d'affiches

10 h 45

Ateliers simultanés

12 h 15

Dîner

Activité midi

The Gift

Visionnement du documentaire sur le phénomène des *gift givers* et
des *bug chasers* et sur l'importance de renouveler les messages
de prévention du VIH. Réalisé par Louise Hogarth.

13 h 30

Ateliers simultanés

15 h

Pause et session d'affiches

15 h 30

Ateliers simultanés

17 h

Cocktail dînatoire

Musée McCord

690, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Qc) H3A 1E9

VENDREDI 7 MAI

8 h 30

Ateliers simultanés

10 h

Pause et session d'affiches

10 h 30

Ateliers simultanés

12 h

Dîner

13 h 15

Ateliers simultanés

15 h

Pause

15 h 30

Plénière de fermeture

Points de vue et orientations des grandes instances de santé
publique pour « Voir, penser et agir autrement »
auprès des populations vulnérables
aux maladies infectieuses

Alain Poirier, MSSS

Richard Massé, INSPQ

Christine Colin, Université de Montréal (RUIS)

et un représentant des organismes subventionnaires

17 h

Mot de la fin

Richard Lessard, directeur de santé publique
ADRLSSS de Montréal

PORT DE LA COCARDE

C'est la cocarde qui vous ouvre la porte des salles de conférences et vous permet d'accéder aux dîners et de circuler librement lors du cocktail dînatoire au Musée McCord. Il est nécessaire de la porter en tout temps.

ÉVALUATION DU COLLOQUE

Le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec établit les normes en matière de reconnaissance des activités de formation. Cet organisme est notre guide pour l'acceptation de l'accréditation en formation professionnelle continue en santé. Aussi, l'évaluation est une composante essentielle de l'accréditation.

Vous êtes donc tous et toutes fortement priés d'accomplir une tâche importante lors du colloque soit l'évaluation de son organisation et de vos apprentissages. Vous trouverez dans le sac du participant un cahier d'évaluation en quatre parties :

- 1. L'évaluation globale de ce colloque**
- 2. L'évaluation des plénières du jeudi et du vendredi**
- 3. L'évaluation des différents ateliers**
- 4. L'évaluation des communications par affiches**

Nous vous remercions de votre collaboration et souhaitons que ce colloque soit un lieu d'apprentissages et d'échanges fructueux.

**S.V.P. - Il est important de remettre ce cahier d'évaluation avant votre départ.
Une grande participation à l'évaluation contribue à l'évolution en formation professionnelle.**

DOCUMENTATION

Le recueil des résumés des présentations orales, des communications par affiches et des kiosques est disponible sur le site Internet du 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses au : **www.santepub-mtl.qc.ca/cpmi2004**.

À l'issue de l'événement, les présentations complétées des conférenciers qui l'autoriseront seront ajoutées.

RECONNAISSANCE DE PARTICIPATION ET ACCRÉDITATION

Tous les participants au 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses reçoivent une **ATTESTATION DE PRÉSENCE** officielle qui leur sera remise à l'accueil lors de leur arrivée au colloque.

ACCRÉDITATION

Il est possible d'obtenir une reconnaissance de formation continue officielle pour tout médecin ou toute infirmière participant au 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses.

Le vice-décanat à la formation professionnelle continue de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a reconnu la participation aux activités de ce colloque pour l'équivalent de 12 heures de crédits de catégorie 1 réparties en deux journées. Cette formation est également admissible au remboursement de ressourcement selon l'entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal a aussi reconnu la participation aux activités de ce colloque pour un équivalent de 1.2 UFC. Chaque unité de formation continue (UFC) non créditée en sciences infirmières équivaut à 10 heures de crédits de formation professionnelle continue de la faculté de médecine.

Certaines exigences doivent cependant être remplies :

Les omnipraticiens ou médecins de famille présents doivent :

- Signer la feuille de présence disponible à cette fin à la table d'accueil du colloque. Ils recevront, par la poste, la reconnaissance de cette formation de même que la feuille requise par la RAMQ pour le remboursement de ressourcement.
- Remettre le « Cahier d'évaluation » complété dès la fin du colloque. Une synthèse des évaluations faites par les participants sera remise au vice-décanat par le comité scientifique. Il est clair que le nombre de « Cahier d'évaluation » remis doit se rapprocher le plus possible du nombre de participants au colloque.

Les médecins spécialistes présents doivent :

- Signer la feuille de présence disponible à cette fin à la table d'accueil du colloque.
- Inscrire eux-mêmes le nombre d'heures de formation auxquelles ils ont droit à l'intérieur du Programme de maintien du certificat du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. Chaque heure de participation équivaut à un crédit de la section 1 de ce programme, pour un maximum de 12 heures.
- Remettre le « Cahier d'évaluation » complété dès la fin du colloque. Une synthèse des évaluations faites par les participants doit être remise au vice-décanat par le comité scientifique. Il est clair que le nombre de « Cahier d'évaluation » remis doit se rapprocher le plus possible du nombre de participants au colloque.

Les infirmiers et infirmières présents doivent :

- Compléter le formulaire de présence disponible à cette fin à la table d'accueil du colloque.
- Remettre le « Cahier d'évaluation » complété dès la fin du colloque. Une synthèse des évaluations faites par les participants sera remise au vice-décanat par le comité scientifique. Il est clair que le nombre de « Cahier d'évaluation » remis doit se rapprocher le plus possible du nombre de participants au colloque.
- Recevoir, par la poste, directement de la Faculté des sciences infirmières, le certificat attestant des UFC non créditées. En effet, le responsable du comité scientifique fera parvenir directement à la Direction de la Faculté des Sciences infirmières les coordonnées de chaque infirmier/infirmière qui aura payé les frais supplémentaires de cette attestation.

Pour information concernant vos crédits, veuillez vous présenter à la table d'accueil du colloque.

JEUDI 6 MAI ET VENDREDI 7 MAI

COMMUNICATIONS PAR AFFICHES

Tous les renseignements sur les affiches présentées et les auteurs se retrouvent aux pages 12 à 16 de ce cahier. Les résumés des affiches disponibles peuvent aussi être consultés à cette section.

KIOSQUES DES COMMANDITAIRES

Plusieurs compagnies pharmaceutiques et organismes institutionnels ont contribué au financement de ce 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses. Sans cet apport, le colloque n'aurait pu avoir lieu. Ces commanditaires sont présents à l'événement et présentent des kiosques dans les foyers des 2^e et 3^e étages du Centre Mont-Royal. Nous vous invitons à les visiter. Vous trouverez la liste des commanditaires aux pages 10 et 11.

KIOSQUES DES RÉSEAUX DE LA SANTÉ ET DU COMMUNAUTAIRE

Par ailleurs, il a été offert aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux organismes communautaires la possibilité de présenter un kiosque, sans frais, que vous pourrez visiter pendant les pauses et les dîners. Les kiosques présentent des projets et/ou des outils tout en favorisant les échanges et les discussions. Les descriptions de ces différents kiosques se trouvent aux pages 18 et 19 de ce cahier.

PASSEPORT D'EXPOSITION

Un passeport a été développé, en collaboration avec les personnes responsables des différents kiosques, afin de vous inciter à visiter l'ensemble des exposants. Ce passeport, sous forme d'un petit carnet, se trouve à l'intérieur du sac à dos.

La visite des kiosques vous permettra de trouver les réponses aux questions qui se trouvent dans ce passeport. En répondant correctement à l'ensemble des questions, vous courez la chance de gagner des prix intéressants :

1^{er} prix :

Ordinateur de poche (Palm Pilot)

2^e prix :

Caméra numérique

Votre passeport complété doit être déposé dans la boîte prévue à cet effet au kiosque de la Direction de santé publique de Montréal au plus tard le vendredi 7 mai 2004, 13h30.

Pour remporter l'un des prix, vous devez être sur place et avoir toutes les bonnes réponses. Le tirage se fera à la pause du vendredi 7 mai à 15h15.

Nous remercions tous les exposants qui ont accepté de participer à cette activité.

Bon colloque à tous !

JEUDI 6 MAI

12h15 à 13h30, salle Cartier II

VISIONNEMENT DU DOCUMENTAIRE « THE GIFT »

Une réalisation de Louise Hogarth

Les *gift givers*, les *bug chasers* et l'importance de renouveler les messages de prévention du VIH.

Présenté par :

Christine Savoie, agente de planification,

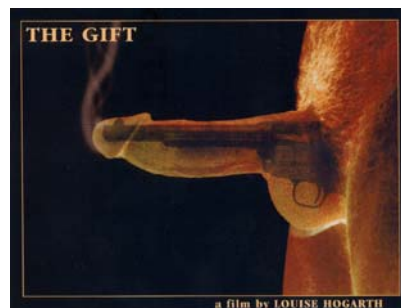
DSP de Montréal

Elysa Lacombe, agente de planification

DSP de Montréal

Jean Beauchemin, agent de recherche

DSP de Montréal



Vingt ans après la panique initiale, il y aurait une nouvelle complaisance chez plusieurs jeunes hommes, alimentée par la fausse croyance que le sida est maintenant une maladie contrôlable. « The Gift » est un documentaire innovateur qui jette un regard très critique sur les *gift givers* (hommes séropositifs qui offrent le cadeau de l'infection VIH) et sur les *bug chasers* (hommes séronégatifs qui veulent contracter le VIH) en ces périodes de clavardage et de traitements améliorés contre le VIH. De ceux qui n'aiment pas le condom jusqu'à ceux qui désirent délibérément être infectés en passant par le « ne demande rien... ne dis rien », nous voyons des modes inquiétantes de comportements à risque qui font augmenter les statistiques de personnes séropositives. « The Gift » est un documentaire important sur un moment intéressant de la crise du sida. Il suscitera sûrement la discussion.

Le visionnement de plusieurs extraits du documentaire sera suivi d'une brève discussion.

Note : Le documentaire est en anglais.

JEUDI 6 MAI

17h à 20h, Musée McCord

COCKTAIL DÎNATOIRE du 10^e COLLOQUE PROVINCIAL EN MALADIES INFECTIEUSES



La journée du jeudi 6 mai se termine par un cocktail dînatoire auquel sont conviés tous les participants à l'événement. En plus de fournir un moment d'échange, de plaisir et de détente, ce sera l'occasion de visiter le Musée McCord d'histoire canadienne.

Des bouchées accompagnées de vins et de boissons non alcoolisées seront servies.

Musée McCord

690, rue Sherbrooke Ouest à Montréal.

Hall, Atrium et salle Théâtre J. Armand Bombardier

COMMANDITAIRES MAJEURS



Aventis Pasteur



AUTRES COMMANDITAIRES

3M Pharmaceuticals

 **SCHERING CANADA INC.**



LifeStyles
CONDOMS

 **Boehringer
Ingelheim**

Agriculture, Pêcheries
et Alimentation
Québec 



Wyeth



 **Virologie^{MC} BMS**  **VirologyTM**

ORGANISATIONS

Santé
et Services sociaux
Québec 

Agriculture, Pêcheries
et Alimentation
Québec 



Santé
Canada

Health
Canada

Les affiches sont présentées en permanence durant toute la durée du 10^e Colloque provincial en maladies infectieuses. Les auteurs (ou co-auteurs) seront présents pour échanger avec les participants lors des pauses et à l'heure du dîner. Une partie des résumés soumis par les auteurs se trouvent dans le présent cahier à la section « Présentation des communications par affiches » aux pages 13 à 16.

Accessibilité, utilisation et besoins non comblés en soins et services de santé chez les travailleuses du sexe de Laval

Julie Jacques (Sida-Vie Laval), Nguyet Nguyen (DSP de Laval), Isabel Rodrigues (Université de Montréal), Thérèse Venne (CLSC du Marigot), Kesnamelly Neff (Sida-Vie Laval), Karine Guilbault (Sida-Vie Laval)

Impact de la campagne d'immunisation de masse contre le méningocoque de sérogroupe C au Québec, 2001-2002

Philippe De Wals^{1,2,3}, G. Deceuninck⁴, N. Boulianne^{1,3}, G. De Serres^{1,2,3}. ¹Institut national de santé publique du Québec; ²Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec; ³Institut national de santé publique du Québec; ⁴Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec.

L'évaluation de la prise en charge clinique de la tuberculose infection latente chez les nouveaux immigrants à Montréal

Brent Richards, Robert Kozak, Paul Brassard, Dick Menzies, Kevin Schwartzman; Institut Thoracique de Montréal

Tabagisme et la tuberculose infection latente

Mélanie Lavigne, Isabelle Rocher, Paul Brassard; Institut Thoracique de Montréal

Évaluation d'un programme de dépistage tuberculinique en milieu scolaire

Paul Brassard, Colin Steensma, Louise Cadieux, J. Jutla, Larry Lands; Hôpital de Montréal pour Enfants

Vacciner contre la varicelle des enfants de 4^e année : de la théorie à la pratique

Paul Rivest, Lise Grenier, Guy Lonergan, Lucie Bédard. DSP de Montréal

Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les populations vulnérables - infirmiers(ères) de proximité de Montréal

Teena Marie Johns, T BSc. Inf., DSP de Montréal; Dominique Boudreau, BSc Inf., CLSC du Plateau Mont-Royal

Investigation des contacts d'un cas de tuberculose pulmonaire et laryngée

François Milord, Eric Levac, Lina Perron, Céline Gariépy, Danielle Meilleur, Ginette Lagarde, Manon Blackburn. Direction de santé publique de la Montérégie, Longueuil; Université de Sherbrooke, Sherbrooke

B.U.G.S.

Gayla Dial Dionne, infirmière consultante en prévention des infections et santé au travail

Intervention de santé publique auprès des clients d'une clinique d'acupuncture

Josianne Létourneau, Nicole Beaudet, Éric Litvak, Hélène Rodrigue, John Carsley, Christine Lacroix, Carole Morissette, Terry Nan Tannenbaum, Claude Tremblay, Michèle Tremblay DSP de Montréal

Recherche sur la prévalence des réactions tuberculiques significatives parmi les stagiaires de la santé

Lynda Thibeault MD, MSC, Paul Rivest MD, MSc. DSP de Montréal

Accessibilité, utilisation et besoins non comblés en soins et services de santé chez les travailleuses du sexe de Laval

Julie Jacques, Sida-Vie Laval, Nguyet Nguyen, DSP de Laval, Isabel Rodrigues, Université de Montréal
Thérèse Venne, CLSC du Marigot, Kesnamelly Neff, Sida-Vie Laval, Karine Guilbault, Sida-Vie Laval

Objectif : L'objectif de cette recherche est d'améliorer l'accès et la qualité des soins et services pour répondre aux besoins des travailleuses du sexe de Laval. **Méthode :** Il s'agit d'une recherche qualitative où nous réaliserons dans un premier temps un focus group et 12 entrevues individuelles semi-dirigées auprès de travailleuses du sexe. Par la suite, deux autres focus group auprès d'une douzaine de professionnels (médecins, infirmières) et d'intervenants de milieu ayant collaboré à des services de prévention des ITSS seront réalisés. **Résultats :** Cette recherche permettra d'évaluer si les travailleuses du sexe utilisent les services disponibles et si ces services leur sont vraiment accessibles. De plus, nous serons en mesure de vérifier s'il y a, chez cette population, des besoins non comblés en soins et services de santé et de proposer des pistes de solutions pour le développement de stratégies d'intervention mieux adaptées. **Conclusion :** Le but final de cette étude et des études qui en découleront sera de faciliter et d'augmenter la consultation et la prise en charge de cette population vulnérable par le réseau de la santé, d'augmenter la prévention et le traitement des ITSS et d'améliorer l'état de santé global de ce groupe de femmes.

Impact de la campagne d'immunisation de masse contre le méningocoque de sérotype C au Québec, 2001-2002.

P. De Wals^{1,2,3}, G. Deceuninck⁴, N. Boulianne^{1,3}, G. De Serres^{1,2,3} - ¹Institut national de santé publique du Québec - ²Département de médecine sociale et préventive - Université Laval, Québec - ³Institut national de santé publique du Québec - ⁴Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec.

Objectifs : Évaluer les taux de couverture vaccinale suite à la campagne d'immunisation de masse contre le méningocoque de sérotype C au Québec, l'impact de la campagne sur l'incidence des infections invasives à méningocoque de sérotype C (IIM-C), l'efficacité du vaccin conjugué et le nombre de cas prévenus durant la période 2001-2002. **Méthodologie :** Les taux de couverture vaccinale dans les différentes régions et groupes d'âge ont été estimés à partir des statistiques de recensement, des formulaires de vaccination reçus à l'INSPQ et de données agrégées fournies par les régions. Les taux d'incidence ont été calculés à partir des cas d'IIM-C enregistrés dans le fichier MADO et des souches transmises au LSPQ. **Résultats :** Au total, 82,1 % des 1,9 millions de personnes âgées entre 2 mois et 20 ans ciblées par la campagne ont été vaccinées. Au terme de la campagne d'immunisation dans la région de la capitale nationale et dans le reste de la province, l'incidence des IIM-C a chuté de façon importante dans la population visée. Chez les adultes non visés, l'incidence des IIM-C est restée élevée. Au sein de la population visée, une forte diminution d'incidence a été constatée chez les jeunes âgés entre 3 et 16 ans, groupe ayant un taux de vaccination élevé. Dans les cohortes âgées entre 17 et 21 ans moins bien vaccinées, l'incidence chez les non vaccinés a été plus élevée en 2002 qu'en 2001. La même constatation est faite chez les moins de 2 ans non vaccinés qui sont principalement exposés à des adultes non vaccinés. L'efficacité globale du vaccin conjugué peut être estimée à 96,8 %, durant la première année (IC à 95 % : 75,0 %-99,9 %). **Conclusion :** En fonction de différentes hypothèses concernant l'immunité de population, le nombre de cas prévenus par la campagne pourrait varier entre 33 et 123.

L'évaluation de la prise en charge clinique de la tuberculose infection latente chez les nouveaux immigrants à Montréal

Brent Richards, Robert Kozak, Paul Brassard, Dick Menzies, Kevin Schwartzman
Institut Thoracique de Montréal

Objectif : Évaluer la performance du programme de surveillance de la tuberculose infection latente (LTBI) plus particulièrement la prise en charge clinique des immigrants récents à Montréal. **Méthode :** Pour la période 1999-2000, nous avons examiné le processus de notification, de référence et d'évaluation médicale à partir des données de surveillance médicale de la direction de santé publique de Montréal et des dossiers médicaux de l'Institut thoracique de Montréal. **Résultats :** Des 1444 immigrants notifiés à la DSP par Immigration Canada, 792 (55%) lettres de référence furent envoyées par la DSP. 654 (45 %) immigrants se sont présentés pour une évaluation médicale, 322 furent diagnostiqués avec une LTBI, 215 (15 %) débutèrent un traitement et 156 (11 %) l'ont complété. Des 388 immigrants jugés comme pouvant potentiellement recevoir un traitement pour la LTBI, 274 (71 %) reçurent un dépistage tuberculinique. La décision d'offrir un traitement pour la LTBI est conforme aux recommandations canadiennes dans 87 % des patients avec une évaluation médicale complète. La concordance entre les radiologistes et les cliniciens concernant la présence d'anomalies radiologiques compatibles avec une LTBI est élevée (Kappa = 0.63). **Conclusion :** Un meilleur processus de notification de la part d'Immigration Canada, de même qu'une standardisation de la prise en charge clinique, seraient nécessaires afin d'améliorer l'efficacité du programme de surveillance médicale à Montréal.

Tabagisme et la tuberculose infection latente

Mélanie Lavigne, Isabelle Rocher, Paul Brassard

Institut Thoracique de Montréal

Le tabagisme est un facteur de risque important dans le développement de la tuberculose (TB) maladie et de la mortalité associée. Cependant, la dépendance à la nicotine n'a jamais été étudiée comme un facteur associé à l'adhérence au traitement de la tuberculose infection latente (LTBI). **Méthode :** Entre 1998 et 2000, un échantillonnage de patients traités pour la LTBI a complété un questionnaire auto-administré (Français-Anglais) portant sur les habitudes de vie et le statut de fumeur. Les variables démographiques et cliniques ont été collectées lors d'une révision des dossiers des patients. L'indice de dépendance à la nicotine parmi les fumeurs a été défini à l'aide d'une échelle visuelle de 1 (dépendance minimale) à 10 (dépendance maximale). Les fumeurs et les non-fumeurs ont été comparés selon leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs habitudes de vie reliées à la cigarette. **Résultats :** 320 patients ont été recrutés et 302 (94 %) ont complété le questionnaire dont 265 étaient des immigrants récents. Les fumeurs représentaient 21 % des patients. Les facteurs significativement associés au tabagisme étaient le sexe, les croyances négatives reliées à l'impact de la cigarette sur la santé, le manque d'examen dentaire annuel et la croyance d'un faible impact de la cigarette sur la santé personnelle. Une bonne fidélité au traitement a été notée chez 72 % des patients. Les facteurs associés à la non-fidélité au traitement de la LTBI étaient le genre masculin (OR 2.0; 95 % CI : 1.2-3.3) et le statut de fumeur (OR : 1.8; 95 % CI : 1.03-3.3). En multivariée, seul le genre masculin est indépendamment associé à la non-fidélité au traitement (OR : 1.9; 95 % CI : 1.06-3.2).

Conclusion : Une meilleure compréhension des facteurs de risque et des habitudes de vie chez les fumeurs recevant un traitement pour la LTBI vise à favoriser le développement d'interventions préventives du tabagisme dans cette population à risque élevé de TB.

Évaluation d'un programme de dépistage tuberculinique en milieu scolaire

Paul Brassard, Colin Steensma, Louise Cadieux, J. Jutla, Larry Lands

Hôpital de Montréal pour Enfants

Introduction : Le dépistage tuberculinique ciblé chez les enfants immigrants récents a été démontré comme efficace pour diminuer le risque subséquent de tuberculose maladie. Nous décrivons le processus de dépistage et les caractéristiques épidémiologiques des enfants en classe d'accueil avec un test cutané (TST) positif. **Méthode :** Une étude rétrospective des listes d'élèves des classes dépistées et des dossiers médicaux des cas référés pour évaluation médicale de 1998-2002. Un TST 10 mm est considéré positif. **Résultats :** 2012 enfants furent dépistés; de ceux-ci, 431 (21.4 %) étaient TST positifs et furent référés à la clinique pédiatrique de l'hôpital de Montréal pour enfants. 56 % étaient des filles, l'âge moyen était 12 ans et 80 % provenaient de région endémique pour la tuberculose. 395 (92 %) se sont présentés à la clinique et 322 furent traités pour tuberculose infection latente (LTBI). Aucun cas de tuberculose maladie fut trouvé. **Conclusion :** La proportion élevée d'enfants se présentant à la clinique et débuté sous traitement pour la LTBI démontre l'efficacité du programme de dépistage. La prévalence élevée de TST et la bonne efficacité du programme de dépistage suggèrent non seulement le maintien mais l'implantation plus large d'un tel processus.

Vacciner contre la varicelle des enfants de 4^e année : de la théorie à la pratique

Paul Rivest, Lise Grenier, Guy Lonergan, Lucie Bédard

DSP de Montréal-Centre

Contexte : En janvier 2004, le Québec n'avait pas encore de programme universel de vaccination contre la varicelle. Dans le cadre d'un projet pilote, en 2002-2003, la vaccination contre la varicelle a été offerte aux élèves réceptifs de 4^e et 5^e année d'écoles d'un territoire d'un CLSC de Montréal. Cette intervention était intégrée au programme de vaccination contre l'hépatite B. **Méthodes :** Deux stratégies de vaccination ont été comparées : associer la vaccination contre la varicelle à la 1^{ère} dose du vaccin contre l'hépatite B ou à la 2^e dose. La proportion d'enfants réceptifs et la proportion de parents d'enfants réceptifs qui ont consenti à la vaccination ont été calculées. Le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B après deux doses a été comparé pour les années 2000-2001 et 2002-2003. **Résultats :** Sur un total de 3 856 élèves inscrits, 3 486 (90,4 %) ont retourné un formulaire de consentement. Parmi les 3 272 élèves pour lesquels l'information était disponible, 441 (13,5 %) étaient réceptifs. Parmi eux, 394 (89,3 %) ont consenti à la vaccination, 43 (9,8 %) ont refusé et 4 (0,9 %) n'ont pas répondu. La proportion des élèves réceptifs (13,5 %) et la proportion des élèves qui ont consenti à la vaccination (89,3 %) étaient comparables dans les deux groupes d'intervention.

Conclusion : La vaccination contre la varicelle des enfants réceptifs de 4^e année en association avec la campagne de vaccination contre l'hépatite B peut se faire sans difficultés majeures et sans impact négatif sur la campagne de vaccination contre l'hépatite B.

Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les populations vulnérables - infirmiers(ères) de proximité de Montréal

Teena Marie Johns, T BSc. Inf., DSP de Montréal

Dominique Boudreau, BSc Inf., CLSC du Plateau Mont-Royal

Cette présentation s'adresse aux infirmiers(ères) intéressés à développer des services de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) à proximité (hors établissement) pour les populations vulnérables difficiles à rejoindre. Il présente le travail innovateur d'un regroupement d'infirmiers(ères) de proximité à Montréal, qui ont su saisir l'opportunité d'aller de l'avant et de développer une branche de la profession peu commune. Population cible, stratégies pour rejoindre la clientèle, approche client, l'adaptation de la pratique clinique hors établissement, les contraintes rencontrées et les outils développés seront décrits. À Montréal, 9 CLSC, en collaboration avec la Direction de Santé Publique Montréal-Centre et plusieurs organismes communautaires/humanitaires, ont le mandat de rendre accessibles des services de santé à une population marginalisée et vulnérable aux ITSS qui autrement ne consulterait pas les services de santé déjà en place. L'objectif principal est d'aller à proximité, en partenariat avec les organismes communautaires, rejoindre cette population dans les : sites d'échange de seringues, prisons, organismes communautaires, bars, saunas, rues, etc. L'implantation du programme a nécessité les étapes suivantes : connaissance des populations vulnérables, analyse de besoins et d'opportunités d'intervenir, établissement de standards et procédures uniformes et adaptées au contexte de proximité et développement d'outils de monitoring et dossier client. Voici certains résultats après 3 ans d'implantation : collaboration avec plus d'une trentaine de partenaires communautaires, sessions intensives de vaccination sur une base régulière, soins cliniques de base sur place, plus grande accessibilité aux services ITSS, sensibilisation de la clientèle à la prévention et conservation des outils tel carnet de vaccination/dépliants. Le travail de proximité peut rejoindre des populations vulnérables et l'infirmière est souvent le premier point de contact avec le réseau de la santé. À Montréal, nous retrouvons une vingtaine d'infirmiers(ères) dans un rôle pivot en prévention et qui travaillent avec acharnement.

B.U.G.S.

Gayla Dial Dionne, infirmière consultante en prévention des infections et santé au travail

Basic bug business information to promote understanding of infection transmission concepts and generate improved compliance among staff, patients, and visitors regarding infection prevention and control practices. Known as the « BugLady », the infection control practitioner has used various creative ways to get the attention of both patients and staff in order to enhance their collaboration in implementing infection control measures in various facilities. She presents in a simplified and humorous manner the basic concepts of infection transmission and prevention practices creative concepts for the bottom line in Basic Bug Business.

Intervention de santé publique auprès des clients d'une clinique d'acupuncture

Josianne Létourneau, Nicole Beaudet, Éric Litvak, Hélène Rodrigue, John Carsley, Christine Lacroix, Carole Morissette, Terry Nan Tannenbaum, Claude Tremblay, Michèle Tremblay

DSP de Montréal

Le 15 janvier 2004, la DSP de Montréal recevait un signalement de l'Ordre des acupuncteurs du Québec concernant une ostéopathe qui pratiquait l'acupuncture et qui réutilisait des aiguilles non stérilisées. Comme cette personne n'était pas membre de l'Ordre des acupuncteurs, le mandat de protection de la population relevait de la DSP (LSP, art.96). Le 20 janvier, la DSP visitait la clinique afin d'obtenir tous les renseignements nécessaires à son enquête (LSP, art. 100). Les constatations faites sur les lieux ont confirmé que des traitements d'acupuncture étaient effectués et qu'il y avait réutilisation des aiguilles non stérilisées. De plus, l'ostéopathe utilisait un instrument métallique appelé « stillet » qui était inséré dans le nez des clients. Cet instrument était lavé à l'eau et au savon entre les usages. Après une revue de littérature et des consultations légales, l'UMI décidait d'aviser par courrier recommandé les clients ayant reçu des traitements d'acupuncture ou « stillet » et de les inciter à passer un test de dépistage pour le VIH et les hépatites B et C. L'UMI a procédé à une révision de tous les dossiers de la clinique pour identifier les personnes qui avaient reçu ces traitements, procédé à la saisie informatique de 1152 dossiers, à la validation des adresses, au transfert des noms des individus aux 16 régions concernées et posté 553 lettres aux clients habitant Montréal. L'UMI a aussi développé des outils d'information et organisé un système de réponse téléphonique. Le déroulement de l'intervention a été un succès. Le message était clair et a suscité peu d'appels des clients. Par contre, l'intervention a soulevé certains problèmes de coordination d'un dossier provincial, d'organisation de services dans les CLSC et d'application de la nouvelle Loi des infirmières.

Recherche sur la prévalence des réactions tuberculiniques significatives parmi les stagiaires de la santé

Lynda Thibeault, médecin - résidente en santé communautaire

Paul Rivest, médecin

DSP de Montréal

Objectifs : 1) documenter la prévalence des tests cutanés à la tuberculine (TCT) = 5 mm et = 10 mm parmi les stagiaires en soins infirmiers du Québec; 2) vérifier les facteurs associés à des réactions significatives et 3) questionner la recommandation de dépistage systématique en deux temps. **Méthodes :** cette étude visait les stagiaires en soins infirmiers de cégeps de toutes les régions du Québec qui débutaient en établissement au cours de l'automne 2002 ou de l'hiver 2003. Les questionnaires ont porté sur les résultats aux TCT et sur les facteurs associés aux réactions significatives. **Résultats :** parmi les 1347 questionnaires complétés provenant de 33 institutions, 1195 (88,7 %) stagiaires ont subi deux TCT de moins de 5 mm alors que 104 (7,7 %) ont eu un TCT = 10 mm. Les quatre facteurs associés à une réaction significative sont l'âge, le pays de naissance, un contact antérieur avec un cas de tuberculose (TB) et le BCG. Dans l'hypothèse où le dépistage n'aurait pas été effectué, 5,3 % de sujets auraient un TCT significatif lors d'une enquête post-exposition. **Discussion :** lors d'un dépistage, un résultat au TCT = 10 mm peut signifier une chimioprophylaxie à l'INH. C'est seulement lorsque le résultat de TCT se situe entre 5 et 9 mm que l'indication de chimioprophylaxie est différente lors du dépistage pré-stage par rapport à un dépistage post-exposition. La pertinence d'un dépistage systématique avant les stages doit s'appuyer entre autres sur la prévalence attendue de réactions significatives chez les stagiaires et sur le risque d'expositions à un cas de tuberculose lors d'un emploi futur.

Investigation des contacts d'un cas de tuberculose pulmonaire et laryngée

François Milord, Eric Levac, Lina Perron, Céline Gariépy, Danielle Meilleur, Ginette Lagarde, Manon Blackburn.

DSP de la Montérégie; Université de Sherbrooke

Dans une région rurale du Québec, la déclaration d'une tuberculose pulmonaire et laryngée a conduit à une investigation d'envergure. Âgé de 80 ans, ce patient a été hospitalisé 12 jours dans une unité de médecine et de pédiatrie avant le diagnostic et l'isolement. Un test à la tuberculine 5 UT (PPD) a été recommandé aux contacts. Dans la stratégie de dépistage en cercles concentriques, le seuil de passage au cercle suivant était fixé à 10 % de PPD supérieurs à 4 mm. Parmi les 54 contacts domiciliaires et hospitaliers les plus étroits du premier cercle, 17 (31 %) avaient un PPD positif. Trois des 65 enfants hospitalisés à l'unité ont présenté une conversion alors que 27 (27 %) des 101 adultes du deuxième cercle étaient positifs. Les visiteurs des patients hospitalisés qui faisaient partie du troisième cercle étaient positifs à 36 % (77/216). La conversion de 3 enfants confirme la transmission à l'unité de soins. Parmi les adultes, la proportion présentant un PPD supérieur à 4 mm est autour de 30 % dans les trois cercles. L'absence de relation entre le taux de positivité et le type de contact a été observée dans certaines investigations menées au Québec. L'influence d'autres facteurs comme l'exposition à des mycobactéries atypiques doit être davantage étudiée.

3M Canada
Abbott Laboratoires Ltd
Action Séro-Zéro
Adaltis
Ansell Canada
Aventis Pharma inc.
Boehringer Ingelheim Canada Ltd
Bristol-Myers-Squibb Canada
Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
Coalition jeunesse montréalaise de lutte à l'homophobie
Direction de santé publique de Montréal
GlaxoSmithKline
Hoffmann Laroche
Ministère de l'Agriculture, Pêcheries et Alimentation du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Merck Frosst Canada et Cie
Pfizer Canada Inc
Réseau canadien de la santé
Santé Canada
Schering Canada Inc.
Spectre de rue
Stella
Wyeth-Ayerst Canada

PRÉSENTATION DES KIOSQUES DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET COMMUNAUTAIRES

CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL - INSTITUT UNIVERSITAIRE

Personnes-ressources :

Lise Durocher, Évelyne Fleury et Sylvain Pelletier

evelyne.fleury@mtl.centresjeunesse.qc.ca

4675, Bélanger Est

Montréal, Québec, H1T 1C2

Téléphone : 514-593-2672

Télécopieur : 514-593-2113

Resumé :

Présentation des outils développés au CJM-IU, en partenariat avec différents milieux institutionnels et communautaires, visant à soutenir les intervenants dans leur accompagnement auprès des jeunes en ce qui a trait à l'usage et l'abus de drogues, à la sexualité et aux problématiques connexes :

- Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention
- Guide d'accompagnement et d'intervention « Usage et abus de drogues »
- Programme d'éducation sexuelle des Centres jeunesse de Montréal
- Guide d'animation et d'accompagnement de la bande dessinée « Le silence de Cendrillon »

Promotion des programmes de formation associés aux différents outils.

STELLA

Personnes-ressources :

Marie-Neige St-Jean, Diane Deslauriers et Claire Thiboutot

2065, rue Parthenais, suite 404

Montréal, Québec, H2K 3T1

Téléphone : 514-285-1599

Télécopieur : 514-285-2465

Resumé :

Stella est un organisme communautaire par et pour les travailleuses du sexe basé à Montréal. Depuis 1995, Stella offre soutien et information aux travailleuses du sexe afin qu'elles puissent vivre et travailler en santé, en sécurité et avec dignité. Stella produit plusieurs outils destinés aux travailleuses du sexe dont le *Guide XXX* et le guide *L'art du striptease*. Stella publie également un magazine, « Constellation », entièrement écrit par des travailleuses et ex-travailleuses du sexe. Stella présentera au kiosque la dernière publication de ce magazine - Spécial santé - ainsi que trois nouveaux outils de prévention: un sur l'hépatite C (produit en français, anglais et inuktitut), un manuel à l'intention des clients des travailleuses du sexe ainsi qu'un dépliant sur l'autodéfense et la prévention de la violence.

SPECTRE DE RUE

Personne-ressource :

Catherine Moro

spectredrue@videotron.ca

1280, rue Ontario Est

Montréal, Québec, H2L 1R8

Téléphone : 514-528-1700

Télécopieur : 514-528-1532

Resumé :

Spectre de rue est un organisme à but non-lucratif qui œuvre auprès des gens vivant avec des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance et de santé mentale, dans le centre-ville de Montréal. Il offre des services d'écoute, d'accompagnement et de référence. Il fait des efforts constants dans la lutte et la prévention du VIH/sida et autres maladies transmissibles par le sang. Le projet TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) permet aux jeunes de la rue d'aller chercher de l'expérience et de s'ouvrir à d'autres possibilités que les métiers de la rue. Le kiosque permettra aux visiteurs de prendre connaissance des différents aspects de ce projet.

ACTION SERO ZERO

Personne-ressource :

Robert Rousseau

robertrousseau@sero-zero.qc.ca

C.P 246, Succursale C

Montréal, Québec, H2L 4K1

Téléphone : 514-521-7778 poste 27

Télécopieur : 514-521-7665

Resumé :

Présentation et distribution d'outils d'information et de sensibilisation élaborés dans le cadre des différentes campagnes de marketing social réalisées par Action Séro Zéro.

COALITION JEUNESSE MONTRÉLAISE DE LUTTE À L'HOMOPHOBIE

Personnes-ressources :
Marc-Olivier Ouellet et David Bertet
coalitionjglb@yahoo.ca
2075, rue Plessis, bureau 110
Montréal, Québec, H2L 2Y4
Téléphone : 514-583-4666
Télécopieur : 514-583-0577

Resumé :

Anciennement appelée *Table de concertation des jeunes GLB de Montréal*, la Coalition jeunesse montréalaise de lutte à l'homophobie regroupe huit organismes oeuvrant auprès des jeunes gais, lesbiennes, bissexuelles, transgenres et leurs aîlés. La Coalition inclut Action Séro-Zéro, Projet 10, AIDS Community Care Montreal (ACCM), Gai Écoute, AlterHéros, Jeunesse Lambda, Projet J.A.S.E. et GRIS-Montréal. La Direction de santé publique de Montréal-Centre assure un soutien professionnel et technique à cette Coalition.

La mission de la Coalition traduit la volonté de ses membres à contrer l'homophobie et à favoriser l'insertion sociale des jeunes GLBT en mettant sur pied des actions concertées. La stratégie privilégiée est de former et d'outiller les intervenants et les décideurs des milieux jeunesse (écoles, Centres Jeunesse, maisons de jeunes, etc.) en vue de soutenir les jeunes GLBT et de créer des environnements favorables à l'épanouissement de tous les jeunes, quelle que soit leur orientation sexuelle ou identité de genre, dans un contexte social et juridique accueillant la diversité de l'expression des sexualités.

La Coalition a reçu une aide financière du Forum Jeunesse de l'île de Montréal (Fonds Jeunesse Québec) pour lui permettre de poursuivre le travail de concertation entrepris depuis mars 2001 et de soutenir la mise en œuvre du plan d'action. Projet 10 est le fiduciaire de cette aide financière.

Lors de ce kiosque, nous présenterons les outils qui ont été créés par la Coalition et ses membres. Ce kiosque sera aussi l'occasion de faire connaître les ressources qui existent aux intervenants présents au colloque.

RÉSEAU CANADIEN DE LA SANTÉ

Personne-ressource :
Nicolas Thivierge
aitq@bellnet.ca
505, rue Sainte Hélène, 2^e Étage
Longueuil, Québec, J4K 3R5
Téléphone : 450-646-3271
Télécopieur : 450-646-3275

Resumé :

Présentation du site Web du Réseau canadien de la santé
<http://www.canadian-health-network.ca/>.

Mise à jour de la section « Toxicomanie » en collaboration avec l'AITQ et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

La divulgation de conflits d'intérêts potentiels est exigée pour toute activité de formation accréditée comme formation médicale continue. Cela permet aux participants de porter un jugement éclairé sur l'objectivité des conférenciers.

Les conférenciers suivants ont déclaré avoir une affiliation ou des intérêts financiers avec une organisation commerciale qui, elle-même, peut avoir des intérêts directs ou indirects dans le domaine du sujet de leur présentation :

Serge Dufresne	Membre des comités aviseurs pour Abbott, BMS, Roche, GSK; invité à une conférence internationale par GSK (subventionné); auteur d'une étude rétrospective subventionnée par Agouron (Pfizer)
Bernard Duval	Subventions de recherche reçues de Glaxosmithkline, Merck Frosst, Dynavax
Larry C. Lands	Nutribarics, Medibarics
Marc Steben	Reçu redevances de la part de Adaltis, 3M, Eli Lilly, Focus, Merck et GSK pour recherche, consultation ou participation à des congrès
Brian J. Ward	Shares (stocks) \$1400 - ID biomedical; Scientific/clinical advisory boards - GSK, Aventis, Shire, MethylGene; investigator or company-initiated research - Aventis, Shire, ID Biomedical, MethylGene, Dynavax

Les conférenciers suivants ont déclaré n'avoir aucune affiliation ou des intérêts financiers avec une organisation commerciale qui, elle-même, peut avoir des intérêts directs ou indirects dans le domaine du sujet de leur présentation :

Alix Adrien	Jean Dumas	Richard Lessard
Robert Allard	Lise Durocher	Éric Levac
Marie Annick Barbier	Mylène Fernet	Guy Loneran
Jean Beauchemin	France Filiatrault	Raymond Massé
Lucie Beaudreau	Evelyne Fleury	François Milord
Lucie Bédard	Martine Fortier	Carole Morissette
Marcel Behr	Louise Fortin	Kesnamelly Neff
Johanne Belisle	Daniel Gagné	Laura Norton
Lucie Bellefeuille	Hélène Gilbert	Louise O'Sullivan
Nicole Bernard	Patricia Goggin	Sylvain Pelletier
Pierre Berthelot	Danielle Grenier	Jules Picard
Paul Berthiaume	Manon Grenier	Ramona Rodrigues
Denis Blais	Karine Guilbeault	Robert Rousseau
Paul Brassard	Catherine Guimond	Élise Roy
Suzanne Brissette	Brian Gushulak	Lucie-Andrée Roy
Marie-Josée Carbonneau	Louise Guyon	Bill Ryan
Robert Carlin	Nancy Haley	Jocelyne Sauvé
Karen Chaudhry	Nancy Humber	Susan Judith Ship
Anne-Marie Clouâtre	Klaus Jochem	Véronique Sosa
Richard Cloutier	Annie-Claude Labbé	Barbara Switzer
Yann Cosma	Elysabeth Lacombe	Louise Tanguay
Françoise Côté	Christine Lacroix	Dominique Tessier
Joseph Cox	Gilles Lambert	David Stephen Thompson
Jocelyne Daigneault	Michel Landry	Carmen Trottier
Harold Dion	René Lavoie	Bruno Turmel
Lynn Dion	Germain Lebel	Louise Valiquette
Réjean Dion	Michèle Lecouls	
Pierre Dongier	Louise Leduc	
Kathryn Doré	Marielle Lehoux-Brisson	

Les conférenciers suivants n'ont pas complété le formulaire de divulgation de conflits d'intérêts potentiels :

Monique Blondin
François Blouin
Nicole Boulianne
Anne Bruneau
Julie Bruneau
Jocelyne Charest
Myrtha Cionti Bas
Pauline Clermont
Dominique Damant
Gaston De Serres
Lucie Deshaies
Alison Flynn
Nicole Fournier Sylvester
Caroline Gravel
Christine Greenaway

Monique Isler
Teena-Marie Johns
Yves Lafontaine
Michèle Lalonde
Éric-Viet Laperrière-Nguyen
Nathalie Lauzier
René Lavoie
Viviane Leaune
Robert Leclerc
Joseph Josy Lévy
Richard Menzies
Louise Meunier
Danielle Monast
Michel Perreault
Darlene Poliquin

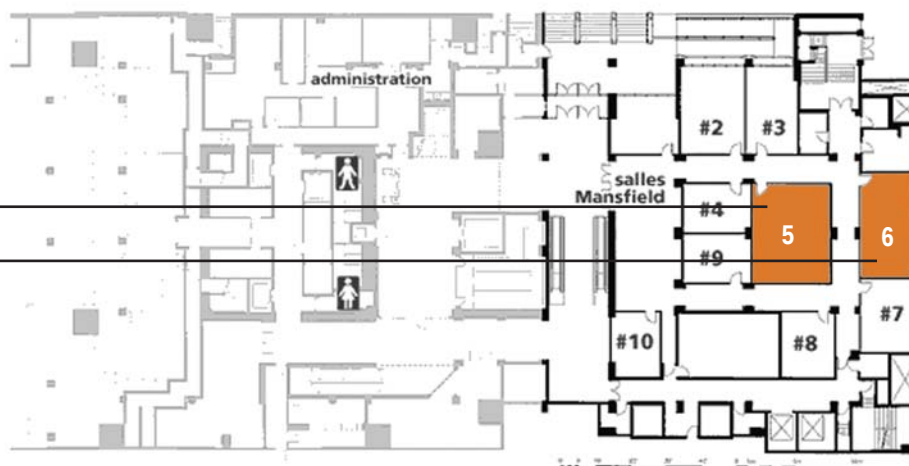
Jean-François Proulx
Sylvie Provost
Danny Raymond
Robert Rémis
Paul Rivest
Lyne Soucy-Labranche
Marc Steben
Randolph Stephenson
Diane Sylvain
Terry-Nan Tannenbaum
Benoit Vigneau

Alix Adrien, médecin, *DSP de Montréal*
Robert Allard, épidémiologiste sénior, *DSP de Montréal*
Marie Annick Barbier, infirmière, coordonnatrice clinique, *Relais Méthadone*
Jean Beauchemin, agent de recherche, *DSP de Montréal*
Lucie Beaudreau, infirmière, conseillère en prévention des infections, *Hôpital Sainte-Justine*
Lucie Bédard, agente de planification socio-sanitaire, *DSP de Montréal*
Marcel Behr, médecin, *Université McGill*
Johanne Belisle, infirmière, *CLSC Le Marigot*
Lucie Bellefeuille, infirmière, *CLSC du Grand Chicoutimi*
Nicole Bernard, associate professor, *Centre universitaire en santé, McGill*
Pierre Berthelot, travailleur social, *DSP Québec*
Paul Berthiaume, statisticien, *Institut de la statistique du Québec*
Denis Blais, infirmier, *Hôpital Sainte-Justine*
François Blouin, *Points de repère*
Nicole Boulianne, épidémiologiste, *INSPQ*
Paul Brassard, médecin, *Hôpital Royal Victoria*
Suzanne Brissette, médecin, *CHUM - Hôpital St-Luc*
Mario Brisson, médecin, *DSP Saguenay-Lac-St-Jean*
Anne Bruneau, médecin-conseil, *DSP de Montréal*
Julie Bruneau, *Hôpital St-Luc*
Marie-Josée Carbonneau, infirmière, *UHRESS - Équipe mobile*
Robert Carlin, médecin, *DRSP des Terres-Cries-de-la-Baie-James*
Jocelyne Charest, responsable des campagnes de publicité, de la commandite et de la recherche, *Direction des communications, MSSS*
Karen Chaudhry, Public Health Nurse *Toronto Public Health*
Pauline Clermont, infirmière, *DSP Abitibi-Témiscamingue*
Anne-Marie Clouâtre, agente de planification et de programmation, *DSP Montérégie*
Richard Cloutier, agent de recherche et de planification, *MSSS*
Christine Colin, *Université de Montréal*
Yann Cosma, médecin - avocat, *DSP de Montréal*
Françoise Côté, professeure, *Université Laval*
Joseph Cox, médecin, *DSP de Montréal*
Jocelyne Daigneault, infirmière, *DSP Saguenay, Lac-St-Jean*
Dominique Damant, professeur, *CRIVIFF*
Gaston De Serres, médecin-conseil, *DSP Québec - INSPQ*
Lucie Deshaies, *CLSC Haute-ville à Québec*
Harold Dion, médecin de famille, *Clinique médicale l'Actuel*
Lynn Dion, personne ressource en prévention des ITSS et autres problématiques connexes, *Les Centres jeunesse Batshaw*
Réjean Dion, médecin conseil en santé publique, *INSPQ - LSPQ*
Pierre Dongier, médecin, *CLSC Côte des Neiges - Clinique Santé-Accueil*
Kathryn Doré, épidémiologiste *Santé Canada, Division des entéropathies et des maladies d'origine hydrique et alimentaire*
Michelle Duchesne, *Diners-Rencontres St-Louis-de-Gonzague*
Serge Dufresne, médecin, *Clinique médicale du Quartier Latin*
Jean Dumas, agent de recherche, *Action Séro Zéro*
Lise Durocher, conseillère à la direction des services professionnels et de la recherche, *Centres jeunesse de Montréal - Institut universitaire*

Bernard Duval, médecin, *DSP Québec - INSPQ*
Mylène Fernet, professeure, *Université du Québec à Montréal*
France Filiatrault, secrétaire du Comité d'éthique de santé publique (CESP) *MSSS*
Evelyne Fleury, personne ressource prévention ITS/VIH, *Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire*
Alison Flynn, *Clinique Head and Hands*
Martine Fortier, chef d'équipe - Promotion de la santé, *DSP de Montréal*
Louise Fortin, conseillère en information, *DGSP - MSSS*
Nicole Fournier Sylvester, *Clinique Head and Hands*
Daniel Gagné, agent de recherche en santé environnementale, *DSP Abitibi-Témiscamingue*
Fabien Gagnon, *CHUL*
Sylvie Gaudreault, *CLSC du Plateau Mont-Royal*
Hélène Gilbert, agente de recherche, *Service de lutte contre les ITSS, MSSS*
Patricia Goggin, médecin, *INSPQ*
Caroline Gravel, étudiante en Sciences infirmières
Danielle Grenier, pédiatre, *Société canadienne de pédiatrie*
Manon Grenier, *CLSC Haut-Ville-des-Rivières*
Maryse Guay, *DSP de Montérégie*
Karine Guilbeault, intervenante de milieu, *Projet Vénus*
Catherine Guimond, infirmière, *CCRP - coordonnatrice IMPACT, Hôpital Ste-Justine - Centre de recherche*
Brian Gushulak, directeur général, *Direction générale des services médicaux, Citoyenneté et Immigration Canada*
Louise Guyon, chercheuse, *RISQ*
Nancy Haley, médecin, *DSP de Montréal*
Nancy Humber, directrice du développement professionnel et organisationnel, *CLSC Lac-Saint-Louis*
Monique Isler, médecin, *DSP de Montréal*
France Janelle, *DSP de Montérégie*
Klaus Jochem, médecin-conseil, *DSP de Montréal*
Teena-Marie Johns, infirmière, *DSP de Montréal*
Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste infectiologue, *Hôpital Maisonneuve-Rosemont*
Elysaabeth Lacombe, agente de planification et de programmation socio-sanitaire, *DSP de Montréal*
Christine Lacroix, médecin conseil, *DSP de Montréal*
Yves Lafontaine, rédacteur en chef, *Revue Fugues*
Gilles Lambert, médecin, *DSP de Montréal*
Michel Landry, directeur, *Centre Dollard Cormier*
Larry Lands, pneumologue, *Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill*
Éric-Viet Laperrière-Nguyen, médecin
Nathalie Lauzier, médecin, *CLSC Faubourg*
René Lavoie, coordonnateur, *COCQ sida*
Viviane Leane, attachée de recherche, *DSP de Montréal*
Germain Lebel, conseiller scientifique *INSPQ - Direction risques biologiques, environnementaux et occupationnels*
Robert Leclerc, intervenant communautaire, *MIELS Québec*
Louise Leduc, infirmière, *CLSC, CHSLD Pointe-aux-Trembles est*

Marielle Lehoux-Brisson, responsable des soins infirmiers, *CLSC Pierrefonds*
Richard Lessard, médecin - directeur de santé publique, *ADRLSSS de Montréal-Centre*
Éric Levac, médecin-conseil, *DSP Montérégie*
Joseph Josy Lévy, professeur *UQAM*, *Département de sexologie*
Guy Lonergan, médecin, *DSP de Montréal*
Raymond Massé, professeur, *Université Laval*
Richard Massé, médecin, *Ministère de la Santé et des Services sociaux*
Richard Menzies, *Hôpital thoracique de Montréal*
Louise Meunier, intervenante en santé publique, *INSPQ*
François Milord, médecin-conseil, *DSP Montérégie*
Danielle Monast, *CLSC Plateau Mont-Royal*
Carole Morissette, médecin, *DSP de Montréal*
Kesnamelly Neff, coordonnatrice régionale en prévention du VIH, *Sida-Vie Laval*
Lina Noël, *DSP de Québec - INSPQ*
Laura Norton, experte-conseil, *Sweetgrass Consulting*
Louise O'Sullivan, membre du comité exécutif et conseillère municipale - *District de Peter-McGill, Ville de Montréal*
David Patrick, professeur associé et directeur du Service d'épidémiologie, *DSP de Montréal*
Sylvain Pelletier, personne ressource en toxicomanie, *Centres jeunesse de Montréal - Institut universitaire*
Michel Perreault, chercheur - psychologue, *Hôpital Douglas*
Jules Picard, coordonnateur - *Département stratégie et politique, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador*
Alain Poirier, directeur général de la santé publique, *MSSS*
Darlene Poliquin, *Département de santé publique d'Ottawa - Programme de santé sexuelle et réductions des risques*
Jean-François Proulx, médecin, *DSP Nunavik*
Sylvie Provost, médecin conseil, *DSP Laurentides*
Danny Raymond, agent de projet, *Spectre de rue*
Marie-France Raynault, médecin, *USD Planification et développement social, DSP de Montréal*
Robert Rémis, médecin, professeur, *Université de Toronto*
Paul Rivest, médecin, *DSP de Montréal*
Ramona Rodrigues, conseillère en prévention et contrôle des infections, *The Lakeshore General Hospital*
Robert Rousseau, directeur général, *Action Séro Zéro*
Élise Roy, médecin, *DSP de Montréal*
Lucie-Andrée Roy, médecin, *DSP de Montréal*
Bill Ryan, *Université McGill*
Jocelyne Sauvé, *DSP Montérégie*
Susan Judith Ship, experte-conseil, *Le Centre d'amitié autochtone de Montréal*
Véronique Sosa, chef de service - responsable des programmes, *Les Centres jeunesse Batslaw*
Lyne Soucy-Labranche, *Point de service Outremont*
Marc Steben, médecin, *DSP de Montréal - INSPQ*
Randolph Stephenson, *Hôpital général juif*
Diane Sylvain, infirmière, *INSPQ - LSPQ*
Louise Tanguay, coordonnatrice technique intérimaire VIH/Sida, *Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador*
Terry-Nan Tannenbaum, médecin, *DSP de Montréal*
Dominique Tessier, directeur médical, *Clinique Santé Voyage Medisys*
David Stephen Thompson, avocat et chercheur, *La Société canadienne du Sida et CANVAC*
Carmen Trotter, directrice générale, *AITQ*
Jean-Jacques Turcotte, *DSP de Montérégie*
Bruno Turmel, médecin-conseil, *DGSP - MSSS*
Éric Vaillancourt, *LAREPPS*
Louise Valiquette, médecin spécialiste en santé communautaire, *DSP de Montréal*
Benoit Vigneau, agent de planification, *DGSP - MSSS*
Brian J. Ward, Medical Doctor - Clinical Scientist, *Montréal General Hospital - McGill University*

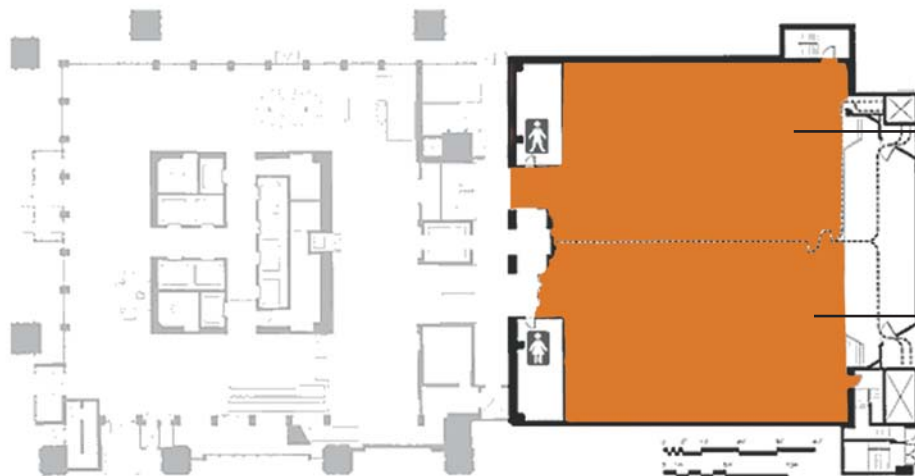
Niveau du hall d'entrée / Salles Mansfield



Salle Mansfield 5

Salle Mansfield 6

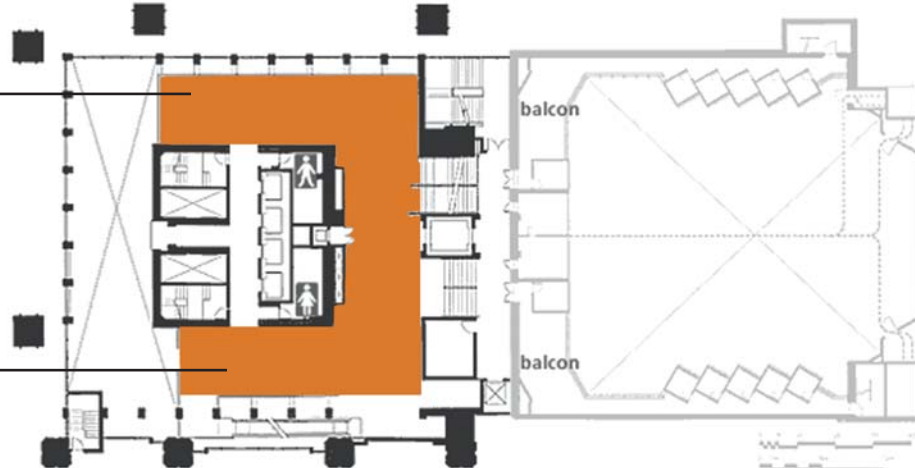
Niveau 1



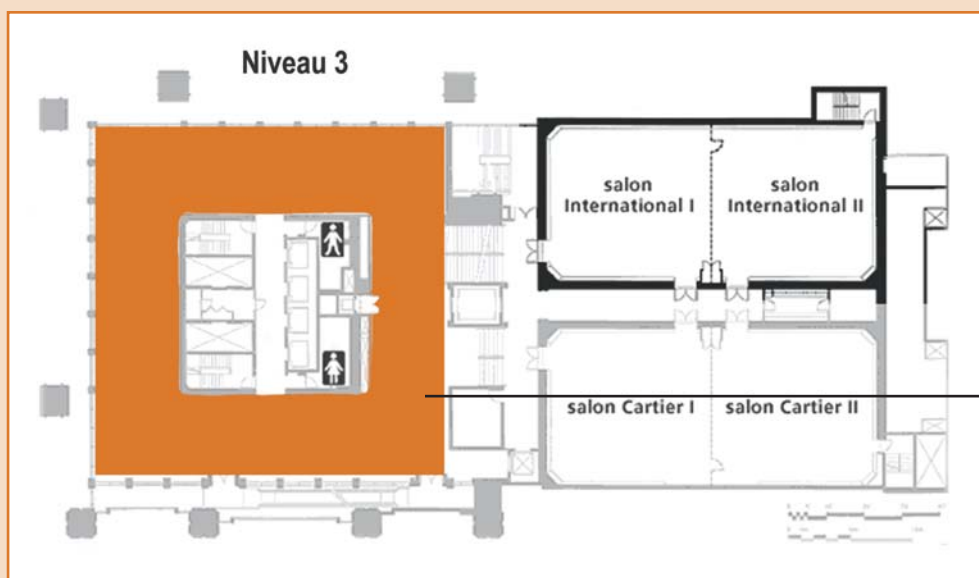
Amphithéâtre I

Amphithéâtre II

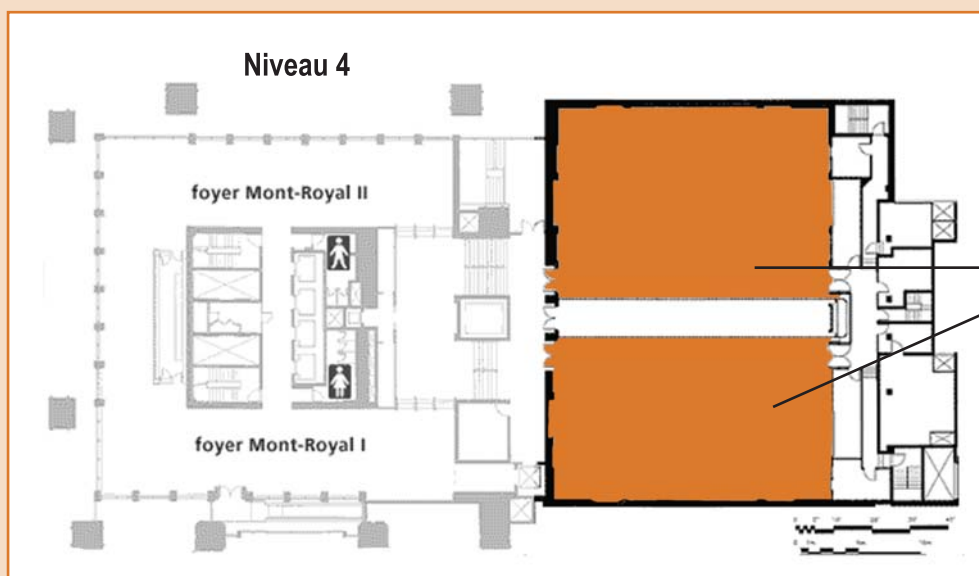
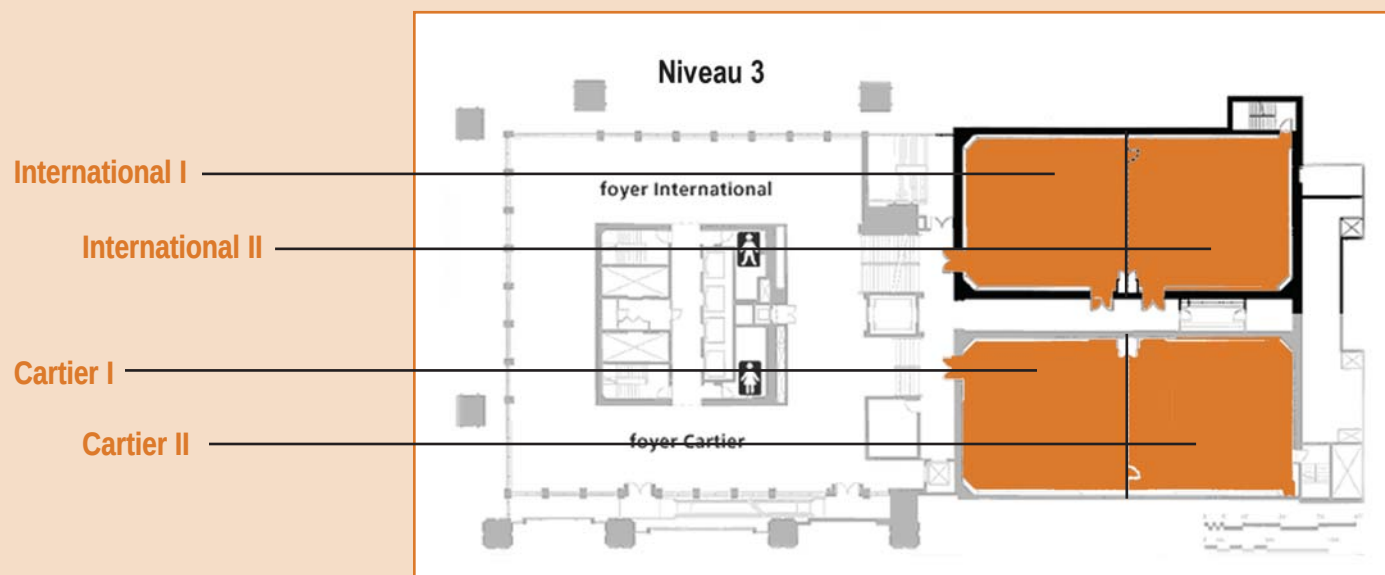
Niveau 2



Session d'affiches
et kiosques du
communautaire



Foyer d'exposition
des commanditaires



Salle de banquet



La femme moderne

prend en charge **L'HERPÈS GÉNITAL**

Les poussées d'herpès génital minent-elles votre vie? Grâce à certains traitements, vous pourriez passer jusqu'à un an sans récurrence. Alors, qu'attendez-vous pour agir?

Appelez votre médecin dès aujourd'hui. Pour en savoir davantage,
composez le 1 866 252-4666 ou visitez le site Web:
www.herpeshhealth.com | Ayez des rapports sexuels sans risques.

Vulnérabilités et prévention
en maladies infectieuses

Voir, penser
et agir *autrement*

JEUDI 6 MAI
CAHIER DU PARTICIPANT



8h30
10h15

PLÉNIÈRE D'OUVERTURE

Démographie, économie et valeurs de la santé : influence sur la vulnérabilité
(Marie-France Raynault)

10h15- 10h45

PAUSE / SESSION D'AFFICHES

10h45
12h15

A1. Travailleurs : leur vulnérabilité et celle de leur clientèle

Impact des interventions de santé publique sur des travailleurs vulnérables : l'exemple de la prévention de la tuberculose-maladie (Monique Isler)

Interventions auprès de travailleurs pouvant mettre à risque des populations vulnérables (Yann Cosma et Michèle Lecouls)

Le professionnel de la santé infecté par le VHB, VHC ou le VIH : devoirs, recommandations (Pierre Robillard)

A2. Rejoindre les UDI les plus vulnérables

Un projet mobilisateur : PIKATEMPS (Pauline Clermont)

Relais Méthadone, une approche adaptée aux besoins des personnes utilisatrices de drogue injectable, dépendantes d'opiacés. (Marie-Annick Barbier)

Projet d'outreach et accompagnement pour les UDI VIH+ (Marie-Josée Carboneau)

A3. Interventions préventives auprès des jeunes de la rue

Garder les jeunes de la rue en santé : tout un défi ! (Nancy Haley)

Head and Hands : clinique pour les jeunes de la rue (Nicole Fournier-Sylvester et Alison Flynn)

Les services psychologiques dans un cadre communautaire : le Ketch Café (Danièle Monast)

A4. Surveillance de l'infection par le VIH au Québec

Portrait des données du programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec (Bruno Turmel)

Système de collecte de renseignements épidémiologiques du programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec : l'expérience vécue (Diane Sylvain et Louise Meunier)

Dépistage de la tuberculose chez les patients infectés avec le VIH (Paul Brassard)

12h15 - 13h30

DINER

13h30
15h

B1. La technologie au service de la prévention

Comment augmenter votre pouvoir anti-infectieux avec un organisateur personnel ? (Randolph Stephenson)

B2. Études auprès des héroïnomanes et des jeunes de la rue

Projet NAOMI (Suzanne Brissette)

Accessibilité et déterminants de rétention au programme Relais-Méthadone (Michel Perreault)

Passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue - résultats d'une étude qualitative (Élise Roy)

B4. Éducation préventive en matière de VIH/sida auprès des personnes vivant avec le VIH

Interventions de prévention dirigées vers les personnes vivant avec le VIH ou celles vivant avec le sida (René Lavoie)

Intégrer la prévention du VIH dans les soins prodigués aux personnes vivant avec le VIH (Serge Dufresne)

La prévention secondaire chez les personnes vivant avec le VIH à l'ère des multithérapies (Joseph J Levy)

15h - 15h30

PAUSE / SESSION D'AFFICHES

15h30
17h

C1. Nouveaux enjeux de la prévention du VIH/sida en 2004 en regard de la communauté gaie

Les pratiques sexuelles des HARSAH séropositifs au VIH à Montréal : constats et pistes d'action (Jean Beauchemin et Joseph Cox)

Leaders de la communauté gaie dans la prévention du VIH (René Lavoie)

Analyse du discours de la communauté gaie en regard de la prévention (Yves Lafontaine)

C2. Nouveautés en réduction des méfaits

Intervention ciblant les UDI et visant le dépistage et le suivi pour l'hépatite C (François Blouin et Lucie Deshaies)

La prévention du VHC chez les usagers de drogues par injection : l'implantation des nouveaux matériels d'injection (Carole Morissette)

Implantation d'un jeu de cartes sur la prévention des ITSS en milieu carcéral (Carmen Trotter et Benoit Vigneau)

C4. Aspects éthiques et pertinence des interventions auprès des personnes vivant avec le VIH qui ne dévoient pas leur statut à leurs partenaires sexuels ou d'injection

Réflexions sur le modèle de Calgary pour la gestion des situations impliquant des personnes vivant avec le VIH qui ne dévoient pas leur statut à leurs partenaires sexuels ou d'injection (Michèle Lalonde)

Le modèle de Montréal d'intervention auprès des personnes vivant avec le VIH qui ne dévoient pas leur statut à leurs partenaires sexuels ou d'injection (Alix Adrien)

Principes éthiques dans l'intervention auprès de personnes vivant avec le VIH qui ne dévoient pas leur statut à leurs partenaires sexuels ou d'injection - Leçons à tirer de l'expérience du CAI à Montréal (Raymond Masse)

17h

COCKTAIL DÎNATOIRE

PLÉNIÈRE D'OUVERTURE

Pourquoi nos mesures préventives ne fonctionnent pas toujours avec les populations vulnérables ?
(David Patrick)

8h30
10h15

PAUSE / SESSION D'AFFICHES**10h15- 10h45**

**A5. Immigration Canada :
impact sur les maladies
infectieuses**

Politiques et pratiques d'Immigration
Canada
(Brian Gushulak)

Examen médical des demandeurs de
statut d'immigrant (Terry Nan Tannenbaum)

Le paludisme chez un groupe de réfugiés
au Québec (Brian Ward)

Statut vaccinal des immigrants à Montréal
(Christina Greenaway)

**A6. Maladies entériques et
populations vulnérables :
mythe ou réalité?**

Maladies entériques : existe-t-il des
populations vulnérables ?
(Anne Bruneau)

Botulisme alimentaire au Nunavik
(Jean-François Proulx)

Zoonoses entériques chez les enfants
(Réjean Dion)

A7. Vaccination des adolescents

Campagne méningo : difficultés vécues à
rejoindre les ados
(Lyne Soucy-Labranche)

Vulnérabilité à la coqueluche ou le pourquoi
d'une campagne de rattrapage de
vaccination au secondaire
(Gaston De Serres)

10 ans plus tard : reste-t-il des adolescents
vulnérables à l'hépatite B ?
(Bernard Duval)

**A8. Le travail de l'omnipraticien
en regard de l'utilisation
de drogues injectables**

L'abstinence ou la réduction des méfaits?
Quoi recommander?
(Suzanne Brissette)

Hépatites A, B, C : prise en charge par
l'omnipraticien
(Harold Dion)

10h45
12h15

DINER**12h15 - 13h30**

**B5. Prévention et contrôle
de la tuberculose chez les
immigrants au Québec**

Épidémiologie de la tuberculose chez les
immigrants au Québec (Paul Rivest)

Prévention et contrôle pour les deman-
deurs de statut de réfugié (François Milord)

Programme de dépistage scolaire de la
tuberculose de l'hôpital Ste-Justine de
Montréal de 1998-2003 (Denis Blais)

Programme de dépistage de la tuberculose,
maladie et infection latente en milieu scolaire
en classes d'accueil (Larry Lands)

Prévention et contrôle dans la communauté
(Karen Chaudhry)

**B6. Émergence des vulnérabi-
lités : sommes-nous prêts
à les détecter ?**

Sources d'information au service des DSP
(Lucie Bédard)

Sondage omnibus à Montréal en 2003 :
connaissances et croyances de la population
(Robert Allard)

Surveillance de seconde génération
(Alix Adrien)

**B7. Projets spéciaux de vacci-
nation contre les hépatites**

Projet de vaccination contre les hépatites
A et B auprès de diverses populations
vulnérables de Montréal
(Gilles Lambert et Teena Marie Johns)

Vaccination contre les hépatites A et B dans
les bars de danseuses de Laval 2001 à 2003
(Karine Guilbeault et Joanne Belisle)

Vaccination dans les bars des HARSAH
du Saguenay/Lac-St-Jean (Jocelyne
Daigneault et Lucie Bellefeuille)

Vaccination dans les piqueries de Québec
(Manon Grenier)

**B8. Les ITSS : les aspects
pratiques en clinique**

Nouveautés et controverses en lien avec
les ITSS en clinique
(Annie-Claude Labbé)

Le dépistage optimal des ITSS
(Marc Steben)

13h30
15h

PAUSE / SESSION D'AFFICHES**15h- 15h30**

**C5. Éclosions de tuberculose
au Québec**

Rôle de la dactyloscopie dans
l'investigation des éclosions de la
tuberculose
(Marcel Behr)

Investigation des contacts d'un cas de
tuberculose pulmonaire et laryngée
(François Milord)

Réflexions sur quelques éclosions de
tuberculose au Québec
(Christine Lacroix, Myrtha Cionti-Bas,
Mario Brisson, Éric Levac)

**C6. Surveillance et technologie :
disponibilité et exportabilité
pour la surveillance des
maladies infectieuses**

Système intégré des données de vigie
sanitaire pour le VNO : projection pour un
système intégré à d'autres MADO
(Germain Lebel)

Système intégré pour l'hémovigilance :
projection pour un système intégré à
d'autres MADO
(Louise Fortin)

Les étapes de développement d'un
registre provincial de vaccination, ou
comment prendre son mal en patience?
(Nicole Boulianne)

**C7. Promotion de la vaccina-
tion au troisième millénaire**

Immunisation : comment apaiser les
craintes parentales?
(Danielle Grenier)

Les vaccins sont-ils sécuritaires?
(Catherine Guimond)

Les infirmières et la vaccination : prêtes
ou pas prêtes?
(Anne-Marie Clouâtre)

**C8. La prévention des
ITS virales**

Prévention optimale des cancers reliés au
virus du papillome humain (VPH)
(Patricia Goggin)

La prévention de la transmission génitale
du virus de l'herpès simplex est-elle
possible?
(Marc Steben)

15h30
17h

COCKTAIL DÎNATOIRE**17H**



Voir, penser  **et** **agir** *autrement*
Vulnérabilités et prévention
en maladies infectieuses

Résumés des conférences

JEUDI 6 MAI

8h30
10h15

PLÉNIÈRE D'OUVERTURE

Animateur : Marc Steben

Salle : AMPHITHEATRE I et II

Mot de bienvenue /

Définition de la vulnérabilité

John Carsley, médecin

Président du Colloque et responsable de l'unité Maladies infectieuses

DSP de Montréal

Démographie, économie et valeurs de la santé : influence sur la vulnérabilité

Marie-France Raynault, médecin

PRÉSENTATION
- PDF

Unité de soutien à la direction.

Planification et développement social

DSP de Montréal

- Connaître les clientèles vulnérables au niveau sociaux économique
- Comprendre les liens possibles entre la démographie, l'économie et la santé générale d'une population
- Identifier des exemples de vulnérabilité dont les services de santé publique devront tenir compte dans leur planification de services.

Pourquoi nos mesures préventives ne fonctionnent pas toujours avec les populations vulnérables?

David Patrick

PRÉSENTATION
- PDF

Professeur associé et

Directeur du Service d'épidémiologie

BC Centre for Disease Control

Les clients marginalisés sont ceux qui encourrent un plus grand risque d'infection. Nous explorerons ici les éléments liés au succès ou à l'échec des programmes de santé publique, plus spécifiquement :

- Le besoin d' interventions à court terme qui ont un effet durable
- La valeur des initiatives menées par les pairs
- Le besoin de prendre en compte les causes profondes de leurs problèmes de santé et non seulement les maladies infectieuses
- L'importance d'incitatifs et de thérapies sous observation directe pour assurer le suivi et la fidélité au traitement
- Le réalisme

Les initiatives de santé publique « hit and run » peuvent probablement fonctionner seulement quand elles produisent un effet durable (par exemple des « blitzes » de vaccination réduisant l'incidence d'hépatite A). Des « blitzes » similaires visant le traitement de masse de la syphilis ont échoué car les antibiotiques offriraient seulement une protection temporaire.

Les bénéfices de programmes menés par les pairs, visant des changements comportementaux chez les hommes gais, les utilisateurs de drogues injectables et les femmes atteintes du VIH, ont souvent été démontrés lors d'évaluations objectives.

Les programmes de recherche de contacts basés sur les approches de réseaux sociaux réussissent à rejoindre plus de partenaires qui ont besoin de traitements.

La fidélité au traitement et le suivi selon les différentes conditions peuvent être améliorés par l'utilisation de la thérapie sous observation directe et d'incitatifs pour les visites de suivi.

Bien qu'il soit important que la santé publique se préoccupe des maladies infectieuses, ceci peut seulement être possible si des causes plus profondes, telles que la dépendance aux drogues, sont également traitées. Les approches envers la dépendance basées sur la réalité incluent le soutien inconditionnel des besoins de base des clients, une programmation qui tient compte de la réduction des méfaits, et finalement, le retrait de l'influence du marché noir sur les vies des personnes dépendantes par des stratégies telles que la prescription ou la décriminalisation d'héroïne.

Finalement, le professionnel de santé publique qui tient à aider les groupes marginalisés peut ressentir l'obligation de recourir à l'action politique. Comme Canadien, nous devons être fiers de contribuer à l'avancement de notre approche de santé publique. Le bon sens et la compassion doivent prévaloir sur les idéologies en politique, en santé publique, et dans la vie en général.

PLÉNIÈRE D'OUVERTURE

Animateur : Marc Steben

Salle : AMPHITHEATRE I et II

8h30
10h15

JEUDI 6 MAI 8h30 - 10h15

10h45
12h15

A.1 TRAVAILLEURS : LEUR VULNÉRABILITÉ ET CELLE DE LEUR CLIENTÈLE

Animateur : Michèle Tremblay

Salle : CARTIER I

**Impact des interventions de santé
publique sur des travailleurs
vulnérables : l'exemple de la pré-
vention de la tuberculose-maladie**

Monique Isler, médecin

DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Les objectifs et le résumé n'étaient pas
disponibles au moment de l'impression.

**Interventions auprès de travailleurs
pouvant mettre à risque des
populations vulnérables**

Yann Cosma, médecin

DSP Montréal

Michèle Lecouls

CH Louis-H. Lafontaine

PRÉSENTATION
- PDF

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. La vaccination obligatoire en milieu de travail =
état du droit au Québec
2. Faire un survol des diapositives législatives,
réglementaires et des décisions des tribunaux qui
traitent de cette question

Le résumé n'était pas disponible au moment de
l'impression.

**Le professionnel de la santé infecté
par le VHB, VHC ou VIH : devoirs,
recommandations**

Pierre Robillard, médecin

INSPQ

Les objectifs et le résumé n'étaient pas disponibles
au moment de l'impression.

A.1 TRAVAILLEURS : LEUR VULNÉRABILITÉ ET CELLE DE LEUR CLIENTÈLE

10h45
12h15

Animateur : Michèle Tremblay

Salle : CARTIER I

JEUDI 6 MAI 10h45 - 12h15

10h45
12h15

A.2 REJOINDRE LES UDI LES PLUS VULNÉRABLES

Animateur : Carole Morissette

Salle : CARTIER II

Un projet mobilisateur : PIKATEMPS

Pauline Clermont, infirmière

DSP Abitibi-Témiscamingue

PRÉSENTATION
- PDF

Ce projet repose sur la mobilisation d'intervenantes et d'intervenants autochtones et non autochtones. Ses objectifs sont d'offrir la vaccination contre les hépatites A et B, les tests de dépistage des ITSS, l'information sur l'utilisation de matériel d'injection et la relation d'aide aux jeunes de la rue, aux utilisateurs de drogues par injection, aux travailleuses du sexe. Au cours des dernières années, on constate qu'une quantité importante de seringues sont distribuées à Val d'Or. Les personnes clés ont été invitées à participer à la mise en place de services spécifiques dans ce milieu. Depuis mai 2001, des activités sont offertes directement dans les milieux de vie de ces personnes. Une équipe d'infirmières, d'intervenantes et d'intervenants psychosociaux se déplacent dans des endroits stratégiques pour joindre les personnes directement dans les bars ou dans des organismes communautaires. Minimalement deux fois par mois, ces intervenantes et intervenants travaillent ensemble dans un contexte différent du poste qu'ils occupent au quotidien. À ce jour, neuf organismes contribuent à la réalisation de ce projet, convaincus que le travail effectué en partenariat est le seul moyen d'agir. Cette équipe « interculturelle » doit relever de grands défis, en voici deux : reconnaître les compétences de l'autre et accepter les différences de cultures, que ce soit au niveau des intervenants ou de la clientèle. Ce projet exige un engagement réel de leur part, ils doivent faire preuve d'ouverture d'esprit, de souplesse et de persévérance, sans parler de l'acquisition de nouvelles connaissances. Si le projet a rencontré certaines difficultés, plusieurs facteurs ont contribué à sa réussite, dont l'attitude d'ouverture de la part des différents partenaires, le fait d'avoir négocié des objectifs communs, le mode de prise de décision assez souple et le partage des responsabilités.

Relais méthadone, une approche adaptée aux besoins des personnes utilisatrices de drogue injectable, dépendantes d'opiacés

Marie-Annick Barbier, infirmière
coordonnatrice

Relais Méthadone (CRAN)

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Sensibiliser les intervenants et les professionnels de la santé à l'approche communautaire en réduction des méfaits
2. Susciter une réflexion sur l'organisme de services adaptés aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité

Relais Méthadone est né en 1999, suite au constat des difficultés qu'avaient certaines personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) dépendantes des opiacés à s'inscrire et à rester en traitement dans les programmes conventionnels étant donné leur poly toxicomanie ainsi que leurs conditions de vie précaire. Dans le contexte d'une approche en réduction des méfaits, le concept d'une clinique à exigences peu élevées s'est développé en partenariat avec CACTUS Montréal et le CRAN. Les objectifs sont de rendre accessible le traitement à la méthadone, d'offrir des soins de première ligne, d'habiller les personnes à modifier leurs comportements à risques et de réduire les problèmes sociaux associés à l'usage des drogues. Pour ce, une approche adaptée aux besoins de la clientèle est nécessaire : - Travailleur de milieu présent dans les lieux que fréquente la clientèle - Exigences du programme peu élevées : niveau des critères d'admission / conditions pour rester en traitement / réintégration au programme - Intervention dans le cadre de la réduction des risques, et d'une approche bio - psychosociale : le client comme partenaire a une capacité à faire face et à trouver des solutions à son rythme - Emphase mise dans toutes les interventions sur l'accueil, l'écoute et le soutien dans les démarches - Liens de partenariat et de références tissés avec les différentes ressources du milieu. D'autre part, Relais Méthadone s'est donné une organisation de services adaptés à la clientèle : - Horaires d'ouverture tenant compte de son mode de vie - Accès rapide au programme - Emplacement géographique accessible - Équipe multidisciplinaire - Suivi sans rendez vous - Accompagnement dans les ressources - Accès à du matériel d'injection sécuritaire - Liens et références vers les autres programmes du CRAN et autres centres de traitement. Avec une organisation des services et une approche adaptées, Relais Méthadone peut rejoindre une clientèle jusque là laissée pour compte, et, avec le soutien des différentes ressources et groupes communautaires, lui permettre une démarche de réinsertion. Souhaitons cependant que la réorganisation imminente du réseau laisse une place à ce genre de pratique adaptée qui reste vitale pour les populations les plus vulnérables.

Projet d'outreach et accompagnement pour les UDI VIH+

Marie-Josée Carboneau, infirmière

Claire Lahaie, infirmière
UHRESS Équipe mobile -
Hôpital St-Luc

PRÉSENTATION
- PDF

Les objectifs et le résumé n'étaient pas disponibles au moment de l'impression.

A.2 REJOINDRE LES UDI LES PLUS VULNÉRABLES

10h45
12h15

Animateur : Carole Morissette

Salle : CARTIER II

JEUDI 6 MAI 10h45 - 12h15

10h45
12h15

A.3 INTERVENTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DES JEUNES DE LA RUE

Animateur : Daniel Labesse

Salle : INTERNATIONAL I

Garder les jeunes de la rue en santé : tout un défi !

Nancy Haley, médecin

DSP de Montréal

Élise Roy, Pascale Leclerc, Éva Nonn

DSP de Montréal

Jean-François Boivin

Université McGill

Objectifs :

1. Dresser un portrait des jeunes de la rue à partir de certaines données recueillies lors d'études qualitatives et quantitatives
2. Discuter des stratégies à entreprendre pour améliorer l'accessibilité aux différents services de santé pour les jeunes de la rue

Au cours des dix dernières années, notre équipe de recherche a réalisé plusieurs études auprès des jeunes de la rue de Montréal pour mieux comprendre leurs problèmes de santé. Nos recherches s'intéressent particulièrement à l'infection au VIH, aux hépatites virales, aux infections transmissibles sexuellement et aux comportements à risque associés à ces infections. La collecte de données de nature tant quantitative que qualitative a amené une meilleure connaissance des comportements de ces jeunes et de leurs problèmes de santé. Ceci a permis de développer des programmes de soins et de prévention mieux adaptés à leurs besoins et à leur réalité. Dans le présent atelier, nous dresserons d'abord un portrait des jeunes de la rue à partir de certaines données recueillies dans nos études qualitatives et quantitatives. Ensuite, nous discuterons des stratégies entreprises et à entreprendre pour améliorer l'accessibilité aux différents services de santé pour les jeunes de la rue.

Head and Hands : clinique pour les jeunes de la rue

Nicole Fournier-Sylvester, directrice générale

Alison Flynn, intervenante

Clinique Head and Hands

Les objectifs et le résumé n'étaient pas disponibles au moment de l'impression.

Les services psychologiques dans un cadre communautaire : le Ketch Café

Danielle Monast, psychologue

CLSC du Plateau Mont-Royal

Créé en 2000, le Ketch Café est une ressource communautaire qui offre aux jeunes de la rue un lieu de rencontre, des activités culturelles et sociales, et des services médicaux, sociaux et psychologiques. Fondé en partenariat entre le CLSC du Plateau Mont-Royal (équipe jeunesse), Plein Milieu (travail de rue et de milieu) et les Dîners-Rencontres St-Louis-de-Gonzague (centre de jour communautaire), le Ketch Café est ouvert du jeudi au lundi entre 16h00 et 22h00.

Le travail clinique dans cet espace communautaire est soutenu par un désir d'écoute et de rencontres avec des jeunes marginalisés et en errance. Quelles sont les demandes qui me sont adressées et à quels moments de leur parcours surgissent-elles ? Je leur offre un espace d'écoute, du temps de parole pouvant leur permettre un travail psychique de symbolisation de leur souffrance. La difficile réinsertion subjective dans leur histoire singulière devient alors pour eux une condition essentielle à leur insertion sociale. Le rythme des rencontres, la ponctuation de celles-ci semblent permettre une inscription du temps et de repères dans un parcours en boucle où l'éternel retour du même les enferme « dehors » dans cet espace public anémique. Le travail clinique permet la construction d'un espace intime et privé où penser la vie, reprenant ainsi le fil rompu au moment de leur adolescence. À partir de vignettes cliniques, j'aborderai la spécificité et les conditions de possibilité du travail clinique dans un cadre communautaire.

A.3 INTERVENTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DES JEUNES DE LA RUE

10h45
12h15

Animateur : Daniel Labesse

Salle : INTERNATIONAL I

JEUDI 6 MAI 10h45 - 12h15

10h45
12h15

A.4 SURVEILLANCE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU QUÉBEC

Animateur : Marc Fiset

Salle : AMPHITHEATRE II

Portrait des données du programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec

Bruno Turmel, médecin
DGSP, MSSS

PRÉSENTATION
- PDF

Au Québec, depuis le mois d'octobre 1986, seul le sida était inscrit à la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) de façon anonyme par les médecins. En raison de changements importants dans l'évolution clinique de l'infection par le VIH vers le sida à la suite de l'arrivée des thérapies hautement efficaces contre le VIH au milieu des années 1990, il était devenu nécessaire de mettre en place un système qui permettrait de mieux caractériser l'épidémiologie de cet important problème de santé publique au Québec. À la suite de travaux ayant regroupé des représentants de plusieurs organismes ou groupes concernés par l'infection par le VIH et le sida, un système de surveillance basé sur la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH selon des modalités particulières prévues au Règlement de la Loi sur la protection de la santé publique est entré en vigueur le 18 avril 2002. Par la suite, entré en vigueur le nouveau règlement d'application de la Loi sur la santé publique le 20 novembre 2003. Selon ce règlement, l'infection par le VIH, tout comme le sida, est une maladie soumise à une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population. L'infection par le VIH et le sida sont des MADO au sens de la Loi uniquement lorsque le médecin pose le diagnostic chez une personne ayant donné ou reçu du sang, des tissus ou des organes. Les modalités de fonctionnement du système ainsi que les données des premiers 18 mois d'activités du programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec seront présentées.

Système de collecte de renseignements épidémiologiques du programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec : l'expérience vécue

Diane Sylvain, infirmière
Louise Meunier, intervenante
INSPQ - LSPQ

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Comprendre les enjeux et les défis associés au processus de la déclaration du VIH et effectuer la mise au point de la situation actuelle.
2. Mettre en lumière les étapes, les éléments problématiques et les pistes de solutions reliés au processus de collecte de renseignements épidémiologiques.
3. Expliquer le rôle de l'intervenante de santé publique dans le processus de collecte de renseignements épidémiologiques auprès des médecins prescripteurs du Québec pour les cas confirmés VIH positifs.

Depuis l'implantation du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, l'intervenante de santé publique relève quotidiennement le défi de compléter avec exactitude, efficacité et dans un laps de temps acceptable le questionnaire de renseignements épidémiologiques. L'expérience vécue jusqu'à ce jour démontre que l'accomplissement de cette tâche est plus laborieux qu'estimé au prime abord. Plusieurs éléments et étapes ont été identifiés comme facteurs ralentissant le processus : absence du nom du médecin prescripteur sur la requête initiale, recherche du lieu où a été examiné le patient par le médecin, horaire complexe et changeant des médecins ne sont que quelques exemples. L'ajout de ressources, l'identification de personne contact, la créativité, la connaissance du réseau de la santé et du réseau VIH ont permis d'apporter des correctifs progressifs afin de diminuer le retard. La présentation aura pour but de dépeindre l'expérience vécue par l'intervenante de santé publique à chaque étape du processus de collecte obligatoire et son rôle de soutien auprès des professionnels.

Dépistage de la tuberculose chez les patients infectés avec le VIH

Paul Brassard, médecin
Hopital Royal Victoria

PRÉSENTATION
- PDF

Marina Klein, Tanya Murphy, Richard Lalonde
Institut Thoracique de Montréal

Objectif :

1. Mieux connaître les recommandations pour le dépistage et la prévention de la tuberculose chez les individus infectés avec le VIH

Introduction : Les patients VIH positifs sont à risque élevé de tuberculose (TB) maladie et peuvent bénéficier d'un dépistage tuberculinique (LTBI). Nous avons évalué les facteurs associés au dépistage pour la LTBI dans une cohorte de patients VIH positifs d'une clinique spécialisée en immunodéficience à Montréal. Méthode : Étude rétrospective d'une banque de donnée construite à partir des dossiers médicaux de tous les patients évalués à la clinique pour la période 1998-2002. Résultats : 1711 patients (82% masculin, âge moyen 38 ans) furent suivis à la clinique. Les Canadiens de naissance représentaient 72% du groupe et HARSAH (41%) était le mode de transmission majeur. 419 patients (24 %) reçurent un test cutané (TST) et 58 (14 %) se révélèrent > 8805; 5 mm. Les individus nés en pays endémiques pour le TB (OR 1.9; 95 % CI: 1.3-2.9) et ceux évalués après 1996 (post introduction de HAART) (OR 1.9, 95 % CI: 1.4 - 2.8) étaient plus enclins à recevoir un TST. La quantité de CD4 était associée avec un TST positif (OR 1.3; 95 % CI: 1.1 - 1.4 par augmentation de 100 cellules/ul). 40/58 (69 %) des patients TST positifs furent offert un traitement pour la LTBI et 87% complèteront le traitement. Seulement 39 (2 %) patients furent diagnostiqués avec un TB maladie. La majorité de ceux ci (31/39) furent diagnostiqués lors des visites initiales. Aucun TST ne fut effectué sur les 8 autres cas qui furent diagnostiqués plus de 6 mois après leur évaluation initiale. Conclusion : 24 % des individus VIH positifs furent dépistés pour la LTBI. Il y a lieu d'explorer l'inclusion du TST de routine lors de l'évaluation médicale initiale des cas VIH positifs.

A.4 SURVEILLANCE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU QUÉBEC

10h45
12h15

Animateur : Marc Fiset

Salle : AMPHITHEATRE II

JEUDI 6 MAI 10h45 - 12h15

10h45
12h15

A.5 IMMIGRATION CANADA : IMPACT SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Animateur : Brian Gushulak

Salle : INTERNATIONAL II

Politiques et pratiques d'Immigration Canada

PRÉSENTATION
- PDF

Brian Gushulak, directeur général
DGSP, Citoyenneté et Immigration Canada

Objectifs :

1. Exposer les politiques d'Immigration Canada en lien avec le contrôle des maladies infectieuses chez les immigrants
2. Identifier les forces et les faiblesses de ces politiques sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses dans le futur

Il y a eu, au cours des 30 dernières années, des changements considérables dans la nature, le volume et les caractéristiques démographiques des migrations. Ces changements ont modifié de manière inexorable les tendances dans la mobilité des populations et ont suscité des difficultés opérationnelles importantes pour les pays qui accueillent des immigrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile. Ces conditions ont également entraîné des changements importants dans le milieu de la santé sur les plans national et international. En se fondant sur les nouvelles tendances des maladies observées dans les années 1980, les professionnels de la santé ont commencé à reconnaître un nouveau cadre d'évaluation et de gestion des maladies infectieuses. En 1992, il était devenu évident que les microbes porteurs de maladies présentaient de nouveau une menace croissante pour la santé. En 1993, l'étendue de la tuberculose a amené l'Organisation mondiale de la santé à déclarer que cette maladie constituait une urgence à l'échelle mondiale. L'annonce de nouvelles flambées de maladies étranges et potentiellement mortelles est devenue de plus en plus courante dans le contexte de la mondialisation et des bulletins de nouvelles en temps réel. Les maladies infectieuses, que la médecine moderne pensait avoir éliminées, sont devenues une menace réelle et grave dans l'esprit du grand public. Les voyages et les déplacements de personnes constituent un élément commun des questions scientifiques et des explications reliées aux menaces et aux risques que présentent les maladies infectieuses. Les mouvements accrus de populations entre certaines régions et dans le monde en général sont de plus en plus reconnus comme étant des facteurs de risque importants pour l'apparition et la propagation de maladies nouvelles et récurrentes. La croissance spectaculaire des déplacements par avion fait que les gens peuvent passer d'un continent à un autre en moins de temps qu'il n'en faut pour l'incubation de nombreuses maladies. Les migrations et l'immigration sont un élément de ces déplacements et sont plus souvent associées aux préoccupations touchant la santé publique dans le cadre du contrôle des maladies transmissibles. Le Canada est un pays dynamique et prospère où les perspectives sont excellentes dans le secteur de la santé; toutefois, les immigrants et les personnes venant de régions défavorisées du globe peuvent présenter des caractéristiques qui ont une incidence sur les besoins actuels et futurs, tant dans le domaine des soins de santé que dans celui de la prévention des maladies.

Examen médical des demandeurs de statut d'immigrant

Terry Nan Tannenbaum, médecin
DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Améliorer la connaissance des intervenants de santé sur le contenu de l'examen médical des demandeurs du statut d'immigrant au Canada
2. Expliquer la capacité de l'examen de détecter les maladies infectieuses et ses limitations

Tous les demandeurs de statut d'immigrant au Canada, ainsi que certaines catégories de visiteurs, doivent subir un examen médical afin de déterminer s'ils pourraient représenter un risque pour la santé publique ou un fardeau excessif pour les services sociaux ou les services de santé du Canada. Cet examen médical inclut la révision des antécédents médicaux, une histoire médicale, un examen physique et des tests de laboratoire. Cette présentation révélera le processus et le contenu de cet examen, les décisions de Citoyenneté et Immigration Canada suite aux résultats de l'examen et le suivi de ces visiteurs lors de leur arrivée au Canada.

Le paludisme chez un groupe de réfugiés au Québec

Brian J Ward, médecin
Hôpital général de Montréal
Université McGill
Momar Ndao

Objectifs :

1. Démontrer les mesures possibles pour prévenir l'apparition du paludisme chez les réfugiés arrivant de zones endémiques
2. Décrire les forces et les faiblesses associées avec la prise en charge des personnes atteintes de paludisme au Québec

Le Québec a accueilli plusieurs milliers de réfugiés provenant des camps de Tanzanie pendant les 5 dernières années. Ces réfugiés étaient originaires du Rwanda, Burundi et de la République Démocratique du Congo. Suite à l'arrivée d'un groupe de 224 réfugiés, le Centre des Maladies Tropicales de l'Université McGill a remarqué une forte croissance des demandes pour les services de référence en paludisme. Il semblait avoir une petite éclosion de paludisme dans les régions du Québec. Nous avons étudié ce groupe de réfugiés et deux groupes subséquents. Les réfugiés du premier groupe ont été suivi 3-4 mois après leur arrivée dans le but de déterminer la capacité du système de santé de reconnaître et répondre au paludisme importé (n = 224). Nous avons « intercepté » le prochain groupe (n = 106) à Montréal avant leur dispersion parmi les communautés du Québec dans le but d'évaluer les essais de dépistage (eg: microscopie, détection d'antigènes, PCR). Le dernier groupe (n = 325) a eu une prise de sang dans les camps immédiatement avant leur départ pour le Québec et ils ont reçu un traitement avec la méfloquine. Nous avons démontré un taux d'infection élevé chez ses réfugiés (~18%: 12.3 - 23%). On a trouvé plusieurs erreurs mineures et majeures dans les dossiers médicaux du premier groupe. Parmi les erreurs documentées, les plus sérieuses étaient une absence de demandes pour les frottis (ie: un diagnostic oublié ou manqué) et les frottis interprétés comme « négatifs » sans confirmation (ie: les faux négatifs). Les erreurs étaient plus fréquentes quand les réfugiés se sont présentés avec les plaintes « non classiques » (eg: gastrointestinales ou « grippal »). Les investigations de laboratoire ont démontré que le PCR a des avantages impressionnants par rapport à la microscopie et détection d'antigènes pour le diagnostic du paludisme dans une telle population.

A.5 IMMIGRATION CANADA : IMPACT SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

10h45
12h15

Animateur : Brian Gushulak

Salle : INTERNATIONAL II

Statut vaccinal des immigrants à Montréal

Christina Greenaway, médecin

Hôpital général juif

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Exposer les résultats d'une étude sur la couverture vaccinale chez les immigrants à Montréal
2. Identifier des difficultés liées à la connaissance du statut vaccinal et à la mise à jour des vaccins chez cette population

Les immigrants, qui représentent une proportion importante (17.5%) et croissante de la population canadienne, sont possiblement un « réservoir méconnu » de personnes réceptives aux maladies évitables par la vaccination (MEV). L'hypothèse que les immigrants soient à risque plus élevé d'acquérir ces infections est appuyée par : 1) des études de séroprévalence révélant que jusqu'à 20% des immigrants ne sont pas immuns contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, et que jusqu'à 30% ne le sont pas contre la varicelle et l'hépatite A; 2) la couverture vaccinale est souvent sous optimale dans les pays en voie de développement; 3) les immigrants sont surreprésentés dans les épidémies de rubéole et de varicelle. L'identification des personnes réceptives aux MEV est essentielle au développement de programmes ciblés de vaccination afin de permettre la prévention de la transmission des infections, la diminution de la morbidité et de la mortalité, et la réduction des coûts de santé.

Nous croyons qu'un grand nombre d'immigrants et de réfugiés récemment arrivés au Canada sont réceptifs aux MEV et que ceux-ci bénéficieraient de programmes ciblés de vaccination. Nous avons entrepris une étude transversale de séroprévalence auprès d'immigrants et réfugiés récemment arrivés, afin de déterminer leur statut immunitaire contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle et l'hépatite A et d'évaluer les facteurs associés à l'absence d'immunité.

Des immigrants et des réfugiés âgés de ≥ 18 ans, ayant vécu au Canada pendant ≥ 5 ans, et se présentant au CLSC Côte-des-Neiges de Montréal, à l'hôpital General Juif ou à l'hôpital Ste-Justine sont éligibles. Environ 1000 participants (objectif de 1400), provenant de six régions du monde, ont été recrutés au cours des 18 derniers mois. En plus du dosage des anticorps contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle, et l'hépatite A, un questionnaire permet de recueillir les données sociodémographiques, l'histoire vaccinale et les antécédents médicaux. Les résultats préliminaires et leurs implications seront discutés.

10h45
12h15

A.6 MALADIES ENTÉRIQUES ET POPULATIONS VULNÉRABLES : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Animateur : Colette Gaulin

Salle : MANSFIELD 6

Maladies entériques : existe-t-il des populations vulnérables ?

Anne Bruneau, médecin

PRÉSENTATION
- PDF

DSP de Montréal

Objectif :

1. Décrire les concepts de vulnérabilité dans le
contexte d'éclosion à maladies entériques

Dans un premier temps, les concepts de population
vulnérables et de maladies entériques seront définies.
Des exemples d'éclosions illustreront le propos.

Botulisme alimentaire au Nunavik

Jean-François Proulx, médecin

DSP du Nunavik

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Revoir les aspects cliniques et épidémiologiques
de la maladie
2. Discuter certains des déterminants de cette
condition

Méthode : À partir des données colligées lors des
enquêtes menées suite à la déclaration de cas de
botulisme alimentaire et de travaux sur la consommation
régionale de produits « à risque », les profils clinique et
épidémiologique de cette condition sont décrits. Une
revue de littérature permet de situer sommairement le
phénomène dans une perspective plus large, aux plans
géographique et culturel.

Résultats : Le Nunavik présente une incidence très
élevée de botulisme alimentaire. De fait, la moitié des
cas déclarés au Canada dans les 30 dernières années
l'a été parmi les Nunavimmiut. Seule la toxine de type
E y a été mise en cause à ce jour, de même que
l'origine aquatique des produits incriminés. Certains
modes de conservation ou de transformation des
mammifères marins sont associés au développement
de la maladie. Les approches retenues aux fins de
prévention sont présentées et discutées à la lumière
des connaissances sur la toxine botulinique et les
déterminants de la maladie.

Conclusion : Dans un contexte social et économique
où de nombreux fondements identitaires sont remis
en cause incluant, entre autres, certaines pratiques
alimentaires refuges, les scénarios préventifs en
regard du botulisme, pour être efficaces, ont avantage
à allier les valeurs des collectivités impliquées et
l'utilisation judicieuse de percées technologiques.

Zoonoses entériques chez les enfants

Réjean Dion, médecin

PRÉSENTATION
- PDF

INSPQ-LSPQ

Objectifs :

1. Survoler les principales zoonoses entériques
touchant particulièrement les enfants en
Amérique du Nord
2. Émettre quelques recommandations concernant
la surveillance, le contrôle et la prévention des
zoonoses entériques chez les enfants

Le résumé n'était pas disponible au moment de
l'impression.

10h45
12h15

Salle : MANSFIELD 6

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features a series of evenly spaced, horizontal orange lines that run across the entire width of the page. The background is a solid, light cream or off-white color. There are no margins, text, or other markings present on the page.

10h45
12h15

A.7 VACCINATION DES ADOLESCENTS

Animateur : Louise Valiquette

Salle : AMPHITHEATRE I

Campagne méningo : difficultés vécues à rejoindre les ados

Lyne Soucy-Labranche

Point de service Outremont

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Souligner les difficultés rencontrées lors de la campagne de vaccination de masse pour la vaccination des adolescents
2. Identifier des pistes de solutions pour les campagnes de vaccinations futures

Le résumé n'était pas disponible au moment de l'impression.

Vulnérabilité à la coqueluche ou le pourquoi d'une campagne de rattrapage de vaccination au secondaire

Gaston De Serres, médecin

INSPQ

Objectifs :

1. Expliquer la rationnelle de la campagne de rattrapage de la vaccination au secondaire
2. Décrire l'épidémiologie de la coqueluche au Québec de 1983 à 2004
3. Expliquer les facteurs ayant causé la résurgence de la coqueluche durant les années 90
4. Décrire la cohorte d'individus vulnérables qui seront affectés par la prochaine épidémie de coqueluche

L'administration d'un vaccin anticoquelucheux peu protecteur utilisé entre 1985 et 1997 a laissé un grand nombre d'enfants vulnérables et a causé depuis 1990 des épidémies de coqueluche aussi importantes que celles qui sévissaient dans les années 50. L'arrivée du vaccin acellulaire contre la coqueluche en 1998 a amélioré considérablement la situation des jeunes enfants car il est beaucoup plus efficace (85%). Malgré cela, les jeunes nés entre 1985 et 1994 qui ont reçu le vaccin peu protecteur et qui n'ont reçu aucune dose de vaccin acellulaire contre la coqueluche constituent une cohorte particulièrement vulnérable et parmi laquelle sévira la prochaine épidémie. Compte tenu de la nature cyclique de la coqueluche, et que la dernière année épidémique remonte à 1998, on doit s'attendre à subir une autre épidémie entre 2003 et 2005 si rien n'est fait. Cette épidémie affectera alors la cohorte vulnérable qui comprend les adolescents qui fréquentent les écoles secondaires. La morbidité due à la coqueluche chez les adolescents et les adultes n'est pas banale. Parmi les cas déclarés au système de surveillance de maladies à déclaration obligatoire (MADO) en 1998, la durée moyenne de la toux a été de 10 semaines chez les adolescents et de 12 semaines chez les adultes. Globalement 52% des cas ont toussé plus de 9 semaines. Pour éviter l'épidémie anticipée chez les adolescents, il faudrait administrer une dose de vaccin acellulaire contre la coqueluche à l'ensemble des jeunes nés entre 1985 et 1994 qui fréquentent l'école secondaire.

10 ans plus tard : reste-t-il des adolescents vulnérables à l'hépatite B ?

Bernard Duval, médecin

DSP de Québec - INSPQ

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire la protection à long terme conférée par la vaccination contre l'hépatite B en 4e année
2. Identifier les tests de dépistages sérologiques nécessaires à la vérification du status immunitaire contre l'hépatite B

Objectifs : Évaluation des résultats à long terme du programme de vaccination des préadolescents contre l'hépatite B au Québec et discussion des améliorations à y apporter. Méthode : Analyse des MADO (1990-2001) et des résultats des études effectuées au Québec sur l'immunogénicité à court et long terme des vaccins Recombivax-HB, Engerix-B et Twinrix. Résultats : La vaccination des préadolescents depuis 1994 a profondément modifié l'épidémiologie de l'hépatite B au Québec. On estime la couverture vaccinale dans les groupes d'âge ciblés à environ 90%. Le nombre moyen de cas aigus déclarés par année a chuté de 443 pour la période 1990-1993 à 135 pour la période 1998-2002. Dans les cohortes d'âge vaccinées, les cas aigus sont maintenant pratiquement disparus (1-2 cas par année). Les doses pédiatriques se sont avérées très immunogènes chez les enfants de 9-10 ans. Plus de 96% ont un titre protecteur d'anti-HBs un mois après deux doses du vaccin administrées à 0-6 mois, et 99% ont un titre protecteur un mois après 3 doses. Cinq ans après la vaccination primaire, 85% des adolescents ont encore un titre protecteur d'anti-HBs et plus de 99% ont encore une mémoire immunitaire qui se manifeste par une réponse anamnétique à une dose de rappel. Conclusion : Le programme actuel de vaccination contre l'hépatite B a diminué considérablement le risque de la maladie dans les groupes d'âge vaccinés. La quasi totalité des vaccinés sont protégés 5 ans après la vaccination en dépit de la baisse prévisible des anticorps. Le calendrier à deux doses pédiatriques du vaccin combiné contre l'hépatite A et B donne des résultats comparables aux calendriers homologués avec deux doses adultes. De plus, la vaccination universelle des nourrissons serait souhaitable. L'homologation du vaccin combiné hexavalent pourrait faciliter son introduction.

A.7 VACCINATION DES ADOLESCENTS

10h45
12h15

Animateur : Louise Valiquette

Salle : AMPHITHEATRE I

JEUDI 6 MAI 10h45 - 12h15

A.8 LE TRAVAIL DE L'OMNIPRATICIEN EN REGARD DE L'UTILISATION DE DROGUES INJECTABLES

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

L'abstinence ou la réduction des méfaits ? Quoi recommander ?

Suzanne Brissette, médecin

CHUM - Hôpital St-Luc

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Comprendre les forces et les faiblesses des modèles d'intervention
2. Intervenir en présence d'une personne UDI

La consommation abusive de substances psychoactives et les conséquences négatives importantes qui en découlent pour l'individu et la société dans laquelle il vit sont des réalités que l'on ne peut nier à l'aube du 21ème siècle. On constate également que les « réponses classiques » offertes à ces abus que sont la réduction de l'offre (guerre à la drogue) et de la demande (abstinence) n'obtiennent pas les résultats escomptés puisqu'elles ne parviennent pas à enrayer le phénomène. En réaction à cet échec, on assiste depuis une vingtaine d'années au développement d'une nouvelle philosophie d'intervention qui prône la réduction des conséquences négatives liées à la consommation de drogues. Il s'agit de la réduction des méfaits. Les programmes d'échange de seringues, la prescription de méthadone, les sites d'injection supervisée sont quelques exemples de stratégies adoptées dans ce cadre. L'objectif est alors de hiérarchiser les objectifs de façon prioritaire et réaliste (ex : demeurer en vie). En clinique, l'omnipraticien n'échappe pas à ce débat. Peut-il « accepter » la consommation d'un patient en connaissant pertinemment les torts auxquels il s'expose ? À l'inverse, peut-il courir le risque de rompre la relation thérapeutique en fixant des objectifs qui ne correspondent pas aux souhaits du patient ? La stratégie à adopter doit tenir compte à la fois des données cliniques et des choix des patients. Ainsi, pour un même patient, une situation peut commander que l'on envisage la cessation de la consommation alors qu'à un autre moment, la réduction des méfaits sera davantage appropriée. L'atelier présente les éléments que l'on doit prendre en considération dans cette décision. Des vignettes cliniques permettront aux participants de mettre les connaissances acquises en pratique.

Hépatites A, B, C : prise en charge par l'omnipraticien

Harold Dion, médecin

Clinique médicale l'Actuel

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Reconnaître les signes et symptômes des hépatites virales
2. Prescrire et interpréter les tests d'hépatite
3. Faire une prise en charge des cas confirmés d'hépatite virale

Quels sont les symptômes de l'hépatite virale ?

La plupart des personnes qui sont infectées par le virus de l'hépatite A ont des symptômes de la grippe (fatigue, fièvre et mal de tête) alors que d'autres ont des maux de ventre, de la diarrhée et une jaunisse environ un mois après que le virus ait pénétré l'organisme. Plusieurs personnes infectées par les virus de l'hépatite B et C ne se sentent jamais malades et guérissent complètement. Ceux qui sont symptomatiques ont des symptômes similaires à ceux de l'hépatite A. 10% des adultes atteints de l'hépatite B aiguë et 80% de ceux atteints de l'hépatite C développent une infection chronique qui peut entraîner la cirrhose et/ou le cancer du foie plus tard dans leur vie.

Comment se transmet le virus ?

Le virus de l'hépatite A se transmet surtout par la voie orale ou fécale, par des aliments insuffisamment cuits, ou par de l'eau contaminée. Le virus de l'hépatite B se transmet principalement par les relations sexuelles non protégées, le partage de seringues souillées, le sang ou les liquides biologiques. Enfin, le virus de l'hépatite C se transmet essentiellement par le sang, la transmission sexuelle étant très rare. Les virus de l'hépatite B et C peuvent se transmettre aussi de la mère à l'enfant au moment de l'accouchement.

Comment l'hépatite est-elle diagnostiquée ?

On peut savoir si on est atteint d'une hépatite virale par les symptômes lorsqu'ils sont présents ou en subissant un test sanguin.

Y-a-t-il un traitement pour l'hépatite virale ?

L'hépatite A guérit par elle-même sans aucun traitement. Il existe trois traitements contre l'hépatite B (interféron, la lamivudine et le FTC) qui sont efficaces chez 35 % à 40 % des patients traités, procurant surtout un meilleur contrôle de l'infection et ralentissant le rythme auquel le virus endommage le foie. En ce qui concerne l'hépatite C, une combinaison de deux médicaments antiviraux (interféron plus ribavirine) prescrite sur une période de six mois à un an semble être assez efficace. La durée du traitement dépend du type d'hépatite C, du dommage déjà survenu au foie et de la réponse initiale à la thérapie. Les régimes thérapeutiques actuels peuvent guérir jusqu'à 50 % des patients.

A.8 LE TRAVAIL DE L'OMNIPRATICIEN EN REGARD DE L'UTILISATION DE DROGUES INJECTABLES

10h45
12h15

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

JEUDI 6 MAI 10h45 - 12h15

Salle : MANSFIELD 6

Cette présentation vise à montrer l'influence relative de l'utilisation des assistants numériques personnels dans la pratique clinique. Cette influence se manifeste principalement dans quatre aspects de la vie professionnelle. On constate que l'utilisation d'un assistant numérique personnel procure un soutien quant aux décisions se rapportant aux diagnostics et aux tests et traitements prescrits. L'utilisation d'un tel outil permet d'améliorer la communication patient-médecin. L'accès à un assistant numérique personnel semble améliorer les connaissances dans des domaines cliniques bien circonscrits. De plus, l'emploi d'un assistant numérique personnel semble aider à diminuer les erreurs liées à la prescription d'une médication.

This image shows a single page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a small dark smudge or mark near the top center of the page. The paper appears to be part of a notebook or a set of loose-leaf paper.

B.1 LA TECHNOLOGIE AU SERVICE DE LA PRÉVENTION

13h30
15h

Animateur : Randolph Stephenson

Salle : MANSFIELD 6

JEUDI 6 MAI 13h30 - 15h

13h30
15h

B.2 ÉTUDES AUPRÈS DES HÉROÏNOMANES ET DES JEUNES DE LA RUE

Animateur : Élise Roy

Salle : CARTIER I

Projet NAOMI

Suzanne Brissette, médecin

CHUM - Hôpital St-Luc

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Les participants pourront décrire les grandes lignes des principes sous-tendant le protocole NAOMI
2. Les participants pourront décrire les éléments spécifiques du protocole NAOMI
3. Les participants seront en mesure de formuler les questions de recherche principales (hypothèses) et de décrire les moyens qui seront utilisés pour y répondre

La consommation illicite d'opiacés, en particulier l'héroïne, demeure un problème de santé important au Canada car on estime que 60,000 à 90,000 personnes en font usage. Les complications découlant de cette consommation sont multiples et atteignent tant l'individu que son entourage et la société. Le maintien à la méthadone est le traitement habituellement privilégié pour faire face à cette problématique. Bien qu'il ait démontré son efficacité à plusieurs niveaux, il n'atteindrait toutefois, dans les meilleures conditions, qu'environ 50 % de la population cible. Un groupe de chercheurs nord-américains a élaboré un protocole de recherche scientifique (NAOMI pour « North American Opiate Medication Initiative ») dont le but est de vérifier si l'héroïne de qualité pharmaceutique prescrite est plus efficace que la méthadone seule quant à l'attraction, la rétention en traitement et l'amélioration de paramètres de santé physique, mentale et psychosociale, chez les personnes dépendantes aux opiacés et résistantes aux traitements conventionnels. Cet essai clinique se déroulera à Montréal, Toronto et Vancouver et 470 sujets seront rigoureusement sélectionnés et distribués au hasard entre un traitement de prescription d'opiacés injectables et un traitement de maintien à la méthadone. Un suivi de recherche indépendant est prévu tous les trois mois durant deux ans. Les principales analyses s'intéresseront à la capacité des deux types d'intervention de recruter et de retenir la clientèle en traitement. Elles porteront également sur la consommation de drogues illicites, le comportement criminel, les répercussions sur la santé physique, mentale et sociale des sujets et viseront à produire une évaluation économique de l'impact de cette forme d'intervention. Le traitement sera assuré par une équipe de médecins, d'infirmières et d'intervenants psychosociaux spécialement formés. En plus d'obtenir la médication de l'étude, les sujets auront l'occasion de recevoir des services de santé de première ligne et pourront obtenir conseil, support et assistance quant aux diverses problématiques associées à leur situation.

Accessibilité et déterminants de rétention au programme Relais-Méthadone

Michel Perreault, psychologue

Centre de recherche de l'hôpital Douglas
P. Lauzon., CHUM, C. Mercier., Centre de réadaptation Lisette Dupras, I. Tremblay, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, M. Rousseau Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Faire connaître un programme de méthadone à exigences peu élevées de Montréal par la description de sa clientèle et l'utilisation de ses services
2. Faire connaître les principaux déterminants de l'accessibilité et de la rétention en traitement pour cette clientèle

Relais-Méthadone est un programme à exigences peu élevées (« low threshold ») qui a accueilli ses premiers clients en novembre 1999. La présentation porte sur les objectifs de ce programme, sa clientèle visée, son équipe et ses modalités de fonctionnement. Les données tirées de l'évaluation de l'implantation de ce programme permettent de documenter l'accessibilité des services offerts par Relais-Méthadone pour la clientèle héroïnomane marginalisée de la région de Montréal. Au cours de la première année, le début de traitement s'effectuait en 11,2 jours, en moyenne. Par la suite, cependant, des périodes de gel des admissions ont eu lieu en raison d'une capacité d'accueil limitée. Relais-Méthadone parvient à rejoindre la clientèle ciblée, c'est-à-dire celle qui se caractérise par la polyconsommation de drogues, une fréquence et une durée de consommation élevées, le partage de seringues souillées, le travail du sexe, l'instabilité dans le logement, des sources de revenus instables et/ou illégales, des problèmes de justice et des difficultés à recourir au réseau de santé. En plus de la capacité du programme à rejoindre la clientèle visée, on observe aussi une bonne capacité de rétention de la clientèle en début de traitement, se situant à 72% pour les 6 premiers mois. Les principaux facteurs susceptibles de provoquer l'abandon du traitement sont la consommation de cocaïne, le fait d'être une femme et de s'adonner au travail du sexe, et ne pas avoir de revenu stable. Les résultats de l'étude mettent en lumière l'importance de la flexibilité dans l'application des modalités d'intervention. Des informations recueillies lors de consultations auprès de la clientèle (focus groups et questionnaires de satisfaction) indiquent qu'elle apprécie particulièrement l'accueil, la possibilité de pouvoir poursuivre le traitement même en continuant à consommer des drogues et de pouvoir réintégrer le programme après une période de non assiduité au traitement.

Passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue - Résultats d'une étude qualitative

Élise Roy, médecin

DSP de Montréal

Eva Nonn, Nancy Haley,
DSP de Montréal, Université McGill
Serge Brochu, Université de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Faire connaître les contextes et les dimensions qui favorisent le passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue

OBJECTIF : Comprendre comment l'injection de drogue s'inscrit dans la trajectoire de vie des jeunes de la rue (JR).
MÉTHODE : Quarante-deux entrevues semi-dirigées menées auprès de JR (15-25 ans) ont permis de développer, par induction, une typologie d'expériences en croisant trajectoire de vie dans la rue et trajectoire de consommation de substances.
RÉSULTATS : Type 1- les « centros » : expérience sociale totalisante précoce où trajectoires de vie et de consommation sont indissociables et liées à un processus de construction identitaire au centre-ville de Montréal; probabilité élevée de passer à l'injection. Type 2 - les « tripeux » : expérience moins fortement liée au centre-ville de Montréal; ils y arrivent plus âgés que les centros et sont déjà des consommateurs chroniques d'hallucinogènes; manifestent une certaine ambivalence envers l'injection. Type 3 - les « sur la go » : expérience où trajectoires de consommation et de vie s'entremêlent, conduisant à une perte de contrôle sur leur vie; ils viennent de familles toxicomanes et ont des antécédents de délinquance grave; ils viennent à Montréal dans l'intention de « triper » et s'associent à divers milieux « underground » où la cocaïne est omniprésente. Passage à l'injection possiblement lié à l'usage abusif de cocaïne. Type 4 : les « mal pris » : expérience caractérisée par un usage récréationnel des drogues et un passage à la rue généralement accidentel (perte d'emploi ou d'un co-locataire). Type 5 : les « alcoolos » : expérience très précoce de consommation abusive d'alcool, apprise dans la famille; cette consommation les conduit à la rue. Types 4 et 5 : probabilité de passer à l'injection relativement faible.
CONCLUSION : Cette typologie illustre les dimensions principales qui augmentent le risque de passer à l'injection chez les JR : pauvres acquis personnels; rupture précoce des institutions de socialisation primaire; affiliation à des sous-cultures valorisant un style de vie lié à la rue et à la drogue; marché local de la drogue.

B.2 ÉTUDES AUPRÈS DES HÉROÏNOMANES ET DES JEUNES DE LA RUE

Animateur : Élise Roy

Salle : CARTIER I

13h30
15h

JEUDI 6 MAI 13h30 - 15h

13h30
15h

B.4 ÉDUCATION PRÉVENTIVE EN MATIÈRE DE VIH/SIDA AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Animateur : René Lavoie

Salle : AMPHITHEATRE II

Interventions de prévention dirigées vers les personnes vivant avec le VIH ou celles vivant avec le SIDA

René Lavoie
COCQ-Sida

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Survol de la littérature sur le sujet
2. Survol des interventions ciblant cette clientèle
3. Discussion sur les divers enjeux soulevés par ces interventions

Notre présentation fera un bref survol de la littérature sur la prise de risques des personnes séropositives. Nous essayerons de comprendre l'évolution de cette documentation et du positionnement de cet enjeu. Un recensement des interventions ciblant cette clientèle sera présenté. Nous essayerons de voir quelles actions ont été réalisées au Québec, au Canada et ainsi qu'ailleurs dans le monde. Nous commenterons sur leurs approches et contenus. Nous essayerons de voir la faisabilité de ces interventions en contexte québécois. Finalement, nous aborderons les divers niveaux d'enjeux soulevés par les interventions ciblant les personnes séropositives. Les enjeux de santé physique et psychologique peuvent être importants pour le PVVIH : prise de risques, pression du dévoilement du statut sérologique, réinfection, peur d'infecter l'autre, exclusion volontaire des lieux de socialisation. Enfin, nous soulignerons d'autres enjeux se situant au niveau légal, éthique et social.

Intégrer la prévention du VIH dans les soins prodigués aux personnes vivant avec le VIH

Serge Dufresne
Clinique médicale du
Quartier Latin

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Savoir comment est assuré le suivi des PVVIH dans le système de santé québécois
2. Discuter des stratégies de prévention souhaitables

Avec l'apparition des thérapies antirétrovirales efficaces, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont une espérance et une qualité de vie plus grande. La survenue du SIDA a grandement diminué. Les PVVIH peuvent avoir une vie sexuelle active avec plus d'un(e) partenaire au cours de leur vie. Le traitement antirétroviral rend la personne atteinte moins contagieuse en diminuant la charge virale. La fidélité au traitement est essentielle pour assurer une suppression virale durable et éviter l'apparition de la résistance. Les activités de prévention doivent encourager le dépistage pour tous et particulièrement pour les personnes à risque pour contrôler la virémie et ainsi leur assurer une meilleure qualité de vie tout en les conscientisant sur la possibilité de transmettre le virus à d'autres. Aux États-Unis, on estime que 25% des personnes infectées ne sont pas détectées. Il faut aussi encourager la fidélité au traitement pour diminuer l'émergence et la transmission de souches virales résistantes. La superinfection est une réalité. On doit encourager les relations protégées entre personnes séropositives. L'augmentation des infections comme la syphilis chez les patients séropositifs sont des indicateurs de l'augmentation de l'activité sexuelle dans cette population. Jusqu'à 1/3 des personnes connaissant leur séropositivité continuent à avoir des comportements à risque. Les messages de prévention rencontrent quelques obstacles : « burn out » des personnes visées; efficacité des nouveaux traitements; image routinière du VIH; antirétroviraux dans la vie moderne. Des interventions simples et répétées peuvent conduire à un changement des comportements. Certains cas ayant plusieurs problématiques nécessiteront une intervention par une équipe multidisciplinaire. Le suivi des patients en clinique privée pose problème. Les rendez-vous sont fixés aux 15 minutes. On doit ajouter des consultations urgentes, entre les régulières. Les messages doivent être efficaces et concis. Il faut que l'entretien soit stimulant, il faut être empathique, éviter de porter des jugements et tenir compte de la résistance aux changements. L'association avec d'autres intervenants est primordiale : santé publique, CLSC, organismes communautaires, pharmaciens. Cet atelier nous permettra de discuter des différentes stratégies de prévention de la transmission du VIH dans le suivi des PVVIH.

La prévention secondaire chez les personnes vivant avec le VIH à l'ère des multithérapies

Joseph J. Lévy,
professeur

PRÉSENTATION
- PDF

UQAM, Département de sexologie
Toupin, I., Massie, L., Fernet, M., Otis, J.,
Trottier, G., Samson, J., Bastien, R.,
Pelletier, R., Lapointe, N., Harerimana, M.,
Rateau, M., Boucher, M., UQAM, U. Laval,
Hôpital Ste-Justine, DSP de Montréal,
COCQ-sida, CRISS, GAP-vies, CJM

Objectif :

1. Dégager les répercussions des traitements antirétroviraux sur : les relations de couple et la sexualité; les stratégies de prévention parmi des femmes montréalaises d'origine africaine et antillaise vivant avec le VIH.

L'amélioration et le maintien de la santé physique d'un grand nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), compte tenu de l'usage largement répandu des multithérapies, ont transformé les représentations de la maladie et des médicaments. Ces représentations suggèrent des perspectives d'avenir plus prometteuses ont affecté l'expérience des personnes infectées au VIH au plan relationnel et sexuel, soulevant ainsi de nouveaux enjeux en matière de prévention. Peu d'études se sont toutefois penchées sur les interrelations entre les représentations des multithérapies et les représentations symboliques de protection face au VIH/sida qui en découlent. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 26 femmes francophones d'origine africaine, haïtienne et caucasienne. Ces femmes sont âgées entre 25 et 51 ans et habitent la région de Montréal. L'analyse des données suggère que les nouveaux traitements antirétroviraux ont profondément modifié les perceptions du risque et les pratiques de protection chez les femmes infectées et leur partenaire. Bien que l'ensemble des participantes perçoivent le VIH comme étant une maladie mortelle, les nouvelles thérapies sont davantage perçues comme des substances permettant de combattre le virus et de prolonger l'espérance de vie. La protection et la non protection semble ainsi modulées par des référents symboliques de l'ordre de la confiance en l'efficacité du médicament. Le médicament peut alors servir de moyen préventif ou encore, lorsque la charge virale est déclarée indétectable, le risque de transmission devient, pour certaines participantes et leur partenaire, somme toute, négligeable. D'autres référents, tels les rondeurs, une bonne condition physique, l'absence de symptômes et une belle apparence physique servent à estomper l'ampleur du risque, principalement chez les partenaires des femmes africaines et haïtiennes. Ces données soutiennent qu'une démarche préventive efficace devrait tenir compte de l'influence des représentations des médicaments et de la connaissance que possèdent les personnes infectées sur la prise de risque face au VIH/sida.

B.4 ÉDUCATION PRÉVENTIVE EN MATIÈRE DE VIH/SIDA AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

13h30
15h

Animateur : René Lavoie

Salle : AMPHITHEATRE II

JEUDI 6 MAI 13h30 - 15h

13h30
15h

B.5 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES IMMIGRANTS AU QUÉBEC

Animateur : François Milord

Salle : INTERNATIONAL I

Épidémiologie de la tuberculose chez les immigrants

Paul Rivest, médecin

DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Sensibiliser les professionnels de la santé à la vulnérabilité des populations immigrantes du Québec à l'égard de la tuberculose
2. Connaître les caractéristiques particulières de l'épidémiologie de la tuberculose chez les immigrants

Le taux d'incidence pour le Québec a chuté presque constamment durant les vingt dernières années, passant de 14,2 cas pour 100 000 personnes en 1976 à 3,8 cas/100 000 en 2002. Alors qu'elles représentent 9,4 % de la population du Québec, les personnes nées à l'extérieur du Canada comptent pour 53,9 % des cas de tuberculose de la province (un peu plus de 80 % des cas à Montréal). L'incidence annuelle moyenne pour l'ensemble des personnes nées à l'extérieur du Canada (26,4 cas pour 100 000) est plus de dix fois supérieure à celle des Canadiens de naissance non autochtones (2,0 cas pour 100 000). Chez les 15-29 ans nés à l'extérieur du Canada, l'incidence annuelle moyenne grimpe à 43,1 cas pour 100 000. Parmi les personnes nées à l'extérieur du Canada et atteintes de tuberculose, 49,7 % ont développé la maladie dans les cinq premières années suivant leur arrivée au Canada. Chez les personnes nées à l'extérieur du Canada, c'est 9,2 % des souches présentent une résistance à l'INH et le problème touche surtout les 15-44 ans; chez les personnes nées au Canada, c'est 4,1 % des souches et le problème touche surtout les 45 ans et plus. Les personnes immigrantes restent particulièrement vulnérables à l'égard de la tuberculose et chez elles, les stratégies de base de lutte contre cette maladie doivent être intensifiées. L'élimination de la tuberculose dans les pays développés ne sera possible que si on réduit de façon importante la prévalence de la maladie dans les pays en voie de développement.

Prévention et contrôle pour les demandeurs de statut de réfugié

François Milord,

médecin

DSP de Montérégie

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Identifier les conséquences de la découverte d'une tuberculose pulmonaire chez un individu ayant transité par un poste frontière
2. Démontrer le rôle des différents partenaires impliqués dans la gestion d'un tel cas

Au printemps 2002, anticipant l'entrée en vigueur d'une loi plus restrictive, plusieurs demandeurs du statut de réfugié se sont présentés à Lacolle en Montérégie. Au début juin, le nombre de clients à la section internationale du poste frontalier est passé de 15 à 100 et le temps d'attente de 2 à 36 heures. La découverte d'un cas de tuberculose a conduit au dépistage des contacts et à une réflexion sur la prise en charge des infections transmissibles par voie aérienne. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire cavitair a été posé quelques jours après le passage de la frontière. Le dépistage concernait des travailleurs et des clients du poste frontalier et d'un centre d'hébergement pour réfugiés. Les personnes s'étant trouvées à moins d'un mètre du patient ou ayant séjourné 8 heures ou plus dans le même bâtiment étaient ciblées, soit 220 travailleurs et près de 100 clients. Le test cutané à la tuberculine (TCT) était fait et répété 8 semaines après le contact si inférieur à 5 mm. Aucun cas secondaire n'a été identifié. Une dizaine d'employés ont présenté un virage entre le premier et le second TCT, signe d'infection tuberculeuse récente. L'interprétation n'est pas claire puisque les employés en contact rapproché avec le patient n'avaient pas une proportion plus élevée de virage que les autres. De plus, certains travailleurs avaient pu être exposés à d'autres cas de tuberculose entre les deux TCT. Le bilan complet du dépistage des clients s'avère impossible car les TCT ont été réalisés par plusieurs services de santé répartis dans au moins trois provinces. Aux postes frontaliers, lorsqu'on suspecte une infection transmissible par voie aérienne, des mesures particulières doivent être prises incluant le port du masque et l'isolement du patient dans une pièce adaptée. La survenue récente du SRAS confirme l'utilité de telles mesures.

Programme de dépistage scolaire de la tuberculose de l'hôpital Ste-Justine de Montréal de 1998-2003

Denis Blais, infirmier

Hôpital Ste-Justine

Germain P. Inf Msc, Durocher S. Inf Bsc,

Lamarre V. md, Hôpital Sainte-Justine,

Davidson D. Inf Bsc, CLSC Côte des Neiges

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Démarches visant à cibler les populations à risque.
2. Identifier les éléments requis pour assurer l'évaluation, le suivi et le traitement des enfants et de leur famille

La tuberculose demeure une maladie répandue à travers le monde. Son traitement s'étendant sur plusieurs mois, un suivi étroit est nécessaire pour certains enfants de milieu socioculturel particulier.

Objectifs : Implanter un programme de dépistage de la tuberculose dans les écoles du territoire du CLSC Côte-des-neiges.

Méthodologie : Un partenariat a été établi entre l'équipe de l'hôpital Sainte-Justine et les infirmières scolaires affiliées au CLSC. Les classes d'accueil des écoles ont été ciblées. L'infirmière explique le test cutané tuberculinique (TCT) et obtient le consentement des parents. Le TCT est administré en classe. La lecture du test se fait 48 heures plus tard par l'infirmière de l'équipe. Les infirmières s'assurent de divulguer les résultats de manière confidentielle. Une lettre explicative est remise sur place à l'enfant. Lors de la 1ère visite en clinique externe, les familles sont rencontrées par l'infirmière afin de recevoir les explications face à la maladie et au traitement, et d'offrir le dépistage familial. Par la suite, le médecin fait l'anamnèse, l'examen physique et selon le radiographie pulmonaire, pose le diagnostic de tuberculose-latente. L'infirmière s'assure du suivi et de l'assiduité au traitement. Résultats : Le dépistage a été offert chez 2234 enfants dont 1825 ont acceptés de passer le TCT. Le taux de TCT positif est de 22%. Les enfants nés à l'étranger ont présentés une prévalence plus importante de TCT positif que ceux nés au Canada (32% versus 1.5%, $p < 0.005$). Le traitement d'une durée de 6 à 9 mois a été complété chez 223 (68%) enfants. Ce sont les familles originaire de l'Europe de l'Est dans une proportion de 19 % qui refusent le plus le premier rendez-vous ou le traitement lors de la première visite. Le plus haut taux de traitement non-complété (27%) a été observé chez les populations immigrantes provenant des Antilles.

Conclusion : Le personnel de la clinique de tuberculose a instauré une collaboration efficace avec les infirmières scolaires du CLSC pour le dépistage scolaire de la tuberculose dans une population à forte prévalence. La prise en charge immédiate dès la lecture du résultat du TCT est l'une des forces de ce programme.

B.5 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES IMMIGRANTS AU QUÉBEC

13h30
15h

Animateur : François Milord

Salle : INTERNATIONAL I

Programme de dépistage de la tuberculose, maladie et infection latente en milieu scolaire en classes d'accueil

PRÉSENTATION
- PDF

Larry Lands,
pneumologue

CUSM-Hôpital de Montréal pour enfants

Objectifs :

1. Présenter les démarches visant à cibler les populations à risque.
2. Identifier les éléments requis pour assurer l'évaluation, le suivi et le traitement des enfants et de leur famille

Le programme de dépistage de la tuberculose de l'Hôpital de Montréal pour enfants cible les élèves en classes d'accueil. Ces élèves sont de nouveaux immigrants venant, pour la plupart, de régions où le taux de tuberculose est élevé. Le programme consiste d'une équipe composant plusieurs intervenants qui doivent travailler en étroite collaboration afin d'offrir un service pour l'élève ainsi que sa famille. Au centre de cette collaboration sont les infirmières de l'hôpital et les infirmières en santé scolaire des CLSC. Le dépistage a lieu à l'école et ceux qui ont un test positif (≥ 10 mm) sont référés à la clinique. Un suivi périodique a lieu au cours des 9 mois de prophylaxie à l'INH, y compris des vérifications avec les pharmacies. Au cours des cinq dernières années nous avons dépisté 500 patients par année, dont 20 à 25% ayant des tests positifs; de plus, certains membres de la famille s'avèrent positifs. Le programme de dépistage en classes d'accueil est efficace, avec un taux élevé de tests positifs. Sa réussite dépend de la collaboration entre plusieurs intervenants. Tout est en place pour que ce programme prenne de l'expansion; cependant un support régional s'impose pour un programme d'une telle envergure.

Prévention et contrôle dans la communauté

Karen Chaudhry, Public Health Nurse
Toronto Public Health

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Présenter l'épidémiologie de la tuberculose à Toronto
2. Décrire la prévention et le contrôle dans la communauté, chez les immigrants

Le résumé n'était pas disponible au moment de l'impression.

JEUDI 6 MAI 13h30 - 15h

13h30
15h

B.6 ÉMERGENCE DES VULNÉRABILITÉS : SOMMES-NOUS PRÊTS À LES DÉTECTER ?

Animateur : Lucie Bédard

Salle : INTERNATIONAL II

Sources d'information au service des DSP

Lucie Bédard,

agente de planification socio-sanitaire
Robert Allard, épidémiologiste senior
DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire les sources d'information complémentaire aux maladies à déclaration obligatoire pour la surveillance des maladies infectieuses
2. Énumérer des exemples d'utilisation de sources d'information complémentaire

Contrôle et prévention sont notre point de mire dans notre engagement continu à contrer les maladies infectieuses. Pour y arriver, la détection des cas, la déclaration en temps réel, l'analyse de la situation et la rétroinformation claire et rapide sont essentielles. Les données usuelles reliées aux maladies à déclaration obligatoire, aux hospitalisations et à la mortalité y contribuent. Par contre, le besoin de se rapprocher de la source des infections et celui d'identifier les causes sous-jacentes des infections émergentes se font sentir surtout lors de situation comme celle du SRAS. On retrouve dans la littérature huit catégories de facteurs qui expliqueraient l'émergence, la ré-émergence et les problèmes de contrôle de maladies infectieuses. Ces facteurs sont 1) les changements dans la démographie et les comportements humains ; 2) les changements technologiques et industriels; 3) le développement économique et le changement dans l'utilisation des terres; 4) l'augmentation du nombre et de la vitesse des voyages internationaux et des échanges commerciaux; 5) les changements et l'adaptation microbiens; 6) la détérioration de la capacité de santé publique aux niveaux local, national et international; 7) les changements climatiques; et 8) les attaques intentionnelles. Le développement d'un programme régional de surveillance et de vie doit prendre en compte ces facteurs. Le programme devra donc compter sur de multiples sources de données et d'information pour maximiser sa sensibilité et sa spécificité. L'objectif de la présentation est de décrire les sources de données existantes à exploiter pour la vie et la surveillance régionale des maladies infectieuses. À la lumière du plan provincial de surveillance et de l'expérience du département de santé publique de Montréal, nous décrirons les activités actuelles et prévues pour la surveillance et la vie régionales des maladies infectieuses.

Sondage omnibus à Montréal en 2003 : connaissances et croyances de la population

Robert Allard^{1,2,3},

épidémiologiste senior

Anne Bruneau¹, Lucie Bédard^{1,3}; Renée Paré¹; ¹DSP de Montréal et INSPQ;

²U. McGill; ³U. de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Énumérer les avantages et les limites de sondage omnibus pour décrire les comportements des populations au niveau régional
2. Décrire la méthodologie utilisée pour le sondage omnibus à Montréal
3. Comprendre l'utilisation des résultats des sondages montréalais dans la planification des activités préventives

Objectifs : Évaluer un sondage omnibus pour la surveillance comportementale en MI et l'identification de populations vulnérables.

Méthode : Un sondage téléphonique aux six mois, comptant environ 20 questions sur les MI, parmi les résidents de Montréal-Centre âgés de 15 ans et plus. Résultats : Il y eu 1116 répondants en mai 2003 et 1007 en novembre 2003, pour des taux de réponse de 60% et 53%, respectivement. Au moins un aliment à risque (volaille, bœuf haché ou œufs insuffisamment cuits, ou fromage de lait cru) avait été consommé dans les derniers 10 jours par 54% des répondants. La diarrhée (= 3 selles molles par jour) dans les 3 derniers mois a été évoquée par 16% des répondants à chaque sondage. Parmi les répondants, 86% pensaient qu'il faut nécessairement être mordu par une chauve-souris pour attraper la rage. Le vaccin antigrippal avait été reçu par 29%, surtout par ceux ayant un revenu moyen supérieur à 60 000\$, âgés de plus de 50 ans ou anglophones. Quant à la vaccination des jeunes de moins de 16 ans, 21% y sont opposés, surtout parce que les personnes en santé n'en ont pas besoin (45%), qu'elle n'est pas naturelle (29%) ou qu'elle rend les gens plus malades (23%). Concernant le VNO, 52% des répondants n'avaient pas l'air climatisé à la maison, 10% pas de moustiquaires aux fenêtres qui ouvrent et 29% pas de moustiquaires aux portes qui restent ouvertes, surtout les répondants à faible revenu, de moins de 50 ans ou habitant le Centre-Est.

Conclusion : Malgré une bonne puissance statistique, les taux de réponse faibles laissent place à un risque important de biais de sélection. Ce risque pourrait être amoindri par l'analyse de mesures répétées, visant la détection de tendances temporelles, ou par la triangulation avec d'autres données.

Surveillance de seconde génération

Alix Adrien, médecin

DSP de Montréal

Objectifs :

1. Décrire la surveillance de seconde génération
2. Comprendre son utilisation dans la surveillance du VIH

L'épidémie de VIH dans le monde a des visages différents selon les populations et les localités. Les systèmes actuels de surveillance du VIH rendent mal compte de cette diversité et analysent peu les changements observés dans le temps. On fait de plus en plus la promotion d'une autre façon de faire de la surveillance en favorisant la triangulation de données pour mieux expliquer l'évolution de l'épidémie et en utilisant mieux cette information. Ces systèmes de surveillance, qu'on appelle de deuxième génération, renforcent les systèmes qui existent déjà en mettant les ressources disponibles dans les populations vulnérables où elles peuvent mieux être mises à profit et en reliant, entre autres, des études biologiques (prévalence/incidence VIH et autres ITSS, par exemple) et des études comportementales.

B.6 ÉMERGENCE DES VULNÉRABILITÉS : SOMMES-NOUS PRÊTS À LES DÉTECTER ?

13h30
15h

Animateur : **Lucie Bédard** Salle : **INTERNATIONAL II**

Salle : INTERNATIONAL II

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features a series of evenly spaced, horizontal orange lines that run across the entire width of the page. The background is a solid, light cream or off-white color. There are no margins, text, or other markings present on the page.

13h30
15h

B.7 PROJETS SPÉCIAUX DE VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES

Animateur : Gilles Lambert

Salle : AMPHITHEATRE I

Projet de vaccination contre les hépatites A et B auprès de diverses populations vulnérables de Montréal Rapport d'étape 2001-2003

Gilles Lambert, médecin

PRÉSENTATION
- PDF

DSP de Montréal

Johns Teena Marie¹, Sissoko Hawa¹, Tremblay Claude¹ et les infirmiers et infirmières des équipes de prévention et de dépistage des CLSC désignés de Montréal, ¹DSP de Montréal

Objectifs :

1. Présenter la démarche d'implantation du projet régional de vaccination
2. Rendre compte des outils développés, des activités déployées et des services dispensés dans le cadre du projet
3. Identifier les facteurs ayant influencé l'implantation du projet et les perspectives actuelles

Contexte : Soutien de la DSP aux 9 équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang des CLSC désignés de Montréal (ÉPDITSS) dans leur mandat d'offrir la vaccination contre les hépatites A et B à des populations vulnérables difficiles à rejoindre. Activités déployées : Analyse des opportunités d'intervention avec chaque ÉPDITSS, développement de partenariats avec les organismes/établissements, élaboration de procédures adaptées au contexte de proximité et développement d'outils de promotion de la vaccination et de monitoring. Services dispensés : Entre 10-2001 et 01-2004 (27 mois d'activités) : 10 397 doses de vaccin (dont 90% de Twinrix) ont été administrées à un total de 6 562 personnes (âge 20 à 39 ans: 64,0%; H: 68,6%) et ce à l'intérieur d'un total de 51 organismes communautaires et établissements (le plus souvent lors de cliniques de vaccination spécifiques); milieux carcéraux: 39,5% des doses administrées; écoles de décrocheurs: 19,4%; organismes haïtiens: 11,7%; organismes et établissements pour hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes: 8,8%; pour utilisateurs de drogues illicites par injection ou non: 6,8%; pour jeunes de la rue: 3,4%; pour autochtones: 1,8%; pour travailleurs du sexe: 1,4%; pour clientèles variées: 7,1%. Globalement, 40,6% des personnes ayant initié leur cédule vaccinale (cédule régulière ou accélérée) de Twinrix dans le réseau des ÉPDITSS ont reçu une 2^{ème} dose et 12,4% une 3^{ème} dose dans ce même réseau. La vaccination était souvent accompagnée d'un counseling portant sur l'adoption de comportements sexuels et d'injection sécuritaires ainsi que de références pour le dépistage des ITSS. Facteurs : création d'un comité régional d'infirmiers/ères de proximité, support direct d'une infirmière de la DSP, réponse positive de toutes les populations visées, ouverture des milieux. Conclusion : 1) L'intervention de proximité a permis de vacciner un grand nombre de personnes vulnérables contre les hépatites A/B; 2) Le niveau d'immunité naturelle ou acquise de chaque population visée doit être documenté afin d'orienter les efforts.

Vaccination contre les hépatites A et B dans les bars de danseuses de Laval, 2001 à 2003

Karine Guilbeault,

intervenante de milieu

Projet Vénus (Sida-Vie Laval)

Johanne Bélisle, infirmière

CLSC-CHSLD du Marigot

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Sensibiliser au partenariat entre le réseau communautaire et les CLSC
2. Identifier des agents facilitateurs à ce type de collaboration
3. Présenter concrètement des possibilités de services et activités pouvant être offerts dans les bars

Méthode : Présenter le Projet Vénus et la Grande Tournée (activité de vaccination).

En résumé : Mandat et services du Projet Vénus, présentation de la Grande Tournée, facilitateurs pour le partenariat, avantages du partenariat, données sur les activités ayant eu lieu.

Conclusion : Déroulement de la visite dans le milieu facilitée par le partenariat, crédibilité du projet (Vénus) dans le milieu, consultation (en CLSC) de personnes peu rejointes par les services de santé, meilleure connaissance du milieu et de la réalité de cette clientèle par les professionnels de la santé, complémentarité des services.

Vaccination dans les bars des HARSAH du Saguenay/Lac St-Jean

Jocelyne Daigneault, infirmière

DSP Saguenay-Lac-Saint-Jean,

Lucie Bellefeuille, infirmière

CLSC du Grand Chicoutimi

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Adapter l'intervention en fonction des besoins d'une clientèle vulnérable
2. Susciter la création de liens entre les organismes communautaires et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux afin de développer des actions concertées visant la promotion et la protection de la santé

En 1997, dans un contexte où l'on observe une augmentation du nombre de cas d'hépatite A dans une population cible (HARSAH) suite aux enquêtes épidémiologiques, il est important d'agir rapidement surtout lorsqu'un vaccin est disponible pour réduire l'incidence de la maladie et éviter sa propagation. L'objectif de cette intervention était d'offrir la vaccination contre les hépatites A et B à cette clientèle. Mais comment rejoindre une clientèle à risque, non touchée par le réseau de santé habituel, s'assurer d'atteindre une couverture vaccinale adéquate et promouvoir l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires, tout en sachant bien qu'en région, la peur du jugement et la dénégation des facteurs de risque font parties de notre réalité régionale? Les intervenants de la DSP en partenariat avec les CLSC et deux organismes communautaires, le MIENS* et le GRIS* ont déterminé qu'une intervention directe dans 2 bars gais était l'approche à privilégier. L'intervention visait à rejoindre environ 200 hommes de la région. Pour bien s'arrimer, il y a partage des responsabilités. Les intervenants de la DSP assurent la coordination du projet et la gestion des produits immunisants. L'équipe du CLSC planifie et réalise les activités cliniques, les intervenants des organismes communautaires s'occupent de sensibiliser la clientèle cible et sont responsables de l'accueil lors des cliniques de vaccination. Les propriétaires de bars collaborent avec leur personnel et les intervenants dans cette démarche. Il s'est tenu entre mai 1998 et juin 2000, 21 cliniques. Quatre cent dix huit doses de vaccins ont été administrées à 179 personnes dont environ la moitié ont reçu une vaccination mixte (vaccin contre l'hépatite A et B). L'évaluation du projet a permis de constater la grande satisfaction de la clientèle face à la disponibilité, l'originalité, l'accessibilité ainsi qu'au respect de confidentialité lors des cliniques. Il a aussi permis de faire connaître les ressources et les services de dépistage et de support en liens avec le VIH et les ITS. Le partenariat a démontré que des actions concertées peuvent mener à des interventions efficaces et efficientes adaptées à des situations et des clientèles pour voir, penser et agir autrement.

*MIENS : Mouvement d'information, d'éducation et d'entraide dans la lutte contre le sida

*GRIS : Groupe de recherche en intervention sociale

PROJETS SPÉCIAUX DE VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES

15h

Salle : AMPHITHEATRE I

Vaccination dans les piqueries de Québec

Manon Grenier

CLSC Haute-Ville-des-Rivières

PRÉSENTATION
- PDF

Les objectifs et le résumé n'étaient pas disponibles au moment de l'impression.

13h30 - 15h

B.8 LES ITSS : LES ASPECTS PRATIQUES EN CLINIQUE

13h30
15h

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

JEUDI 6 MAI 13h30 - 15h

15h30
17h

C.1 NOUVEAUX ENJEUX DE LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA EN 2004 EN REGARD DE LA COMMUNAUTÉ GAIE

Animateur : Élysabeth Lacombe

Salle : CARTIER I

Les pratiques sexuelles des HARSAH séropositifs au VIH à Montréal : constats et pistes d'action

Jean Beauchemin, agent de recherche
DSP de Montréal

Joseph Cox^{1,2,3}, Robert Allard^{1,2},

¹DSP de Montréal et INSPQ; ²Université McGill; 3UHRESS HGM

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Informer les participants quant à la prévalence des pratiques sexuelles à risque chez les HARSAH séropositifs au VIH à Montréal et aux facteurs psychosociaux qui leur sont associés

Objectifs : 1) Tracer le profil des HARSAH séropositifs au VIH à Montréal; 2) déterminer la prévalence des pratiques sexuelles à risque de transmission ou de réinfection par le VIH; et 3) examiner l'impact des traitements anti-VIH et de divers facteurs psychosociaux sur ces pratiques. Méthode : Un échantillon de 346 HARSAH séropositifs a été constitué par l'entremise de cinq cliniques médicales spécialisées en VIH. Les participants ont répondu à un questionnaire portant sur leurs pratiques sexuelles ainsi que sur plusieurs aspects liés à leur santé, aux traitements, à la prévention, etc. Diverses échelles mesurant l'impact perçu des traitements sur le VIH/sida et les pratiques sexuelles ont été incluses. Dans notre étude, seules les relations anales non protégées par un condom ont été définies en tant que pratiques sexuelles à risque. Résultats : Les répondants ont 45 ans en moyenne et ont reçu leur diagnostic de VIH depuis 10 ans. La plupart (84%) prenait des antirétroviraux au moment de l'enquête et les deux tiers avaient une charge virale « indétectable » lors de leur dernier test. Au total, 34% des répondants rapportaient au moins une relation anale non protégée au cours des six derniers mois, dont au moins 13% avec un partenaire séronégatif ou de statut inconnu. La régression logistique multivariée révèle que les pratiques à risque sont associées au fait de croire que les traitements anti-VIH réduisent le risque de transmission et à la perception d'un relâchement des pratiques sécuritaires dû aux avancées thérapeutiques. Toutefois, les effets d'autres facteurs ou situations comptent davantage dans la prédiction du risque, notamment la pratique du séro-triage (choisir ses partenaires en fonction de leur statut sérologique), la lassitude éprouvée à l'endroit du sexe sécuritaire et l'usage de poppers durant les relations sexuelles. Conclusion : Les raisons couramment avancées pour expliquer le relâchement des pratiques sexuelles sécuritaires chez les HARSAH, en particulier la banalisation du VIH-sida attribuée aux traitements antirétroviraux, semblent jouer un rôle assez mineur dans la prise de risque par les HARSAH séropositifs.

Leaders de la communauté gaie dans la prévention du VIH

René Lavoie, coordonnateur
COCQ-Sida, Québec, QC

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Fournir un bref historique des organismes gais et VIH/Sida
2. Présentation des infrastructures de la communauté gaie versus des organismes VIH/Sida
3. Présentation critique de l'évolution de ces deux entités
4. Discussion du rôle des leaders de la communauté gaie dans le VIH/Sida

Nous aborderons, dans un premier temps, la situation de l'organisation de la communauté gaie à l'apparition du VIH. Ceci autant du point de vue de l'organisation communautaire que de l'organisation sociale/commerciale. Nous établirons un parallèle avec d'autres pays principalement l'Europe et les États-Unis. Dans un deuxième temps, nous présenterons et commenterons la chronologie de la naissance des organismes sida. Nous discuterons de la façon dont ces services se sont organisés à Montréal et comparerons cette organisation des services à des villes similaires au Canada. Cette introduction nous permettra de mieux saisir l'évolution de ces deux structures organisationnelles, leurs évolutions parallèles, leurs similitudes et leurs disparités. Finalement, nous discuterons du rôle des leaders de la communauté gaie et de leurs participations à l'univers organisationnel sida.

Analyse du discours de la communauté gaie en regard de la prévention

Yves Lafontaine, rédacteur en chef
Revue Fugues

PRÉSENTATION
- PDF

La reprise de l'épidémie du sida dans la communauté gaie semble une réalité que confirment de multiples indicateurs : les maladies transmissibles sexuellement sont à la hausse; sur Internet, le sexe sans condom n'a rien d'un fantasme; certaines études auprès tant des séronégatifs que des séropositifs semblent démontrer qu'un plus grand nombre d'entre eux ont des pratiques pas toujours sécuritaires. La prévention actuelle est-elle adéquate ? À qui s'adresse les campagnes publicitaires et que véhiculent-elles ? Sur quels aspects devrait-on axer les suivantes ? Amorce d'une réflexion essentielle.

C.1 NOUVEAUX ENJEUX DE LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA EN 2004 EN REGARD DE LA COMMUNAUTÉ GAIE

15h30
17h

Animateur : Élysabeth Lacombe

Salle : CARTIER I

JEUDI 6 MAI 15h30 - 17h

15h30
17h

C.2 NOUVEAUTÉS EN RÉDUCTION DES MÉFAITS

Animateur : Richard Cloutier

Salle : CARTIER II

Intervention ciblant les UDI et visant le dépistage et le suivi pour l'hépatite C

François Blouin, M.A.,

Point de Repères

Lucie Deshaies, médecin

CLSC Haute-Ville-Des-Rivières

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Connaître les caractéristiques d'une expérience de partenariat entre le CLSC Haute-Ville-des-Rivières et l'organisme Point de Repères visant l'adhérence au suivi médical des UDI porteurs du VHC
2. Identifier certains facteurs facilitant et obstacles concernant le suivi médical et psychosocial du VHC et du VIH chez les UDI actifs
3. Acquérir des connaissances, attitudes et habiletés utiles à l'intervention auprès des UDI actifs

Pour le toxicomane utilisateur de drogues injectables infecté par le VIH ou l'hépatite C, l'accessibilité et la continuité en regard des services médicaux et psychosociaux pose un réel défi. Les barrières se retrouvent autant du côté du client (désorganisation, démotivation, peur du rejet,...) que du côté des services du réseau de la santé qui ne sont pas toujours adaptés aux besoins de cette clientèle. Il n'en demeure pas moins que cette clientèle est extrêmement vulnérable et a de grands besoins au niveau de leur santé. En plus des soins individuels à ces personnes, des interventions adaptées ont un impact tant au niveau de la prévention secondaire que tertiaire. C'est donc aussi un enjeu santé publique. Un projet nommé « Prévention de la transmission, soutien médical et accompagnement humanitaire pour les UDI actifs vivant avec le VHC » a été initié il y a quatre ans par l'organisme Point de Repères en partenariat avec le CLSC Haute-Ville-Des-Rivières. L'objectif général du projet visait à supporter les UDI actifs vivant avec le VHC à travers les différentes étapes de leur maladie. Grâce à l'approche, intervenants et soignants devinrent les ingénieurs d'un passage entre l'univers de la toxicomanie et celui des soins de santé. La collaboration développée fut un axe primordial pour permettre à la clientèle d'atteindre certains objectifs. L'adhérence au suivi médical des toxicomanes qui ont profité de l'expérience démontre les bénéfices considérables de l'approche. L'identification des obstacles et des moyens de les contourner ont permis d'établir les balises d'interventions adaptées et essentielles qui devraient faire l'objet d'implantation de services intégrés à notre réseau de santé.

La prévention du VHC chez les usagers de drogues par injection: l'implantation des nouveaux matériels d'injection

Carole Morissette, médecin

Pascale Leclerc, Louise Durand

Claude Tremblay

DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Cerner l'urgence de prévenir le VHC chez les UDI
2. Connaître le programme québécois de prévention du VHC chez les UDI
3. Discuter des résultats de la mise en œuvre de la distribution de l'ampoule d'eau et du Sécuricup à Montréal depuis août 2003

L'infection au VHC associée à l'usage de drogues par injection représente une urgence de santé publique. En effet, la prévalence atteint 70 à 90% chez les usagers de drogues par injection (UDI). Chez les jeunes de la rue qui se sont injectés au cours de leur vie, la prévalence est de 25%. Dans ce groupe, la prévalence de l'infection augmente en fonction de la durée d'injection. C'est donc au cours des premières années d'injection que les jeunes de la rue contractent l'infection. Il s'agit donc d'une cible importante pour la prévention. Pour faire face à l'épidémie de VHC, il serait nécessaire d'élaborer un programme provincial de santé publique qui engloberait, dans un continuum, des actions en prévention primaire jusqu'au traitement incluant la prise en charge clinique des personnes infectées. Le MSSS, dans le cadre du Programme québécois d'intervention auprès des personnes infectées par le VHC, annonçait le 5 juillet 2000 l'allocation de crédits afin d'accroître les efforts de prévention des programmes régionaux d'accès au matériel d'injection et de récupération. Dans le cadre de la stratégie de lutte contre le VIH, les efforts ont surtout porté sur l'accès aux seringues neuves. Or, dans le cadre d'une stratégie visant le VHC, l'accessibilité aux seringues ne suffit pas puisque le partage des autres matériels nécessaires à la préparation de la drogue représente également un risque de transmission qu'il faut dorénavant considérer. Cette mesure propose que, outre les seringues, d'autres matériels stériles d'injection soient rendus accessibles : eau, filtre, contenant de dilution et de chauffage de la drogue ainsi que des contenants de récupération individuels. La présentation permettra de décrire les étapes qui ont conduit à l'implantation de cette mesure, les outils développés ainsi que certains résultats issus des données de monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal. Seront également discutés les enjeux reliés à la continuité des actions de prévention du VHC auprès des UDI.

Implantation d'un jeu de cartes sur la prévention des ITSS en milieu carcéral

Carmen Trottier, directrice générale
Association des intervenants en toxicomanie du Québec

Benoît Vigneau,

agent de planification

MSSS

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Comprendre les particularités du milieu carcéral en matière de prévention des ITSS
2. Connaître un outil adapté aux besoins de la clientèle carcérale

La clientèle des réseaux correctionnels présente des risques élevés au regard des ITSS. Un plan d'action couvrant les années 1997-2002 a été élaboré par le ministère de la Sécurité publique. Il indiquait les principales actions devant être mises de l'avant dans le milieu carcéral québécois. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'était engagé à supporter une part des actions dont la production d'un outil éducatif sur les ITSS adapté à la réalité carcérale. Une consultation auprès de la population carcérale a permis d'identifier le jeu de cartes comme outil de communication à privilégier. Il permet de développer un grand nombre de messages et de les appuyer par du visuel. Un jeu de cartes semblait le meilleur moyen de transmettre des messages éducatifs sur le VIH/sida, le VHC et les autres ITS. L'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) a accepté de coordonner cet important projet provincial. Pour ce faire, elle a travaillé en étroite collaboration avec un comité avisé formé de représentants des ministères de la Sécurité publique, de la Santé et des Services sociaux. La réalisation de JOUE TES ATOUTS a tenu compte de la réalité des personnes incarcérées, de celles qui débutent ou poursuivent une consommation de substances psychotropes et de celles qui ont ou désirent arrêter de consommer. Les modèles de relations interpersonnelles représentés dans l'outil sont positifs. Les différentes situations illustrent des façons de communiquer fondées sur le respect de soi et de l'autre. De plus, l'AITQ a réalisé un document support à l'intention des intervenants correctionnels qui distribuent cet outil de prévention et de sensibilisation. Un plan de diffusion, de communication et l'embauche d'une personne responsable de l'implantation ont permis de distribuer l'outil dans l'ensemble des établissements de détention québécois. Finalement, une évaluation du projet a été confiée à l'INSPQ. Les résultats seront disponibles dans quelques mois.

C.2 NOUVEAUTÉS EN RÉDUCTION DES MÉFAITS

15h30
17h

Animateur : Richard Cloutier

Salle : CARTIER II

JEUDI 6 MAI 15h30 - 17h

15h30
17h

C.4 ASPECTS ÉTHIQUES ET PERTINENCE DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH QUI NE DÉVOIENT PAS LEUR STATUT À LEURS PARTENAIRES SEXUELS OU D'INJECTION

Animateur : Alix Adrien

Salle : AMPHITHEATRE II

Réflexions sur le modèle de Calgary pour la gestion des situations impliquant des personnes vivant avec le VIH qui ne dévoient pas leur statut à leurs partenaires sexuels ou d'injection

Michèle Lalonde, attachée de recherche
DSP de Montréal

Les objectifs et le résumé n'étaient pas disponibles au moment de l'impression.

Le modèle de Montréal d'intervention auprès des personnes vivant avec le VIH qui ne dévoient pas leur statut à leurs partenaires sexuels ou d'injection

Alix Adrien, médecin
DSP de Montréal

Objectifs :

1. Prendre conscience de la complexité des situations auxquelles sont confrontés les intervenants, et la difficulté à choisir une démarche et les outils qui y correspondent
2. Cerner les éléments pouvant constituer un cadre d'intervention
3. Déterminer les éléments du modèle de Montréal à retenir pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un cadre d'intervention

Plutôt que des poursuites criminelles, les interventions de santé publique offrent probablement de meilleures alternatives pour réagir à des situations où une personne séropositive ne prend pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH à d'autres. Nous décrivons un modèle développé par la DSP de Montréal, où existe depuis 1996 un Comité d'aide aux intervenants aux prises avec des personnes séropositives qui, sans dévoiler leur statut, ont des relations sexuelles ou des pratiques d'injection sans prendre des précautions afin d'éviter la transmission du VIH. Nous décrivons les modes de fonctionnement de ce comité, les services offerts, les principes qui guident ses actions et les résultats obtenus à date.

Principes éthiques dans l'intervention auprès de personnes vivant avec le VIH qui ne dévoient pas leur statut à leurs partenaires sexuels ou d'infection - Leçons à tirer de l'expérience du CAI à Montréal

Raymond Massé, professeur
Département anthropologie
Université Laval

Objectifs :

1. Nous identifierons dans un premier temps les valeurs morales qui ont semblé guider les membres du CAI dans leurs analyses des cas qu'ils ont eu à étudier dans le cadre de leur mandat. L'objectif ici sera de mettre à jour des normes morales sous-jacentes, largement implicites, qui ont balisé leurs jugements.
2. Dans un deuxième temps, nous confronterons ces valeurs avec les principes et autres normes éthiques qui avaient été proposés par les concepteurs du comité d'aide aux intervenants au moment de sa mise sur pied. Nous en tirerons des leçons quant aux spécifications qui devraient être apportées aux valeurs et principes à mettre de l'avant dans l'analyse des stratégies pertinentes de gestion des cas de personnes infectées qui ont volontairement des relations sexuelles non protégées.

Depuis la fin des années 1990, les professionnels de la santé qui se questionnent quant aux actions éthiquement acceptables à mettre en oeuvre face à un cas séropositif qui avoue continuer avoir des relations sexuelles non protégées ont accès aux services conseils d'un Comité d'aide aux intervenants (CAI). Dans le cadre d'un projet de recherche évaluative, une équipe s'est penchée, entre autres, sur la place occupée par les valeurs morales et les principes éthiques dans la construction des recommandations faites aux intervenants. Dans le cadre de cette communication : 1) Nous identifierons dans un premier temps les valeurs morales qui ont semblé guider les membres du CAI dans leurs analyses des cas qu'ils ont eu à étudier dans le cadre de leur mandat. L'objectif ici sera de mettre à jour des normes morales sous-jacentes, largement implicites, qui ont balisé leurs jugements; 2) Dans un deuxième temps, nous confronterons ces valeurs avec les principes et autres normes éthiques qui avaient été proposés par les concepteurs du comité d'aide aux intervenants au moment de sa mise sur pied. Nous en tirerons des leçons quant aux spécifications qui devraient être apportées aux valeurs et principes à mettre de l'avant dans l'analyse des stratégies pertinentes de gestion des cas de personnes infectées qui ont volontairement des relations sexuelles non protégées.

C.4 ASPECTS ÉTHIQUES ET PERTINENCE DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH QUI NE DÉVOIENT PAS LEUR STATUT À LEURS PARTENAIRES SEXUELS OU D'INJECTION

15h30
17h

Animateur : Alix Adrien

Salle : AMPHITHEATRE II

JEUDI 6 MAI 15h30 - 17h

15h30
17h

C.5 ÉCLOSIONS DE TUBERCULOSE AU QUÉBEC

Animateur : Serge Dery

Salle : INTERNATIONAL I

Rôle de la dactyloscopie dans l'investigation des éclosions de la tuberculose

Marcel Behr, médecin
Université McGill

PRÉSENTATION
- PDF

Les objectifs et le résumé n'étaient pas disponibles au moment de l'impression.

Investigation des contacts d'un cas de tuberculose pulmonaire et laryngée

François Milord, médecin

DSP de Montérégie
Eric Levac, Lina Perron, Céline Gariépy,
Danielle Meilleur, Ginette Lagarde,
Manon Blackburn, DSP de Montérégie
Université de Sherbrooke

Objectifs :

1. Reconnaître l'impact de l'absence d'isolement d'un cas hospitalisé de tuberculose contagieuse
2. Justifier la recherche de données régionales sur le taux attendu de PPD positifs dans les populations adultes du Québec

Dans une région rurale du Québec, la déclaration d'une tuberculose pulmonaire et laryngée a conduit à une investigation d'envergure. Agé de 80 ans, ce patient a été hospitalisé 12 jours sur une unité de médecine et de pédiatrie avant le diagnostic et l'isolement. Un test à la tuberculine 5 UT (PPD) a été recommandé aux contacts. Dans la stratégie de dépistage en cercles concentriques, le seuil de passage au cercle suivant était fixé à 10 % de PPD supérieurs à 4 mm. Parmi les 54 contacts domiciliaires et hospitaliers les plus étroits du premier cercle, 17 (31 %) avaient un PPD positif. Trois des 65 enfants hospitalisés sur l'unité ont présenté une conversion alors que 27 (27 %) des 101 adultes du deuxième cercle étaient positifs. Les visiteurs des patients hospitalisés qui faisaient partie du troisième cercle étaient positifs à 36 % (77/216). La conversion de 3 enfants confirme la transmission sur l'unité de soins. Parmi les adultes, la proportion présentant un PPD supérieur à 4 mm est autour de 30 % dans les trois cercles. L'absence de relation entre le taux de positivité et le type de contact a été observée dans certaines investigations menées au Québec. L'influence d'autres facteurs comme l'exposition à des mycobactéries atypiques doit être davantage étudiée.

Réflexions sur quelques éclosions de tuberculose au Québec

Christine Lacroix,
médecin

PRÉSENTATION
- PDF

Myrtha Cionti Bas

PRÉSENTATION
- PDF

DSP de Montréal;

Mario Brisson

PRÉSENTATION
- PDF

DSP du Saguenay-Lac-St-Jean;

Éric Levac

PRÉSENTATION
- PDF

DSP de Montérégie

Objectifs :

1. Décrire une éclosion de tuberculose dans un groupe autochtone urbain
2. Discuter des interventions effectuées et des résultats obtenus

Quatre investigations autour de cas de tuberculose seront discutées. Ils permettront d'illustrer différents contextes de transmission de la tuberculose au Québec, et d'illustrer l'utilisation du génotypage (dactyloscopie) pour l'investigation de ces éclosions, entre autres pour distinguer les cas liés des cas sporadiques dans des groupes ayant une incidence plus élevée de tuberculose. Les difficultés pour rejoindre les groupes vulnérables seront aussi soulignées, et des exemples d'interventions qui ont bien réussi seront présentés, de même que l'importance d'impliquer les groupes communautaires concernés et les partenaires du réseau de la santé. Finalement, les difficultés liées à l'interprétation des taux de positivité lors de l'intervention auprès des contacts seront discutées, notamment des situations où le taux de positivité demeure élevé dans tous les cercles de dépistage.

C.5 ÉCLOSIONS DE TUBERCULOSE AU QUÉBEC

15h30
17h

Animateur : Serge Dery

Salle : INTERNATIONAL I

JEUDI 6 MAI 15h30 - 17h

15h30
17h

C.6 SURVEILLANCE ET TECHNOLOGIE : DISPONIBILITÉ ET EXPORTABILITÉ POUR LA SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Animateur : **Léonard Gilbert**

PRÉSENTATION - PDF

Salle : INTERNATIONAL II

Système intégré des données de vigie sanitaire pour le VNO : projection pour un système intégré à d'autres MADO

Germain Lebel, conseiller
scientifique

INSPQ - DRBEO

Jimmy Roberge, Abdelhamid Elkadhi,
François Dumont, Pierre Gosselin,
Monique Douville-Fradet - INSPQ

Objectifs :

1. Connaître les composantes et le fonctionnement du système intégré de surveillance du VNO version 2004
2. Analyser les perspectives d'utilisation du système intégré pour la surveillance d'autres MADO

Dans le cadre du Plan d'intervention gouvernemental de protection de la santé publique contre le virus du Nil occidental 2003, le Système intégré des données de vigie sanitaire (SIDVS) du virus du Nil occidental (VNO) visait la diffusion des données de surveillance aux intervenants des directions régionales de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le SIDVS visait la détection précoce de foyers d'émergence potentiels du VNO au Québec. Les données recueillies et diffusées à l'intérieur du SIDVS se divisaient en quatre catégories : les signalements et analyses de corvidés morts, les analyses de moustiques, les cas humains et les cas équins. Les principales composantes du SIDVS étaient : Un site Extranet pour : la saisie en ligne des différentes informations cliniques et diagnostiques; la présentation statistique (tableaux et graphiques) des différentes données du programme de surveillance du VNO; l'échange de documents; le dépôt et à la mise à jour des principales bases de données; l'accès aux différentes applications informatiques; Un outil d'aide en ligne visant la validation et la localisation géographique des différents types d'événements; Un outil d'affichage cartographique en ligne des données relatives à la surveillance du VNO; La mise en place d'un groupe d'experts qui a servi de soutien pour l'interprétation des résultats, ainsi qu'à l'analyse et à la détection d'aggrégats dans le temps et l'espace. Les objectifs de cette présentation sont de présenter les travaux réalisés pendant la saison 2003, d'identifier les améliorations prévues au SIDVS pour la saison 2004 et de projeter l'utilisation éventuelle de tels outils à la surveillance de d'autres maladies à déclaration obligatoire au Québec.

PRÉSENTATION
- PDF

Système intégré pour l'hémovigilance : projection pour un système intégré à d'autres MADO

Louise Fortin, conseillère
en information

DSGP - MSSS

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Connaître les composantes et le fonctionnement du système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH)
2. Analyser les perspectives d'utilisation du système SIIATH pour la surveillance d'autres MADO

Les systèmes du sang dans le monde ont été l'objet de nombreuses discussions et remises en questions dans les vingt dernières années. Le nouveau système du sang au Québec est la conjugaison de facteurs multiples : Le Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang (Comité Gélinau), la commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (Commission Krever), le retrait de la Croix Rouge de la gestion de l'approvisionnement en sang au Canada et la création d'Héma-Québec. Entre autres, les recommandations du Comité Gélinau se regroupent en trois catégories : 1) L'approvisionnement en produits sanguins et en produits dérivés; 2) La place du centre hospitalier dans le système du sang; 3) Un système intégré de surveillance des risques liés à la transfusion. Le Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) actuellement en cours d'implantation, doit soutenir les activités transfusionnelles, assurer la traçabilité veine à veine et la réalisation des activités d'hémovigilance dans les 91 établissements du Québec. Un tel système permet donc le suivi de l'ensemble des activités transfusionnelles au sein du réseau sociosanitaire québécois, des donneurs jusqu'aux receveurs de produits sanguins. Le système d'information est l'élément qui, dans l'ensemble du système du sang, permet de relier toutes les composantes et de contribuer ainsi à maximiser la sécurité du système du sang. Lors de la présentation, nous ferons un survol des différentes composantes technologiques qui sont en place actuellement ainsi que celles en développement.

Les étapes de développement d'un registre provincial de vaccination ou comment prendre son mal en patience

Nicole Boulianne, épidémiologiste

DSP de Québec - INSPQ

Dyane Plamondon

MSSS - DRSP

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire la rationnelle d'un registre provincial de vaccination
2. Situer le niveau de développement du registre provincial de vaccination
3. Expliquer les embûches du développement

Plusieurs années se sont écoulées depuis les toutes premières discussions autour de la création d'un registre de vaccination au Québec. C'est en effet depuis le début des années 90 que l'on a évoqué la pertinence de la mise en place d'un tel outil à l'échelle de la province permettant de rendre accessibles à l'individu et aux vaccinateurs les informations sur le statut vaccinal. Les difficultés rencontrées ont été et seront encore nombreuses. Plusieurs étapes importantes ont été franchies mais force est de constater que l'on est toujours en attente de cet outil si utile à la santé publique. Un certain scepticisme chez les professionnels concernés et une lassitude bien légitime chez les promoteurs du système d'information se sont peu à peu installés en raison du peu de résultats tangibles. L'objectif poursuivi par cette présentation est de faire le point sur l'état actuel des travaux et de mettre en lumière les principaux obstacles et enjeux mais également les pistes de solutions pour que le Québec puisse finalement se doter d'un tel système. Les prochaines étapes à venir seront présentées en mettant en lumière les bénéfices à court terme d'une approche étagée et orientée vers une solution qui permettra d'amorcer un premier tour de roue rendant ainsi plus réaliste la poursuite de ce projet.

C.6 SURVEILLANCE ET TECHNOLOGIE : DISPONIBILITÉ ET EXPORTABILITÉ POUR LA SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

15h30
17h

Animateur : Léonard Gilbert

Salle : INTERNATIONAL II

JEUDI 6 MAI 15h30 - 17h

15h30
17h

C.7 PROMOTION DE LA VACCINATION AU TROISIÈME MILLÉNAIRE

Animateur : Josiane Létourneau

Salle : AMPHITHEATRE I

Immunisation : comment apaiser les craintes parentales ?

Danielle Grenier, pédiatre,
directrice des affaires médicales
Société canadienne de pédiatrie

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Comprendre la responsabilité des professionnels de la santé
2. Pratiquer une démarche rationnelle de communication
3. Identifier des ressources éducatives disponibles pour tous

Les vaccins étant l'une des grandes réussites du monde médical, cette présentation offrira aux professionnels de la santé une approche pratique pour rassurer les parents inquiets face à l'immunisation. Plusieurs rôles cliniques importants seront mis en valeur dont celui du soignant à la fine pointe des données probantes sur les bienfaits et les risques de l'immunisation, au communication efficace de son importance, au défenseur des droits des enfants à recevoir une protection efficace et sécuritaire. Mieux les parents seront informés et rassurés, mieux les enfants seront vaccinés et protégés.

Les vaccins sont-ils sécuritaires ?

Catherine Guimond

Marc Lebel
CHU - Mère enfant - Hôpital Sainte-Justine

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire les risques des maladies et des vaccins
2. Comprendre la différence entre relation temporelle et relation de cause à effet
3. Connaître les programmes de surveillance passive et active des réactions adverses aux vaccins : ESPRI et IMPACT

Depuis une quinzaine d'années, il y a eu une augmentation importante du nombre de vaccins licenciés et mis en marché au Canada. Le calendrier vaccinal des enfants s'est aussi complexifié avec une augmentation du nombre de vaccins administrés et du nombre d'antigènes administrés en même temps. Par ailleurs, il y a eu une diminution importante des maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Cela a eu pour effet que les jeunes parents n'ont souvent pas été exposés à ces maladies et ne connaissent pas les complications de ces maladies. Au courant de la présentation, les complications des maladies et des vaccins seront décrites. Avec l'aide d'exemples de cas réels, nous expliquerons les différences entre les liens causals et temporels d'effets adverses pouvant être relié ou non à la vaccination. Nous décrivons aussi les programmes de surveillance des réactions adverses aux vaccins: le programme québécois de surveillance passif ESPRI et le programme canadien de surveillance active IMPACT. Cela permettra aux intervenants de la santé d'avoir de meilleures connaissances sur l'importance et la fréquence de ces effets adverses en ayant pour but ultime de mieux conseiller les parents sur les bénéfices et risques de la vaccination.

Les infirmières et la vaccination : prêtes ou pas prêtes ?

Anne-Marie Clouâtre, agente de
planification et de programmation
DSP de Montérégie

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Situer la vaccination dans le cadre des activités prévues à la loi sur les infirmières
2. Sensibiliser les participants au contexte entourant la pratique infirmière en vaccination : éléments facilitateurs et barrèmes

Au Québec, les infirmières ont toujours été impliquées dans les programmes de vaccination. Depuis le 30 janvier 2003, la vaccination est devenue un acte infirmier dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique. Est-ce que les infirmières connaissent toute l'implication de ce changement ? Sont-elles prêtes à assumer ce rôle ? Est-ce que le milieu de travail leur permet de jouer ce rôle ? Les résultats d'une enquête réalisée en 1998 auprès des vaccinateurs québécois révèlent que les infirmières devraient être sensibilisées davantage aux bénéfices de la vaccination. Le Comité d'immunisation du Québec (CIQ) a créé le groupe de travail intitulé « L'infirmière et la vaccination » dont le mandat est de rédiger un avis sur les stratégies qui permettraient de mieux outiller les infirmières dans le domaine de la vaccination. Une revue de la littérature, un état de la situation sur la formation de base dans le domaine de la vaccination, de la formation à l'embauche et en cours d'emploi ont été réalisés. Le groupe est présentement à valider auprès d'infirmières en vaccination les éléments facilitateurs ainsi que les barrèmes à leur pratique. Le dossier de la vaccination évolue rapidement. Il faut s'assurer que les infirmières ont les connaissances, la motivation et la capacité de promouvoir et mettre en œuvre le programme de vaccination. Est-ce que tout est en place pour répondre à leurs besoins ?

C.7 PROMOTION DE LA VACCINATION AU TROISIÈME MILLÉNAIRE

15h30
17h

Animateur : Josiane Létourneau

Salle : AMPHITHEATRE I

JEUDI 6 MAI 15h30 - 17h

15h30
17h

C.8 LA PRÉVENTION DES ITS VIRALES

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

Prévention optimale des cancers reliés au virus du papillome humain (VPH)

Patricia Goggin, médecin
INSPO

Objectifs :

1. Décrire le rôle du virus du papillome humain (VPH) en lien avec les cancers génitaux et en particulier le cancer du col utérin
2. Utiliser les tests de dépistage de façon appropriée
3. Discuter du potentiel de prévention primaire

Le cancer du col utérin, autrefois une des formes de cancer les plus répandues chez la femme, a connu un déclin phénoménal au cours des dernières décennies, tant au Canada que dans plusieurs pays occidentaux ayant mis en place des services de dépistage par cytologie ou test Pap. Au Québec, les services de dépistage sont offerts sur une base opportuniste. Cette approche permet difficilement de rejoindre toute la population cible; de plus, elle présente généralement une faible efficience, en raison du surdépistage des personnes à faible risque. Environ la moitié des cancers du col pourraient survenir chez des femmes n'ayant jamais eu recours au dépistage ou dont le dernier test remonte à plusieurs années. Il est donc possible de réduire encore davantage le fardeau relié à cette maladie, responsable d'environ 90 décès par année au Québec. Les récentes découvertes au sujet du virus du papillome humain (VPH) amènent un éclairage nouveau sur la façon de lutter contre cette maladie. On reconnaît maintenant que le VPH est l'agent causal du cancer du col, en plus d'être associé à plusieurs autres formes de cancer orogénitaux. De nouveaux tests de dépistage plus performants arrivent sur le marché et les premiers essais cliniques avec des vaccins montrent des résultats encourageants. Le potentiel de prévention primaire et secondaire s'en trouve grandement affecté. Au cours des prochaines années, les recommandations de dépistage seront donc amenées à évoluer. Il importe de bien comprendre les limites et les avantages de toutes ces interventions pour en faire un usage le plus approprié possible. À court terme, des efforts devront être consentis pour accroître la participation des femmes au dépistage du cancer du col. Certains groupes à risque élevé pour d'autres formes de cancer relié au VPH pourraient également bénéficier d'interventions de dépistage.

La prévention de la transmission génitale du virus de l'herpès simplex est-elle possible ?

Marc Steben, médecin
DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Connaître les conditions favorisant la transmission du VHS
2. Prescrire les moyens appropriés pour prévenir cette transmission

L'herpès génital est considéré à tort comme étant une maladie ulcéraire banale avec des manifestations physiques banales: petites pustules qui sans traitement durent quelques jours. Aujourd'hui l'on associe aux complications psychosexuelles, à l'acquisition du VIH, à l'herpès néonatal et la potentialisation du VPH. Rares sont ceux qui croient possible la prévention de l'herpès génital. Mais plusieurs études récentes nous permettent de renverser ce pessimisme. Le vaccin prophylactique entre dans la phase III du développement : 72% des femmes adultes doublement séronégatives ont développé des anticorps protecteurs. Les experts ont démontré par modélisation, un effet bénéfique sur les taux de prévalence du VHS-2 et l'herpès néonatal dans la population générale. La divulgation a été associée à un taux de transmission de 50% moindre dans une étude. Cette divulgation devrait se faire tôt car la période médiane d'acquisition du VHS-2 est 61 jours après le début des relations sexuelles. La prévention de la stigmatisation s'avère importante pour prévenir la transmission. Les méthodes barrières bien utilisées protègent quand même assez bien. Dans l'étude de prévention de la transmission par le valacyclovir, le taux de transmission sans médication a été moindre lorsque le condom était utilisé par rapport à ceux qui ne l'utilisaient pas. Enfin, le valacyclovir associé aux méthodes barrières est associé à une diminution de 50% du taux d'acquisition du VHS-2. Il est important de dire qu'un dépistage ne comprend pas le VHS-2 car la majorité des gens pensent avoir été testé pour tout. Le dépistage pourrait aider les gens VHS-2+ à identifier les lésions. Ces personnes étant aussi contagieuses que celles qui savent avoir le VHS-2. Nous sommes près du temps où la sérologie spécifique de type sera utilisée chez les personnes à haut risque d'acquisition du VIH.

C.8 LA PRÉVENTION DES ITS VIRALES

15h30
17h

Animateur : **Jean-Pierre Villeneuve** Salle : **MANSFIELD 5**

Salle : MANSFIELD 5

JEUDI 6 MAI 15h30 - 17h

Aventis Pasteur



Créer des vaccins, c'est croire en demain.^{MC}

AU CANADA, NOS VACCINS PROTÈGENT CONTRE : CHOLÉRA • COQUELUCHE • DIPHTÉRIE • ENCÉPHALITE JAPONAISE • FIÈVRE JAUNE • FIÈVRE TYPHOÏDE • GRIPPE • HÉPATITE A • INFECTIONS À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* type b • INFECTIONS À PNEUMOCOQUES • MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES (sérogroupes A, C, Y et W-135) • POLIOMYÉLITE • RAGE • TÉTANOS • TUBERCULOSE

DANS LE MONDE, NOS VACCINS PROTÈGENT CONTRE : CHOLÉRA • COQUELUCHE • DIPHTÉRIE • ENCÉPHALITE JAPONAISE • FIÈVRE JAUNE • FIÈVRE TYPHOÏDE • GRIPPE • HÉPATITE A • HÉPATITE B • INFECTIONS À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* type b • INFECTIONS À PNEUMOCOQUES • MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES (sérogroupes A, C, Y et W-135) • OREILLONS • POLIOMYÉLITE • RAGE • ROUGEOLE • RUBÉOLE • TÉTANOS • TUBERCULOSE • VARICELLE

Jump - Photo : M. Krödel

Aventis Pasteur Limitée
Connaught Campus • 1755 Steeles Avenue West • Toronto, Ontario, Canada M2R 3T4 • www.aventispasteur.ca

Vulnérabilités et prévention
en maladies infectieuses

Voir, penser
et **agir** *autrement*

VENDREDI 7 MAI
CAHIER DU PARTICIPANT



VENDREDI 7 MAI PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Voir, penser
et agir
autrement

Vulnérabilités et prévention
en maladies infectieuses

8h30
10h

D1. Le marketing social au service de la prévention du VIH

Campagne communautaire provinciale de marketing social
(Robert Rousseau)

Latex Mur à Mur
(Robert Leclerc et Françoise Côté)

Le sida circule toujours, campagne du MSSS
(Jocelyne Charest)

D2. Épidémiologie des infections chez les UDI

Données épidémiologiques sur l'épidémie du VIH et du VHC chez les UDI au niveau provincial ; données de surveillance provenant de survUDI (Carole Morissette)

Données épidémiologiques sur l'épidémie du VIH et du VHC chez les UDI, données provenant de l'étude de la cohorte St-Luc à Montréal (Julie Bruneau)

Les connaissances et les pratiques à risque vis-à-vis l'hépatite C chez les UDI à Montréal (Joseph Cox)

Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention (Gilles Lambert)

D3. L'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention auprès des jeunes en difficulté

L'éducation sexuelle en centre jeunesse : expérience montréalaise
(Lise Durocher)

Le « Silence de Cendrillon » un projet d'intervention du Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire, sur la prostitution juvénile par les gangs chez les jeunes filles
(Éveline Fleury)

Le projet LYLO (Liking Yourself, Loving Others), un projet de prévention des ITSS des centres Batshaw à l'intention des jeunes en difficulté (Lynn Dion et Véronique Sosa)

D4. Les nouvelles technologies et la prévention du VIH

Le point sur le traitement et la transmission du VIH – Enjeux pour la prévention
(Nicole Bernard)

Mise à jour sur la prophylaxie post exposition du VIH – Les enjeux de la prévention de la transmission du VIH
(Serge Dufresne)

Aspects éthiques entourant le développement, la recherche et la livraison éventuelle de vaccins anti-VIH
(David Stephen Thompson)

10h- 10h30

PAUSE / SESSION D'AFFICHES

10h30
12h

E1. Projets pour la prévention et le contrôle des ITSS chez les HARSAH

Interventions préventives en regard des ITSS dans les saunas gais de Montréal. État de la situation et rapport d'étape d'implantation (Gilles Lambert)

Présentation des résultats préliminaires de l'évaluation de Rézo, un programme interactif de prévention du VIH sur internet
(Jean Dumas)

Développement d'un plan de communication en prévention de la gonorrhée et de la syphilis à Montréal (Elysa Lacombe)

E2. Intervention préventive et de contrôle en regard des seringues à la traîne

État des travaux du Groupe de travail provincial sur la récupération des seringues usagées au Québec
(Richard Cloutier et Hélène Gilbert)

La récupération des seringues usagées : l'expérience de l'Abitibi-Témiscamingue
(Daniel Gagné)

Projet de ramassage et de récupération de seringues au centre-ville de Montréal
(Danny Raymond)

E3. Jeunes, consommation de psychotropes et risques associés

La consommation à risque chez les jeunes en milieu scolaire : données d'une enquête provinciale (Louise Guyon)

Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) Qualités psychométriques et utilisation en clinique et en recherche (Michel Landry)

Les actions en lien avec l'usage et l'abus de drogues au centre jeunesse
(Sylvain Pelletier)

E4. Partage d'expériences récentes

NOUVEAU

Évaluation de la trousse de promotion de la vaccination (Maryse Guay)

Facteurs de risque associés à une giardiase chez les résidents de l'est et du centre du Québec : Une étude cas-témoins
(Maryse Guay)

Que font les CLSC en matière de services de vaccination pour les familles vulnérables ?
(Fabien Gagnon)

La varicelle n'est plus aussi bénigne qu'elle l'était ! (Jean-Jacques Turcotte)

12h - 13h15

DINER

13h15
15h

F1. L'intervention en amont : éléments clé pour favoriser la santé et le bien-être des jeunes gais

L'expérience d'un projet d'intervention pancanadien : l'impact du projet Sain et Sauf
(Bill Ryan)

L'importance de former et d'outiller les intervenants jeunesse en regard de l'homosexualité
(Martine Fortier)

Vers un modèle de services régionaux intégrés pour les jeunes gais et bisexuels
(Pierre Berthelot)

F2. Politiques publiques et programme en réduction des méfaits reliés à l'usage des drogues intraveineuses. Où en sommes-nous? Où allons-nous?

Point de vue du directeur de la santé publique de Montréal-Centre
(Richard Lessard)

Le point de vue de la Ville de Montréal
(Louise O'Sullivan)

La situation dans les centres semi-urbains
(Jocelyne Sauvé)

F3. Études liées aux ITSS chez les jeunes

Les infections génitales à chlamydia trachomatis et à neisseria gonorrhoeae chez les jeunes de la rue de Montréal
(Nancy Haley)

Étude des facteurs de risque et de la prévalence de la chlamydiose et de la gonococcie parmi les personnes consultant dans les milieux cliniques à Montréal
(Gilles Lambert)

Le virus du papillome humain chez les jeunes
(Marc Steben)

F4. Femmes et vulnérabilité à l'égard du VIH

Vivre avec le VIH/sida et les multithérapies : réalités quotidiennes de femmes montréalaises d'origine africaine, haïtienne et caucasienne
(Myène Fernet)

Sphère de Vénus : regard évaluatif sur les travailleuses du sexe de Laval
(Kesnamelly Neff)

Agir collectivement contre la violence faite aux femmes et contre la pauvreté : pour une prévention réelle des ITS et du VIH-Sida
(Dominique Damant)

15h - 15h30

PAUSE / SESSION D'AFFICHES

15h30
16h30

PLÉNIÈRE DE FERMETURE

Points de vue et orientations des grandes instances de santé publique pour «Voir, penser et agir autrement» auprès des populations vulnérables aux maladies infectieuses.

16h30

MOT DE LA FIN (Richard Lessard)

VENDREDI 7 MAI
PROGRAMME SCIENTIFIQUE

D5. La santé et les conditions de vie des peuples autochtones Le Cercle de l'Espoir, une stratégie autochtone de lutte contre le VIH/sida dans les communautés du Québec et du Labrador (Louise Tanguay) La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, des services pour nos communautés (Jules Picard)	D6. MADO et recherche des expositions : méthodes alternatives pour mieux prévenir Cas-témoins : mais quels témoins ? (Kathryn Doré) Étude des facteurs de risque associés aux infections à campylobacter (François Milord) Campylobactériose : approche régionale (Caroline Gravel)	D7. Prévention des infections en milieu ambulatoire, du pré-triage aux protections personnelles Trousse de prévention des maladies infectieuses pour les soins à domicile (Marielle Lehoux-Brisson) Prévention des infections respiratoires au service courant des CLSC : responsabilité des utilisateurs des services (Louise Leduc) Prévenir la transmission des maladies entériques dans les départements d'urgences (Ramona Rodrigues)	D8. Le travail clinique auprès de clientèles particulières Homosexualité : comment intervenir dans le respect de la différence? (Bill Ryan) Aider les jeunes en difficulté (Anne Bruneau et Nathalie Lauzier) Intervenir auprès des personnes pratiquant le sexe commercial (Dominique Tessier)	8h30 10h
PAUSE / SESSION D'AFFICHES 10h - 10h30				
E5. Communautés Cris, Inuit et autochtones en milieu urbain : contextes particuliers Quelques enjeux en regard des ITSS au Nunavik (Jean-François Proulx) Eeyou istchee et miyupimaatiisiwin (Robert Carlin) Interventions en VIH/Sida chez les premières nations, Inuit et Métis de Montréal : Évaluation des besoins (Susan Judith Ship et Laura Norton)	E6. Surveillance de l'hépatite C Portrait de l'hépatite C au Canada (Robert Remis) Santé Canada et la santé publique locale : un partenariat gagnant (Darlene Poliquin) Enquêtes postales des cas déclarés de VHC à Montréal auprès des médecins prescripteurs (Klaus Jochem)	E7. Urgences en MI : sommes-nous prêts? De l'état des préparatifs à l'exercice de simulation Quand un hôpital se prépare : exercice de simulation en centre hospitalier (Lucie Beaudreau et Monique Blondin) Quand le réseau se prépare : faire alliance pour un plan de mobilisation (Lucie-Andrée Roy) Syndrome Respiratoire Aigu Sévère : la dimension psychosociale (Barbara Switzer et Nancy Humber)	E8. Infections chez les immigrants La tuberculose : quand la suspecter et comment la confirmer? (Richard Menzies) La prise en charge de la tuberculose : problèmes des délais de diagnostic (Terry Nan Tannenbaum) Immigration et maladies infectieuses : quand et quels tests prescrire? (Pierre Dongier)	10h30 12h
DINER 12h - 13h15				
F5. Les voyageurs : une population difficile à rejoindre. Sources de maladies, occasion de prévention Maladies infectieuses chez les voyageurs internationaux - quelques données québécoises de surveillance (Sylvie Provost) Portrait des cliniques santé-voyage au Québec (Sylvie Provost) Poliomyélite : l'éradication tarde à venir (Guy Lonergan) Vaccination contre la fièvre jaune : effets secondaires nouvellement observés et risque/bénéfice de la vaccination (Guy Lonergan) Le vaccin contre la diarrhée des voyageurs et l'épidémiologie de la maladie (Annie-Claude Labbé)	F6. Surveillance des populations en situations de vulnérabilité : confidentialité, éthique et stigmatisation Aspects de stigmatisation (Viviane Leauene) Aspects de confidentialité : nouvelle approche de traitement de la confidentialité pour des tableaux statistiques tirés du registre des événements démographiques du Québec (Paul Berthiaume) Le comité d'hétique de santé publique, les dimensions éthiques de la surveillance de l'état de santé de la population (France Filiatrault)	F7. Partage d'expériences récentes Consommation d'opiacés marginalité et vulnérabilité au VIH et au VHC - cohorte opican (Lina Noël) Statistiques sur les services des programmes d'échange de seringues au Québec (Lina Noël) Amélioration des conditions de santé et de vie des jeunes adultes désaffiliés de Montréal : le cas du Ketch Café (Michelle Duchesne, Éric Vaillancourt et Sylvie Gaudreault) Services préventifs aux toxicomanes et HARSAH en Montérégie (France Janelle)	F8. Accès à la prévention pour les populations en situation de vulnérabilité La vaccination des populations vulnérables : nouveautés et opportunités (Louise Valiquette) L'accessibilité des soins et de la prévention pour les populations vulnérables - Leçon de l'Afrique (Éric-Viet Laperrière-Nguyen)	13h15 15h
PAUSE / SESSION D'AFFICHES 15h- 15h30				
Alain Poirier, MSSS Richard Massé, INSPQ Christine Colin, Université de Montréal (RUIS) Représentant des organismes subventionnaires				15h30 16h30
MOT DE LA FIN (Richard Lessard) 16h30				

Le Balcon D'art
650, rue Notre-Dame
St-Lambert, Québec J4P 2L1
Tél.: (450) 466-8920
www.balcondart.com - info@balcondart.com



Voir, penser  **Vulnérabilités et prévention
en maladies infectieuses**
et agir *autrement*

Résumés des conférences

VENDREDI 7 MAI

8h30
10h

D.1 LE MARKETING SOCIAL AU SERVICE DE LA PRÉVENTION DU VIH

Animateur : Christine Savoie

Salle : MANSFIELD 5

Campagne communautaire provinciale de marketing social
Robert Rousseau, directeur général
Action Séro Zéro

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Présenter l'ensemble des outils élaborés dans le cadre de la campagne 2003-2004

Présentation de la campagne québécoise communautaire de marketing social 2003/2004, de ses objectifs et de l'ensemble du matériel réalisé à l'intention des hommes gais et bisexuels du Québec.

Latex Mur à Mur
Robert Leclerc, intervenant
communautaire

PRÉSENTATION
- PDF

MIELS Québec

Françoise Côté, professeur
Université Laval

Fréchette M¹, Godin G²

¹Miels-Québec, ²Université Laval

Objectifs :

1. Transférer des connaissances portant sur le développement et l'évaluation d'un programme de prévention pour favoriser l'adoption des comportements sexuels sécuritaires.
2. Sensibiliser les participants pour faire des interventions de prévention auprès de la clientèle gaie

Objectif : Le but du projet « Latex Mur à Mur » était de mobiliser les commerçants gais de la ville de Québec pour la prise en charge de façon récurrente de la diffusion de messages de prévention et l'accès aux condoms pour les hommes gais. Les objectifs de ce projet étaient 1) d'impliquer activement les commerçants gais de la ville de Québec dans la sensibilisation au regard de l'adoption et du maintien de comportements sécuritaires chez les hommes gais; 2) développer des activités préventives pour promouvoir l'adoption et le maintien des comportements sécuritaires chez les hommes gais qui fréquentent les commerces gais de la ville de Québec. Développement des interventions : Un groupe d'action a été mis sur pied pour le développement et la réalisation des activités préventives. Une équipe de recherche de l'Université Laval s'est jointe au groupe d'action, pour le développement des interventions ciblées et l'évaluation d'impact. Trois séries d'activités préventives (activités de groupe, intervention individuelle, affiche, pochettes condom) ont été planifiées au printemps 2002 (n = 10), à l'automne 2002 (n = 7), et au printemps 2003 (n = 7). Conclusion : Les commerçants se sont sentis partie prenante de ce projet puisqu'ils étaient sollicités à toutes les étapes. Les activités liées à la recherche évaluative ont demandé un certain ajustement de part et d'autre. Les chercheurs ont été appelés à respecter les limites du milieu et le milieu a collaboré avec beaucoup d'ouverture au projet de recherche et à la collecte des données. Cette expérience d'association entre l'intervention et la recherche semble avoir été fructueuse en favorisant le concept de mobilisation des partenaires. La force de ce projet reposait donc sur l'implication des partenaires. Le mot d'ordre était le suivant : laisser la parole, être à l'écoute, prendre le pouls et respecter les limites.

Le sida circule toujours, campagne du MSSS
Jocelyne Charest, responsable des campagnes de publicité, de la commandite et de la recherche
Direction des communications, MSSS

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Rappeler à la population que le SIDA est toujours une réelle menace qui peut toucher tout le monde

Au Québec, la lutte contre le sida et les MTS compte maintenant sur une expérience de plus de 10 ans. Des stratégies d'action ont été réalisées et ont permis de mettre en place des mesures visant à prévenir la transmission du VIH et des MTS. Ces mesures se retrouvent dans différents secteurs: la prévention, la formation, la surveillance, l'éducation, les soins et les services. Outre la réalisation de ces actions, le ministère de la santé et des services sociaux a entrepris dès 1987, des campagnes de communication afin de réduire l'incidence du VIH et des MTS et des coûts sociosanitaires qui leur sont reliés. La présente campagne, Le sida circule toujours, est une campagne de communication qui s'adresse aux jeunes adultes âgés de 25 à 34 ans. Elle vise à contrer la banalisation, l'ignorance et les préjugés entourant la problématique du sida. L'indifférence mêlée à de fausses perceptions nuit aux efforts de prévention et contribue à maintenir l'épidémie. La campagne propose une stratégie diversifiée de moyens (radio, imprimé, affichage, outils promotionnels, événement entourant le 1er décembre). Les concepts publicitaires (lame de rasoir et pierre tombale) ont tous la force voulue pour susciter une sérieuse réflexion sur le sida. Cette campagne s'est déroulée de 2002 à 2004.

D.1 LE MARKETING SOCIAL AU SERVICE DE LA PRÉVENTION DU VIH

8h30
10h

Animateur : Christine Savoie

Salle : MANSFIELD 5

VENDREDI 7 MAI 8h30 - 10h

8h30
10h

D.2 ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS CHEZ LES UDI

Animateur : Renée Maranda-Aubut

Salle : CARTIER I

Données épidémiologiques sur l'épidémie du VIH et du VHC chez les UDI au niveau provincial, données sur surveillance provenant de SurvUDI

PRÉSENTATION
- PDF

Carole Morissette^{1,2,3}, médecin

R Parent^{2,5}, M Alary^{2,5}, E Roy^{1,2,4}

et le Groupe d'étude SurvUDI

¹DSP de Montréal, ²INSPQ, ³UQUAM

⁴U. Mc Gill, ⁵Hôpital du Saint-Sacrement du CHA

Objectif :

1. Décrire les tendances dans les comportements à risque associés à l'incidence du VIH parmi les usagers de drogues par injection (UDI) au Québec et à Ottawa de 1995 à 2002

Méthode : Le réseau de surveillance SurvUDI recrute, via les programmes de prévention de huit régions du Québec et d'Ottawa selon un échantillonnage de convenance. Après avoir consenti à l'étude, les participants répondent à des questions concernant leurs pratiques sexuelles et d'injection de drogues au cours des derniers six mois et fournissent un échantillon de salive testé pour le VIH par EIA. Un code encrypté unique permet d'obtenir des données non nominales pour analyse transversale (participation unique) et longitudinale (participation répétée). Les tests du chi-carré (tendance) et du bootstrap sont utilisés pour l'analyse des tendances des comportements ainsi que de la prévalence et de l'incidence du VIH. Résultats : Entre 1995 et 2002, 12,833 questionnaires ont été administrés à 8,048 individus. 75 % étaient des hommes dont l'âge médian était 33 ans (vs 26 ans pour les femmes). Les trois-quarts ont rapporté s'être injectés de la cocaïne au cours des six derniers mois. Entre 1995 et 2002, la prévalence du VIH a augmenté de 12,2% à 18,6% ($p < 0,001$) tandis que l'incidence du VIH diminuait de 5,3 à 2,6 pour 100 PA ($p=0,008$). Les facteurs que nous trouvons associés à l'incidence du VIH sont : s'injecter plus souvent, utiliser des seringues usagées, s'injecter le plus souvent de la cocaïne et s'injecter en présence d'étrangers. La fréquence des injections et de l'emprunt de seringues et de matériel baissent de façon significative ($p<0,05$). Par contre, l'injection en présence d'étrangers devient plus fréquente ($p<0,05$). Conclusion : La fréquence de certaines pratiques d'injection à risque baisse, mais celles-ci demeurent encore très prévalentes parmi les UDI. D'autres prennent de l'ampleur. Le risque 0 est un objectif irréaliste mais plus de moyens seront nécessaires si l'on veut arriver à un seuil de protection suffisant pour réduire l'incidence du VIH et du VHC chez les UDI à des niveaux tolérables. Nous en sommes encore loin.

Données épidémiologiques sur l'épidémie du VIH et du VHC chez les UDI, données provenant de l'étude de la cohorte St-Luc à Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Julie Bruneau, médecin

CHUM-Hôpital St-Luc

Objectifs :

1. Présenter les données sur l'incidence du VIH et les facteurs de risque de la Cohorte Saint-Luc, une étude longitudinale chez les UDIs montréalais
2. Caractériser les UDIs participant à la Cohorte Saint-Luc en fonction de leur statut VIH et VHC

Depuis 1988, La Cohorte Saint-Luc a généré des données sur la prévalence, l'incidence et les facteurs de risque du VIH qui ont permis de mieux comprendre l'ampleur et les dynamiques de la transmission des infections parentérales chez les UDIs montréalais. Un survol des données récentes sur les facteurs liés à la transmission des infections au VIH et au VHC sera présenté. Dans la Cohorte Saint-Luc, le taux d'incidence du VIH entre 1991 et 2003 était de 2,72 par 100 personnes-année (IC95% : 2,4-4,1). Dans un modèle multivarié de Cox, les UDIs rapportant un usage intense de cocaïne IV, mesuré par le nombre moyen d'injections par jour d'injection du dernier mois, étaient 2,6 fois plus susceptibles de contracter le VIH (IC95% 1,6-4,9). Les autres facteurs prédictifs de l'infection au VIH incluaient les partages à risque (avec séropositif et la pratique du « booting »), les relations sexuelles avec une personne séropositive, le fait d'être un homme, et la fréquentation des programmes d'échange de seringues. Une étude transversale sur les UDIs de la cohorte en 2000 nous a aussi permis de comparer les UDIs en fonction de leur statut sérologique au VIH et ou au VHC. Dans ce sous-groupe de 967 UDIs, la prévalence du VHC était de 76%, la prévalence du VIH était de 28% et 22% des participants étaient co-infectés. Dans l'ensemble, les UDIs co-infectés rapportaient plus fréquemment l'usage de services offerts dans la communauté, incluant les banques alimentaires, les groupes de support et bénéficiaient en plus grand nombre de suivi médical. Les UDIs infectés par le VHC étaient par contre plus susceptibles de fréquenter des services pour leur problème de dépendance. Nous discuterons des explications possibles et des impacts potentiels de ces résultats sur les actions futures en matière de prévention et de prise en charge.

Les connaissances et les pratiques à risque vis-à-vis l'hépatite C chez les UDI de Montréal

Joseph Cox, médecin

DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Décrire les connaissances actuelles sur l'infection de l'hépatite C et les comportements d'injection à risque pour la transmission du virus de l'hépatite C (VHC) chez les UDI de Montréal

Méthode : Les participants ont été recrutés pendant l'été 2002 dans des programmes locaux d'échange de seringue et des cliniques de méthadone ; ils devaient s'être injectés des drogues au moins une fois au cours des derniers six mois. Un interviewer les a questionnés sur leur statut vis à vis l'infection au VHC et au VIH, leurs connaissances sur le VHC et leur utilisation de matériels d'injection potentiellement contaminés (seringues, filtres, contenants, eau) pendant les six derniers mois. L'utilisation des seringues potentiellement contaminées a été codée comme le comportement le plus à risque de transmission du VHC et l'utilisation des autres équipements potentiellement contaminés (filtres, contenants, eau) comme un risque intermédiaire. Résultats : L'âge moyen des participants à l'étude était de 29 ans ; 64% des sujets était des hommes. Le nombre médian d'années depuis la première injection de drogue était de six ans. 48% des sujets ont rapporté être infectés par le virus de l'hépatite C et 16% par le VIH. La majorité des sujets (68%) se sont injectés de la cocaïne, 28% de façon quotidienne. Près de 90% des sujets ont rapporté avoir partagé leur matériel d'injection avec une autre personne au moins une fois dans le mois passé. De façon générale, 35% de sujets ont rapporté avoir partagé de l'équipement d'injection tout en partageant des drogues pendant les six mois précédents. Parmi ces sujets, c'est l'eau qui a été partagée le plus souvent (73%), suivie également par les seringues et les contenants (66%) puis par les filtres (30%). De façon générale, 31% de sujets ont démontré un comportement à haut risque pour la transmission du VHC. Un 21% additionnel de sujets peuvent être considérés à risque intermédiaire en raison de l'utilisation de contenants, d'eau ou de filtres potentiellement souillés. Les participants ont répondu être « un peu en accord » ou « en accord » concernant le potentiel de transmission du VHC de divers matériaux d'injection (score moyen de 3,5). La moyenne était identique pour les questions concernant les différents moyens pour limiter les effets de VHC sur le foie (score moyen de 3,7). Conclusions : Les participants à cette étude avaient une grande connaissance des modes de transmission du VHC. Cependant, jusqu'à 26% de sujets n'ont pas su la bonne réponse à une ou plusieurs des questions. Approximativement la moitié (52%) des sujets avaient des comportements considérés comme le risque intermédiaire pour la transmission de l'hépatite C. Dans les situations avec partage de drogue, les seringues, les récipients et l'eau étaient partagés fréquemment. Les résultats de cette étude préliminaire seront vérifiés dans une plus grande étude dont le recrutement a commencé en 2004.

D.2 ÉPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS CHEZ LES UDI

8h30
10h

Animateur : Renée Maranda-Aubut

Salle : CARTIER I

Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention

Gilles Lambert, médecin

PRÉSENTATION
- PDF

DSP de Montréal

Alary Michel²³ Godin Gaston²³,

Landry Suzanne² Gagnon Hélène³

¹DSP de Montréal ²CHAU ³U. Laval

Objectifs :

1. Tracer un portrait épidémiologique des infections au VIH et au VHC dans les prisons de juridiction provinciale au Québec
2. Décrire les comportements à risque au sein de ces populations carcérales

Méthodologie : Recrutement dans 7 établissements de détention relevant du ministère de la Sécurité publique du Québec. Questionnaire auto-administré sous la supervision d'un interviewer. Obtention de 2 prélèvements salivaires (Orasure) analysés au Laboratoire de santé publique du Québec pour les anticorps anti-VIH et anti-VHC. Résultats : 1 617 participants (Hommes: 81,2%). Prévalence de l'infection au VIH de 3,4% (H: 2,3%; F: 8,8%). Prévalence du VHC de 18,5% (H: 16,6%; F: 29,2%). Respectivement 68,8% des hommes VIH+ et 59,1% des femmes VIH+ étaient co-infectés par le VHC. Parmi les personnes ayant déjà fait usage de drogue injectable (UDI) en dehors de prison (soit 29,8% de l'ensemble des répondants; H: 27,6%; F: 41,8%), la prévalence du VIH était de 10,2% (H UDI: 7,2%; F UDI: 20,6%) alors que la prévalence du VHC était de 55,6% (H UDI: 53,3%; F UDI: 63,6%). Toutes les femmes VIH+ et 93,1% des femmes VHC+ ainsi que 84,4% des hommes VIH+ et 88,8% des hommes VHC+ étaient des UDI. Dans un modèle multivarié, chez les hommes UDI, les facteurs suivants étaient associés à l'infection au VIH : « partage de seringues » (RC: 5,3; IC 95% : 1,5-18,5), « être âgé de 30-39 ans » (RC : 4,9; 1,1-22,8); ces deux facteurs étaient également associés au VHC. Chez les femmes UDI, les facteurs suivants étaient associés à l'infection au VIH: « être âgée de 30-39 ans » (RC : 6,1; 1,3-29,2), « relations sexuelles en échange d'argent ou drogue » (RC: 3,4; 1,1-10,8). Le nombre moyen d'incarcération depuis l'âge de 18 ans est nettement plus élevé chez les personnes VIH+ ou VHC+ (variant de 10 à 15 incarcérations selon le sexe et l'infection). Conclusion : 1) Prévalence élevée d'infections au VIH et au VHC parmi la population carcérale UDI (H > F); 2) Défi important en termes de dispensation de services médicaux et sociaux aux personnes infectées en prison et hors-prison.

8h30
10h

D.3 L'INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE LA SEXUALITÉ DANS L'INTERVENTION AUPRES DES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Animateur : Mireille Lajoie

Salle : CARTIER II

L'éducation sexuelle en centre jeunesse : expérience montréalaise

Lise Durocher, conseillère

à la direction des services
professionnels et de la recherche

CJM - Institut universitaire

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Présenter les caractéristiques des jeunes en difficulté qui commandent un accompagnement en matière de sexualité
2. Présenter l'ensemble des actions en lien avec la sexualité, les ITS-VIH et problématiques connexes
3. Discuter des difficultés reliées à l'implantation de programme et outils

La recherche sociale et médicale démontre que les jeunes en centre jeunesse s'exposent à des situations à risque ou adoptent des comportements ou des pratiques considérés à risque en matière de sexualité. À cet effet, certaines caractéristiques des jeunes en difficulté commandent que la sexualité soit intégrée dans notre intervention auprès d'eux et de leurs parents et ce, dès la petite enfance : - Sexualité plus précoce que l'ensemble des autres jeunes et plus souvent vécue dans des conditions inadéquates, et parfois même traumatisantes; - Plus grande vulnérabilité aux ITSS et au VIH de par leurs pratiques sexuelles plus à risque (plus nombreux à avoir pris de la drogue avant leur relation sexuelle, plus de partenaires sexuels différents, etc.); - Mauvaise utilisation ou absence d'utilisation de contraceptifs; - Proportion importante de jeunes ayant vécu de l'abus sexuel par le passé, ce qui peut favoriser le développement de certains troubles de comportements qui influencent leurs conduites en matière de sexualité. D'autres caractéristiques ou d'autres facteurs peuvent également entraver le développement d'une sexualité saine et en santé. Ils seront abordés dans le cadre de cet atelier. Compte tenu de la grande vulnérabilité de sa clientèle, le Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire reconnaît la nécessité d'intégrer la dimension de la sexualité dans l'intervention. Pour se faire, différentes actions réalisées en partenariat avec des ressources du milieu institutionnel et communautaire, permettent d'assurer une approche cohérente et conséquente en matière de sexualité. L'ensemble de ces actions vous seront présentées dans un deuxième temps. Et enfin, nous terminerons avec un échange concernant les difficultés reliées à l'implantation d'outils ou de programmes touchant la sexualité, particulièrement dans le contexte d'un centre jeunesse et les stratégies à développer.

Le « Silence de Cendrillon » un projet d'intervention du Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire, sur la prostitution juvénile par les gangs chez les jeunes filles

Evelyne Fleury, personne ressource

prévention ITS/VIH

CJM - Institut universitaire

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Démystifier le phénomène de la prostitution juvénile par les gangs
2. Présenter l'outil - Guide d'animation et d'accompagnement de la B.D.
« Le Silence de Cendrillon »

Les membres de gangs sont omniprésents dans les différents lieux fréquentés par les jeunes. À l'école, dans les centres récréatifs, les maisons de jeunes, les centres de réadaptation, les transports en commun, sur les sites de clivardage, les membres de gangs recrutent des filles à des fins de prostitution. Ce phénomène inquiète plus d'un intervenant jeunesse provenant de différents milieux (CLSC, centres jeunesse, organismes communautaires, services de police, milieux scolaires, etc.). Comment aborder la question de la prostitution par les gangs ? Comment amener les jeunes filles à se protéger de cette forme d'exploitation sexuelle ? Comment accompagner les jeunes filles qui sont déjà confrontées à ce phénomène ? Au cours de cet atelier, les principaux enjeux de l'intervention auprès des jeunes filles confrontées à la prostitution juvénile par les gangs ou à risque de l'être seront présentés. Afin de mieux comprendre l'expérience de ces adolescentes, le processus de recrutement sera brièvement exposé et des pistes concrètes d'accompagnement seront proposées. Par la suite, le Guide d'animation et d'accompagnement de la bande dessinée « Le Silence de Cendrillon » sera présenté. Cet outil novateur résulte d'un important travail de collaboration et vise à supporter les intervenants qui désirent animer des activités de groupe ou offrir un accompagnement individuel en lien avec cette problématique.

Le projet LYLO (Liking Yourself, Loving Others), un projet de prévention des ITSS des centres jeunesse Batshaw à l'intention des jeunes en difficulté

Lynn Dion, personne

ressource en prévention
des ITSS et autres

problématiques connexes

Véronique Sosa, chef de service -
responsable des programmes

Les Centres jeunesse Batshaw

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Informer nos différents partenaires de ce programme unique
2. Présenter le contenu du programme LYLO, la philosophie ainsi que les différents thèmes abordés dans les ateliers avec les jeunes
3. Présenter différents outils, dont certains développés par les jeunes

En 1996, la Direction de la Santé Publique développait dans le cadre des priorités régionales en promotion prévention un programme d'action communautaire en prévention des ITSS (PAC). Ce programme d'action communautaire avait comme objectif de développer des projets en lien avec le contexte des Centres Jeunesse. Les Centres Jeunesse et de la Famille Batshaw (CJFB) développèrent ainsi une série d'actions en lien avec l'éducation à la sexualité. La phase pilote du programme L.Y.L.O. a vu le jour au printemps 2000. Suite au succès de la phase pilote de ce projet, les CJFB décidèrent de l'intégrer au programme de réadaptation offert aux jeunes de 12-17 placés dans les foyers de groupes ou dans les unités résidentielles. Ce programme mise sur une stratégie d'éducation sexuelle et de prévention par l'utilisation de l'art et des médias. L.Y.L.O. mise sur une approche où ce sont les jeunes qui sont les initiateurs de la communication avec les adultes et ces derniers sont des facilitateurs. La production artistique représente le fondement de l'établissement d'un dialogue entre adultes et jeunes. L.Y.L.O., c'est une façon différente et humaine d'aborder des dimensions qui ont trait à la sexualité et à la prise de risque à l'égard des ITS/VIH. Dans cette présentation, nous voulons vous présenter le contenu et la philosophie de ce programme ainsi que les objectifs visés. De plus, nous vous présenterons différents projets réalisés par les jeunes.

D.3 L'INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE LA SEXUALITÉ DANS L'INTERVENTION AUPRES DES JEUNES EN DIFFICULTÉ

8h30
10h

Animateur : Mireille Lajoie

Salle : CARTIER II

VENDREDI 7 MAI 8h30 - 10h

8h30
10h

D.4 LES NOUVELLES TECHNOLOGIES ET LA PRÉVENTION DU VIH

Animateur : Johanne Milette

Salle : AMPHITHEATRE II

Le point sur le traitement et la transmission du VIH - Enjeux pour la prévention

Nicole Bernard, médecin
Centre universitaire de santé McGill

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Revue de la littérature scientifique courante au sujet de l'influence de la charge virale sur la transmission du VIH
2. Leçons tirées du modèle expérimental de macaques infectés par le virus d'immunodéficience simien pour la transmission du VIH

Les personnes infectées par le VIH ont une chance sur 300 de transmettre le virus par contact sexuel. Ce taux de transmission peut varier selon la voie d'exposition (vaginale, anale, orale) et est plus élevé lorsque la transmission se fait à un partenaire réceptif. Lors de grossesses, la probabilité de transmission est de une fois sur quatre, tandis que par la voie intraveineuse, elle est moins bien définie mais environ de une fois sur 300. La charge virale d'une personne infectée est directement liée à la probabilité de transmission. Les patients séropositifs sont plus infectieux lors des phases de l'infection où la charge virale est maximale, c'est-à-dire en phase aiguë de la primo infection et pendant la phase SIDA. La possibilité de transmission est minime quand la charge virale est de moins de 1,500 copies de virus par ml de plasma. La prise de médicaments anti-rétroviraux pourrait réduire le taux de transmission, car ils diminuent souvent la charge virale sous ce seuil. Le modèle expérimental de macaques infectés par le virus d'immunodéficience simien est utilisé pour étudier les facteurs qui influencent la transmission du VIH chez l'humain. Les directives pour la prophylaxie post-exposition au VIH dérivent des études basées sur ce modèle. Les essais vaccinaux conduits à partir de ce modèle expérimental commencent à identifier les facteurs de l'hôte associés à la prévention de la transmission de l'infection. L'utilisation stratégique des anti-rétroviraux, surtout au début et tard dans l'infection, pourrait avoir un impact important sur le taux de transmission du VIH. Les interventions immunothérapeutiques, comme des vaccins dirigés contre le VIH, pourraient aussi un jour contribuer à la réduction de la transmission si elles sont capables d'induire des réponses immunitaires qui, à leur tour, réduisent la charge virale.

Mise à jour sur la prophylaxie post exposition du VIH - Les enjeux de la prévention de la transmission du VIH

Serge Dufresne, médecin
Clinique médicale du Quartier Latin

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Reconnaître les situations pour lesquelles une prophylaxie post-exposition contre le VIH est indiquée
2. Diriger les personnes exposées vers les ressources appropriées

La prévention est le meilleur moyen d'empêcher la transmission du VIH. Par exemple, l'application des mesures universelles dans les milieux de santé, une méthode de travail adéquate, des comportements sécuritaires dans les populations à risque (relations sexuelles protégées, utilisation de matériel d'injection stérile). Dans les cas où une situation met une personne à risque de contracter le VIH, un traitement rapide peut prévenir l'infection. Depuis quelques années, des programmes de prophylaxie post-exposition (PPE) du VIH ont été mis sur pied dans plusieurs pays pour les travailleurs ayant été exposés à des liquides biologiques potentiellement infectés par le VIH. Devant le succès de cette mesure, elle a été élargie à des individus ayant été à risque de transmission non professionnelle (relation sexuelle à risque, partage de matériel d'injection, expositions accidentelles dans l'environnement). En 1999, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec publie ses recommandations pour la PPE chez les travailleurs de la santé et aussi chez les personnes exposées non professionnellement. Dans la région de Montréal-Centre, un projet pilote de centre d'expertise de prophylaxie post-exposition a été mis sur pied au pavillon St-Luc du Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM) en 1999. Les activités de cette clinique d'abord dédiées aux travailleurs de la santé, se sont vite élargies à d'autres travailleurs exposés aux liquides biologiques. Jusqu'à aujourd'hui, dans ce centre, aucune séroconversion au VIH n'est survenue chez les travailleurs exposés. La PPE non professionnelle est moins bien organisée. Les personnes exposées consultent là où elles le peuvent dans leur milieu ou dans les grands centres. L'expertise en ce domaine est à bâtir. La PPE est sans aucun doute bénéfique, mais elle sous-tend des considérations de tolérance, de coût, de toxicité, d'acceptabilité. Dans certaines situations, on pourrait engendrer un problème éthique en utilisant la PPE de façon inappropriée comme une pilule du lendemain. Cet atelier vous permettra de connaître les différentes applications de la prophylaxie post-exposition contre le VIH.

Aspects éthiques et communautaires entourant le développement, la recherche et la livraison éventuelle de vaccins anti-VIH

Me David Stephen Thompson, avocat et chercheur

Société canadienne du Sida et CANVAC

Marc-André Leblanc

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Discussion sur l'élaboration d'une coalition d'organismes
2. Identification d'initiatives et actions
3. L'élaboration d'un plan de communication
4. Développement d'un plan stratégique triennal

0 à 5 minutes : Cette présentation fera un bref survol (liste) des différents aspects éthiques et communautaires entourant le développement, la recherche clinique et la livraison éventuelle des vaccins anti-VIH. Il sera question notamment : - Des questions d'allocation de ressources; - De la qualité empirique versus scientifique de l'essai clinique; - Des règles éthiques s'adressant aux chercheurs canadiens impliqués dans des essais cliniques effectués dans les pays en développement; - De l'impact de cette recherche sur la gestion du risque au sein des communautés vulnérables et affectées par le VIH; - De la publicité concernant les résultats d'essais cliniques; - De la relation étroite et essentielle entre le militantisme communautaire en faveur des traitements, des microbicides, de la prévention et des vaccins; - De la livraison de vaccins de faible efficacité; et - De l'accès juste et équitable aux futurs vaccins.

5 à 10 minutes : Un peu de temps sera réservé pour mentionner quelques aspects substantifs des débats éthiques concernant les point 2 et 5 ci-haut.

10 à 20 minutes : Nous présenterons également un bref sommaire des résultats d'un projet ponctuel de la Société canadienne du sida financé par CANVAC dont le but était l'élaboration d'une stratégie pour le développement d'aptitudes communautaires afin d'aider les communautés vulnérables au VIH au Canada de pouvoir mieux: - Comprendre les enjeux; - Appuyer une recherche vaccinale éthique; - S'engager dans un militantisme qui est à la fois informé et critique; - Construire des ponts de collaboration avec des chercheurs; et - Développer des liens avec des partenaires communautaires internationaux.

D.4 LES NOUVELLES TECHNOLOGIES ET LA PRÉVENTION DU VIH

8h30
10h

Animateur : Johanne Milette

Salle : AMPHITHEATRE II

VENDREDI 7 MAI 8h30 - 10h

8h30
10h

D.5 LA SANTÉ ET LES CONDITIONS DE VIE DES PEUPLES AUTOCHTONES

Animateur : Robert Carlin

Salle : INTERNATIONAL I

Le Cercle de l'Espoir, une stratégie autochtone de lutte contre le VIH / Sida dans les communautés du Québec et du Labrador

Louise Tanguay, coordonnatrice technique intérimaire VIH/Sida
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Présenter la stratégie autochtone de lutte contre le VIH/sida
2. Présenter les activités de prévention et de sensibilisation développées par le Cercle de l'Espoir

La Commission de santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) est le maître d'œuvre du Cercle de l'Espoir, stratégie des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH-Sida. Cette stratégie vise à combattre la propagation du VIH-Sida au sein de la population autochtone, indépendamment du lieu de résidence. Il vise à réunir les efforts des initiatives dans et hors communautés et repose sur le principe selon lequel « Le VIH-Sida ne fait aucune discrimination. Il peut frapper tout le monde, en ville comme dans les communautés. C'est pourquoi il fait s'unir pour le combattre. » Les membres des Premières Nations et les Inuits sont beaucoup plus vulnérables à l'infection à VIH que l'ensemble de la population canadienne. Face à ce constat, l'Assemblée des Premières Nations a mandaté en 1998 la CSSSPNQL pour créer et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre le VIH-Sida chez les Premières Nations du Québec. Nous vous présenterons, au cours de cet exposé, les objectifs de la stratégie, ses composantes, son application ainsi que les résultats obtenus à ce jour.

**La Commission de la santé
et des services sociaux des
Première Nations du Québec
et du Labrador, des services
pour nos communautés**

Jules Picard, coordonnateur -
Département stratégie et politique
Commission de la santé et des services
sociaux des Premières Nations
du Québec et du Labrador

PRÉSENTATION
- PDE

Objectif :

- ## 1. Faire connaître les activités et les services de la CSSSPNOL

Depuis sa création en avril 1994, la Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) favorise, appuie et assure l'amélioration de la santé et du mieux-être des communautés des Premières Nations et des Inuits afin qu'elles vivent pleinement leur vie de façon positive et bénéficient d'un style de vie créatif. Dans le cadre d'une approche holistique, la CSSSPNQL vise à assister les communautés et organismes des Premières Nations et Inuits du Québec et du Labrador dans la défense, le maintien et l'exercice des droits inhérents en matière de santé et de services sociaux, ainsi qu'à leur apporter aide et soutien dans la réalisation et le développement de programmes culturellement adaptés. De ce droit inhérent de concevoir et de contrôler de façon autonome la prestation de services sociaux et de services de santé aux membres de nos nations, les différents secteurs de l'organisation s'assurent de la disponibilité des services requis par les communautés. La promotion de modèles de réussites communautaires et le soutien technique aux organismes des Premières Nations et Inuits en matière de santé, services sociaux, pratiques innovatrices, recherche, développement et formation font également partie des activités de la Commission. L'organisme vise également à maintenir et améliorer la communication et la consultation auprès des communautés des Premières Nations et Inuits et des organismes membres de la CSSSPNQL en plus d'encourager, faciliter et soutenir l'échange d'informations et d'idées en ce qui a trait au développement d'initiatives en matière de santé et services sociaux. La Commission voit également à l'appui et à l'assistance, sur demande, des communautés et des organismes membres dans nos efforts à faire reconnaître leur pleine juridiction et autorité en matière de santé et de services sociaux. Enfin, elle soutient le développement des compétences des membres des Premières Nations et Inuits dans le but d'accéder à une plus grande autonomie de gestion des programmes au niveau local, régional et national.

D.5 LA SANTÉ ET LES CONDITIONS DE VIE DES PEUPLES AUTOCHTONES

8h30
10h

Animateur : Robert Carlin

Salle : INTERNATIONAL I

VENDREDI 7 MAI 8h30 - 10h

8h30
10h

D.6 MADO ET RECHERCHE DES EXPOSITIONS : MÉTHODES ALTERNATIVES POUR MIEUX PRÉVENIR

Animateur : Robert Allard

Salle : INTERNATIONAL II

Cas-témoins : mais quels témoins ?

Kathryn Doré

Santé Canada, Division des entéropathies
et des maladies d'origine
hydrique et alimentaire

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Énumérer les études cas-témoins canadiennes sur la recherche des expositions aux maladies entériques
2. Décrire la méthodologie et les résultats des études cas-témoins en cours

Objectifs : Cette présentation décrit comment des registres provinciaux de bénéficiaires dans quatre provinces ont été utilisés pour sélectionner des témoins appariés pour l'âge pour une étude cas/témoins prospective multi-provinciale d'une durée de 12 mois, sur les infections à *Salmonella typhimurium*. L'objectif de la présentation est de fournir de l'information permettant aux chercheurs d'employer efficacement les registres de bénéficiaires pour la sélection de témoins dans d'éventuelles études épidémiologiques. Méthode : Un échantillon aléatoire stratifié de témoins appariés pour l'âge, correspondant à 10 fois le nombre attendu de cas de *S. typhimurium* avec confirmation de laboratoire, a été tiré des registres de bénéficiaires de chaque province participante. Dans deux provinces, les témoins potentiels ont reçu des lettres de recrutement avant l'entrevue téléphonique. Les intervieweurs ont documenté l'issue de chaque tentative d'appel sur un formulaire d'enregistrement d'appel standardisé. Résultats : Au total, 572 bénéficiaires ont été rejoints; 66% ont accepté de participer et 7,5 appels téléphoniques ont été requis, en moyenne, pour rejoindre chaque participant. Le taux de participation et le nombre total d'appels faits pour rejoindre un participant ont tous varié entre les groupes d'âges et les provinces. Parmi les 1788 numéros de téléphone signalés, 80,1% étaient résidentiels et en service. Conclusion: Les registres électroniques de bénéficiaires sont des sources utiles et efficaces de témoins populationnels, en particulier pour des études qui requièrent un recrutement rapide de témoins appariés. L'information démographique individuelle (comme l'âge, le sexe, l'adresse et les numéros de téléphone) est accessible à partir du registre pour la plupart des résidents des provinces. Le taux de participation des témoins choisis à partir de listes de bénéficiaires se compare favorablement avec les taux de participation publiés pour la signalisation des numéros de téléphone aléatoires et requiert moins d'appels pour rejoindre un témoin dans le groupe d'âges requis. Mots-clés : registre de bénéficiaires, sélection de témoins, méthodologie, étude épidémiologique.

Étude des facteurs de risque associés aux infections à campylobacter

François Milord, médecin

DSP de Montérégie

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Énumérer les avantages et les limites de l'approche cas-témoins pour la recherche de facteurs de risque pour les maladies entériques
2. Décrire les résultats pour les campylobactérioses

Dans la foulée d'une étude descriptive provinciale sur la campylobactériose, trois études cas-témoins ont été réalisées à Montréal-Centre, en Montérégie et en Estrie. Ces études évaluaient les facteurs de risque des cas sporadiques acquis au Québec. Elles postulaient que l'association avec la volaille était primordiale, mais l'étude montérégienne voulait aussi tester l'hypothèse hydrique (association avec la source et la qualité de l'eau potable). Les cas provenaient des banques régionales de maladies à déclaration obligatoire (MADO). À Montréal-Centre et en Estrie, les témoins provenaient de listes téléphoniques alors qu'en Montérégie, ils provenaient de MADO. Les cas et les témoins étaient appariés selon l'âge; en Estrie, il y avait deux témoins par cas. La proportion de refus parmi les témoins éligibles était faible, mais leur recrutement était difficile dans le contexte montréalais (49 appels par témoin). Les résultats portent sur un nombre respectif de cas et de témoins de 101 et 83 à Montréal-Centre, 359 et 359 en Montérégie, et 158 et 314 en Estrie. Dans les analyses multivariées, les trois études démontrent une association entre la maladie et la volaille manipulée crue ou consommée insuffisamment cuite (rapport de cote [RC] variant de 1,5 à 18,7). La consommation de lait cru (RC de 3,7 à 6,6) et de volaille en restauration rapide (RC de 1,5 à 2,0) ressortent en Montérégie et en Estrie. La consommation de saucisses BBQ (RC de 2,2) et l'exposition professionnelle à des animaux (RC de 1,8) ne sont significatives qu'en Montérégie. À Montréal-Centre, l'association avec le sexe masculin (RC de 2,4) semble reliée à une éclosion dans la communauté homosexuelle. A posteriori, la taille d'échantillon en Montérégie a été jugée insuffisante pour tester l'hypothèse hydrique. Ces études, qui illustrent les avantages et les inconvénients de l'approche cas-témoin, confirment les facteurs de risque déjà connus de campylobactériose.

Campylobactériose : approche régionale

Caroline Gravel, étudiante

Infirmière

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire la méthodologie cas-témoins pour les éclosions entériques régionales ainsi que leurs avantages et leurs biais
2. Illustrer à l'aide d'un exemple vécu à Montréal, les méthodologies utilisables au niveau régional ainsi que les interventions qui en découlent

Plus de deux cents cas de campylobactériose sont recensés chaque année dans la région de Montréal, la plupart étant reliée à une contamination alimentaire. Cette contamination souvent insidieuse représente une menace potentielle pour la population en général. Une enquête systématique de chaque cas est toutefois une avenue peu envisageable compte tenu des facteurs temps, argent et professionnel. D'autres solutions doivent donc être envisagées. Le sujet de cette présentation sera donc une enquête épidémiologique effectuée entre le 30 septembre et le 10 octobre 2003 suite à une augmentation des cas de campylobactériose sur l'île de Montréal. Les résultats obtenus ont ensuite été comparés à ceux d'une étude cas-témoins effectuée en 2000-2001. Cette méthodologie a permis de mettre en lumière de nouveaux facteurs de risques, mais elle s'accompagne aussi de divers biais. Il sera donc question des avantages et des inconvénients associés à cette méthodologie. Qu'est-ce que les études cas-témoins ou cas-cas peuvent apporter lors des enquêtes sur les maladies infectieuses? Comment rendre le processus d'enquête plus efficace? Est-il possible de généraliser les enquêtes? Voilà quelques-unes des questions qui seront abordées lors de cette présentation.

D.6 MADO ET RECHERCHE DES EXPOSITIONS : MÉTHODES ALTERNATIVES POUR MIEUX PRÉVENIR

8h30
10h

Animateur : Robert Allard

Salle : INTERNATIONAL II

VENDREDI 7 MAI 8h30 - 10h

8h30
10h

D.7 PRÉVENTION DES INFECTIONS EN MILIEU AMBULATOIRE, DU PRÉ-TRIAGE AUX PROTECTIONS PERSONNELLES

Animateur : Diane Lemieux

Salle : AMPHITHEATRE I

Trousse de prévention des maladies infectieuses pour les soins à domicile

Marielle Lehoux-Brisson,
responsable des soins infirmiers
CLSC Pierrefonds

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Rappeler l'importance de la prévention des maladies infectieuses lors des soins à domicile
2. Identifier les composantes d'une trousse de prévention des infections pour les soins à domicile

Au CLSC Pierrefonds, il nous apparaissait important de regrouper dans un même endroit toutes les mesures, politiques et procédures, touchant de près ou de loin, la prévention des infections. Ce guide se veut donc un outil de référence pour tous nos intervenants dans le but de les soutenir dans la prévention de la propagation des microorganismes chez les clients et leur famille, le personnel et les visiteurs. En plus d'uniformiser et d'actualiser les pratiques en matière de prévention des infections, le fruit de ce travail vise à maintenir des soins de qualité, adaptés aux réalités actuelles du système de santé. Vous retrouvez dans cette trousse dix (10) volumes qui traitent de la prévention des infections, tel que: les pratiques de base et les précautions additionnelles; les bactéries multirésistantes aux antibiotiques; le nettoyage, la désinfection, la stérilisation et l'utilisation du matériel; les soins dentaires; les mesures concernant l'enfance et la petite enfance; l'entretien sanitaire; les expositions professionnelles aux liquides biologiques; la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques cytotoxiques; le transport de spécimens de diagnostics. Deux volumes sont utilisés tel quel, le guide de prévention des infections en soins de pieds, publication de l'O.I.I.Q., 2002 et le contrôle des infections nosocomiales environnementales (aspergillose, légionellose), publication de la Régie régionale de Montréal-Centre, 2002.

Prévention des infections respiratoires au service courant des CLSC : responsabilité des utilisateurs des services

Louise Leduc, infirmière
CLSC-CHSLD Pointes-aux-Trembles est

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Expliquer le projet de prévention des infections respiratoires en service courant
2. Décrire les résultats de l'évaluation du projet
3. Analyser les impacts possible d'un tel projet sur la prévention des infections respiratoires

Au printemps 2003 les intervenants des services de santé sont au prise avec une situation de crise reliée à la gestion d'un nouveau germe infectieux présent chez nos voisins : le SRAS. En tant que ressource en prévention des infections je suis interpellé pour m'assurer que les protocoles d'action émis par la direction de santé publique soient mis en place dans les meilleurs délais. Ayant une expérience de quelques années comme conseillère en prévention des infections en milieu hospitalier, je me surprends à trouver la situation un peu ridicule. Les intervenants soignants sont inquiets et veulent connaître tous les moyens mis à leur disposition pour éviter de contracter ce germe. Certains intervenants se demandent même s'ils ont le droit de refuser de recevoir un cas suspecté de SRAS. Les clients qui consultent au service courant sont inquiets de voir nos réactions quand ils présentent des symptômes d'infection des voies respiratoires. Pourtant, quelques semaines plus tôt, ces mêmes intervenants côtoyaient une clientèle présentant rhume, grippe, pneumonie et ces mêmes clientèles partageaient une salle d'attente commune. Pourtant personne ne semblait stressé. C'est là que j'ai compris que personne n'avait compris. Les pratiques de base en prévention des infections sont encore à l'ère de la théorie. Comment passer de la théorie à l'intégration et enfin observer les changements de comportement ? Comment éviter de gérer des situations de crise à chaque fois qu'un nouveau germe se fait présent dans notre environnement ? Comment avoir une gestion efficace dès l'arrivée du client dans nos lieux ? Adoptons des comportements courtois en milieu de santé ! Cessons de parler des germes et parlons des comportements attendus tant par le client que par le personnel de la santé. Or, le port d'un masque quand on a le rhume une question de santé et de courtoisie !

La prévention des maladies con- tagieuses dans la salle d'urgence pour prévenir les épidémies dans l'établissement de santé Leçon à retenir lors d'épidémie de gastro-entérite

Ramona Rodrigues, conseillère en
prévention et contrôle des infections
Hôpital général du Lakeshore

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire des exemples d'éclats de maladies entériques dans un département d'urgence
2. Connaître les moyens de contrôle des maladies infectieuses à mettre en place dans un département d'urgence

Une analyse en profondeur de deux épidémies de gastro-entérite à l'hôpital général du Lakeshore nous a démontré qu'en fait ces deux épidémies s'étaient transmises entre patients et employés à la salle d'urgence. Deux stratégies différentes ont été utilisées afin d'empêcher la dispersion de l'infection : fermeture de l'hôpital à toute nouvelle admission et fermeture de certaines parties de l'hôpital à toute nouvelle admission. Les facteurs critiques pour empêcher la dispersion de l'infection et ainsi éviter la fermeture de l'hôpital et de la morbidité seront présentés. Selon l'expérience acquise, une détection rapide, une communication appropriée auprès des personnes clés, l'isolation, la réorganisation des services et une appréciation complète de la gestion des lits, incluant le suivi des patients affectés ont été identifiés comme étant des facteurs importants. Une vigilance accrue grâce à l'utilisation de méthodes de surveillance à la salle d'urgence est critique dans la prévention de transmission de maladies contagieuses au restant de l'établissement de santé et de la communauté.

D.7 PRÉVENTION DES INFECTIONS EN MILIEU AMBULATOIRE, DU PRÉ-TRIAGE AUX PROTECTIONS PERSONNELLES

8h30
10h

Animateur : Diane Lemieux

Salle : AMPHITHEATRE I

VENDREDI 7 MAI 8h30 - 10h

8h30
10h

D.8 LE TRAVAIL CLINIQUE AUPRÈS DE CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 6

Homosexualité : comment intervenir dans le respect de la différence ?

Bill Ryan,
Université McGill

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Savoir comment questionner sur l'orientation sexuelle
2. Reconnaître l'importance de l'hétérosexisme dans nos interventions

Depuis plusieurs années maintenant on s'interroge sur la question des orientations sexuelles et les pratiques dans des cabinets des medecins. Est-ce que nous pouvons bien intervenir sans prendre en consideration l'orientation sexuelle de la personne devant nous ? Si il faut en tenir compte, de quelle façon ? Quelles informations de base sont necessaires pour les intervenant-e-s en santé ? Est-ce que nous sommes teintés par un passé qui ne voyait que de la pathologie medicale, voir psychiatrique, quand il s'agissait de l'homosexualité ? Est-ce que notre façon de faire (et d'être) exclut l'amour entre deux personnes de meme sexe à prime abord ? Cette presentation abordera la question de l'homophobie et de l'hétérosexisme dans nos interventions en exposant le vécu des personnes homosexuelles et bisexuelles quand il s'agit d'accès aux services de santé adaptés à leurs besoins. En plus, elle donnera des pistes pour que les professionnel-le-s de la santé sachent adapter leurs interventions à leurs réalités.

Aider les jeunes en difficulté

Nathalie Lauzier, médecin
CLSC des Faubourgs

Objectifs :

1. Établir un plan de gestion global de la santé de ces jeunes
2. Référer aux organismes communautaires appropriés

Les jeunes de la rue sont caractérisés par de l'instabilité face à leur hébergement. Ils présentent un taux de mortalité 11 fois plus élevé comparativement à la population générale du Québec (ajusté pour l'âge et le sexe). On retrouve dans leur histoire sociale des difficultés familiales majeures et des problèmes scolaires. Des problèmes de santé spécifiques sont associés à cette population : ITS, grossesses non désirées, maladies infectieuses, santé mentale et toxicomanie. Il existe des ressources à Montréal pour accueillir ces jeunes afin d'avoir un soutien psychologique et social. Un tour d'horizon sur les problèmes rencontrés par les jeunes sera fait ainsi que les ressources disponibles afin qu'un médecin puisse prendre en charge adéquatement ces derniers.

Intervenir auprès des personnes pratiquant le sexe commercial

Dominique Tessier, médecin

Directeur médical,
Clinique Santé Voyage
Medisys

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Reconnaître les problèmes de santé particuliers aux personnes
2. Établir une prise en charge globale

« Les femmes ont le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. »
Prostitution. Sexe. Sexualité. Condoms. Spermicide. Éponges. Stérilet. Sécrétions. Écoulements. Douleurs. Grossesse. Avortement. Maternité. Absence. Présence. Négligence. Soutien. Santé. Prise en charge. Sexe commercial. Reconnaître. Aider. Prévenir. Intervenir. Juger. Lois. Autorités. Intervenants. Professionnels de la santé. Écoles. Pratiques. Placement. Agences. Massages. Indépendance. Repousser. Nier. Encourager. Payer. Voler. Punir. Prévention primaire, secondaire et tertiaire. Vaccinations. Suivi. Épidémiologie. Dépistage systématique. VIH. Hépatite B. hépatite C. Gonorrhée. Chlamydia. Syphilis. Tuberculose. Maux de dos. Maux de gorge. Entorses. Engelures. Hématomes. Pimp. Souteneur. Racollage. Exploitation. Public. Filles. Garçons. Hommes. Femmes. Clients. Infidélité. Tromperie. Accident de parcours. Régularité. Escorte. Agence. Danse. Réseau. Famille. Enfants. Agressions. Violence. Police. Problèmes. Support. Discrimination. Sang. Sperme. Sécrétions vaginales. Post-exposition. Médication. Contraception. Pilule du lendemain. Affaires. Voyages. Plaisir. Honte. Malaise. Désir. Incertitude. Accueil. Évaluation. Référence. Rejet. Cadre. Carcan. Conseils. Information. Quand. Comment. À quel rythme. Dans quel cadre. Sécurité. Actes. Oral. Vaginal. Anal. Dégradant. Accès aux services de santé. Soins de santé primaires. Traitement. Maladies infantiles. Malnutrition. Anémie. Maladies diarrhéiques. Maladies transmissibles. Tuberculose. Inégalité selon le sexe. Possibilités de protéger. Améliorer. Conserver la santé. Attitude des intervenants. Ouverture. Tourisme sexuel. Coûts sociaux. Économie. Industrie touristique. Traditions culturelles. Langues. Vol qualifié. Jeux de hasard. Crimes violents. Abus de drogues. Abus d'alcool. Données. Absence de données. Abus de données. Monde en développement. Ethnie. Pays d'origine. Age. Prostitution juvénile. Pornographie. Madagascar. Thaïlande. Vietnam. Asie. Canada. Québec. Montréal. Trop peu de mots pour exprimer tout ce que pourrait porter ce sujet.

D.8 LE TRAVAIL CLINIQUE AUPRÈS DE CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

8h30
10h

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 6

VENDREDI 7 MAI 8h30 - 10h

10h30
12h

E.1 PROJETS POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES ITSS CHEZ LES HARSAH

Animateur : Benoît Vigneau

Salle : AMPHITHEATRE II

Interventions préventives en regard des ITSS dans les saunas gais de Montréal. État de situation et rapport d'étape d'implantation

Gilles Lambert, médecin
DSP de Montréal

Sissoko Hawa¹ Tremblay Claude¹
Carrière Suzanne² Roy Éric² Rioux Nicolas²
Rousseau Robert³ Morin Alexandre³
Berthiaume Patrick³
¹DSP de Montréal, ²CLSC des Faubourgs,
³Organisme Séro Zéro

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Présenter la démarche d'implantation du projet « Saunas gais Montréal »
2. Décrire certaines caractéristiques des personnes fréquentant les saunas gais
3. Rendre compte des outils développés, des activités déployées et des services dispensés dans le cadre du projet
4. Identifier les facteurs ayant influencé l'implantation du projet et les perspectives actuelles

État de situation - volet prise de risque (Questionnaire auto administré remplis par 233 clients de 5 saunas de Montréal en mai 2002) Au cours des 6 derniers mois, en sauna: 43% des répondants sont allés au sauna >1 fois/semaine; durée moyenne d'une visite : 4,2 hrs.; 23% ont fréquenté au moins 1 sauna à l'extérieur de Montréal; 52,5% ont eu > 6 partenaires occasionnels; 57% ont eu au moins à l'occasion du sexe en groupe; 30 % ont consommé une drogue illicite « la moitié du temps ou davantage » au sauna (ou juste avant l'arrivée). Implantation . Équipe formée d'1 infirmier et 1 intervenant communautaire, session de 2 à 3 heures en sauna, 3 sessions par semaine (surtout des 17 h à 20 h et 19 h à 21 h en semaine). Implantation progressive en termes de type d'activités et nombre de lieux (actuellement, 7 saunas). Vaccination (15 mois d'activités) : 730 doses de vaccins contre les hépatites A et/ou B administrées à 509 personnes. Dépistage (6 mois d'activités) : 137 tests de dépistage effectués auprès de 32 personnes (chlamydia/gono gorge/gono urine/syphilis : 4 tests positifs/87 tests faits; hépatites A, B, C : 6 /56 ; VIH : 0 /4). En 2004, au cours d'une période témoin de 4 semaines (12 sessions) on observe un taux de couverture des services de 6,8% : total de 61 interactions-clients (en incluant les interactions uniquement de counseling) et estimé de 900 visiteurs-saunas pendant les heures de présence de l'équipe. Facteurs influençant: conditions physiques des chambrettes, sexualité omniprésente, consommation de drogues, roulement de personnel, durée d'un dépistage ITSS complet (45 minutes par client), collaboration intense et complémentaire des 3 partenaires du projet. Conclusion : 1) Pertinent et faisable d'offrir des services de prévention ITSS en sauna; 2) Nombre de demandes de dépistage peu élevé mais en croissance; 3) Besoin de varier les plages horaires dans les saunas et les lieux d'intervention de proximité auprès des HARSAH.

Présentation des résultats préliminaires de l'évaluation de Rézo, un programme interactif de prévention du VIH sur internet

Jean Dumas, agent de recherche
Action Séro-Zéro

Claude Cyr, chercheur principal
rattaché à l'organisme Séro Zéro
Joanne Otis, co-chercheuse, UQAM
Joseph Josy Lévy, co-chercheur, UQAM
René Lavoie, co-chercheur, COCQ-sida

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire le programme (site internet et intervention en ligne) et ses objectifs
2. Présenter les résultats préliminaires de l'évaluation du programme

Lancé depuis septembre 2000 par l'organisme Action Séro Zéro, RÉZO est un programme Internet interactif qui s'adresse particulièrement aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et qui cible particulièrement les jeunes de 16-25 ans. L'objectif principal de ce programme interactif est avant tout de contribuer aux efforts de prévention des ITSS et du VIH/sida en offrant, à l'aide d'Internet, des informations détaillées sur diverses thématiques de même que du soutien et des références vers des services adaptés aux besoins des usagers. L'interactivité s'y retrouve de plusieurs manières, entre autres par le babillard présent sur le site et dans lequel un intervenant répond aux questions posées. Par ailleurs, RÉZO comprend un volet intervention en ligne dans deux populaires chambres de conversation. Selon un horaire varié, une équipe d'intervenants échange en direct avec les usagers qui fréquentent ces espaces de rencontres sociosexuels. Cette communication présentera un bilan de cette expérience en matière d'intervention en ligne ainsi que les questions et enjeux qu'elle soulève. Seront aussi discutés les résultats préliminaires de l'évaluation du programme.

Développement d'un plan de communication en prévention de la gonorrhée et de la syphilis à Montréal

Elysabeth Lacombe, agente de planification et de programmation socio-sanitaire

PRÉSENTATION
- PDF

DSP de Montréal
Gilles Lambert, Jean Beauchemin
DSP de Montréal
Robert Rousseau, Patrick Berthiaume
Action Séro-Zéro

Objectif :

1. Présenter les cibles, les messages, les outils et les canaux de diffusion du plan de communication

Depuis 3 ans, une épidémie de syphilis sévit à Montréal au sein des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). À l'intérieur d'un plan global d'intervention, La Direction de santé publique (DSP) de Montréal et l'organisme Action Séro-Zéro ont développé, depuis l'été 2001, des activités en lien avec la syphilis auprès de la communauté gaie et bisexuelle. Elles visaient à augmenter le niveau de sensibilisation des HARSAH face à la syphilis, les informer sur cette ITS (modes de transmission, signes et symptômes, complications, traitement), augmenter la proportion des HARSAH qui se font dépister régulièrement, faire connaître les lieux de dépistage et promouvoir l'adoption de comportements sécuritaires. Ces activités se sont exprimées au sein de deux campagnes bilingues de marketing social dont les thèmes étaient « Alerte à la syphilis » (phase 1 - été 2001) et « À quand remontent tes derniers tests ? » (phase 2 - hiver 2003). Dans le cadre de ces campagnes, nous avons produit du matériel écrit (affiches, dépliants, tracts, cartes de ressources) qui a été distribué à différents partenaires (cliniques médicales, CLSC, cliniques ITS, organismes communautaires) et dans des bars et des saunas du village gai. Nous avons également animé un kiosque d'information à la journée communautaire Divers/Cité 2003 et organisé des cliniques spéciales de dépistage de la syphilis dans des bars et des saunas. Une autre façon de rejoindre les HARSAH a été de bonifier la page « syphilis » du site de la DSP de Montréal avec une section s'adressant au public et l'autre aux professionnels de la santé et aux intervenants. Ce site est publicisé notamment sur des sites de rencontres gais. Afin de mobiliser les intervenants oeuvrant auprès de notre clientèle cible, nous avons organisé des ateliers de formation sur la syphilis. Enfin, des placements publicitaires ont été effectués dans des médias écrits gais et nous avons collaboré à des articles sur la syphilis parus dans certains de ces mensuels.

E.1 PROJETS POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES ITSS CHEZ LES HARSAH

10h30
12h

Animateur : Benoît Vigneau

Salle : AMPHITHEATRE II

VENDREDI 7 MAI 10h30 - 12h

10h30
12h

E.2 INTERVENTION PRÉVENTIVE ET DE CONTRÔLE EN REGARD DES SERINGUES À LA TRAÎNE

Animateur : Carole Morissette

Salle : CARTIER I

État des travaux du groupe de travail provincial sur la récupération des seringues usagées au Québec

Richard Cloutier, agent de
recherche et de planification - MSSS
Hélène Gilbert, agente de
recherche - SL/TSS - MSSS

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Les participants à l'atelier pourront prendre connaissance des principaux constats qui se dégagent des enquêtes et des consultations réalisées par le Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées
2. Ils pourront également contribuer à la réflexion sur les pistes de solutions à envisager

Chaque année, au Québec, des millions de seringues et d'aiguilles sont utilisées non seulement à l'intérieur, mais également à l'extérieur des établissements de santé. Laissées à des endroits inappropriés (poubelles, bacs de recyclage, parcs, etc.), les seringues et les aiguilles usagées sont susceptibles de causer des blessures et de transmettre des infections, ce qui suscite l'inquiétude parmi la population. De plus, les piqûres accidentelles exigent des mesures de prophylaxie post-exposition complexes et coûteuses. Comment faire en sorte que toutes les seringues et aiguilles usagées soient récupérées et éliminées de façon sécuritaire ? C'est à cette question - plus complexe qu'il n'y paraît à première vue - que doit répondre le Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées formé par la Direction de la protection de la santé publique du MSSS. Il s'agit de concevoir un système simple, accessible, adapté aux réalités des différentes régions, selon lequel les opérations reliées à chacune des étapes de la gestion des seringues usagées (consignes données aux utilisateurs, modalités de récupération, d'entreposage, de transport, de traitement et d'élimination) seraient cohérentes. Le tout doit être élaboré dans un souci de protection de la santé de la population, de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs et de protection de l'environnement. Le Groupe de travail a mené des enquêtes auprès des directions de santé publique, des CLSC, des CHSLD et des centres hospitaliers. Il a rencontré divers acteurs dans ce dossier : services de soins à domicile, pharmaciens, cliniques médicales privées, organismes communautaires œuvrant auprès des usagers de drogues par injection, association de diabétiques et plusieurs autres, en vue de faire le point sur les procédés utilisés pour se débarrasser des seringues et aiguilles souillées. Cela a permis de tracer un état de la situation : importance du problème, équipements et services disponibles, difficultés éprouvées, modes de collaboration mis en place, etc.

La récupération des seringues usagées : l'expérience de l'Abitibi- Témiscamingue

Daniel Gagné, agent de recherche
en santé environnementale
DSP Abitibi-Témiscamingue

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Présenter un bref historique de l'intervention
2. Dégager les points forts et les points faibles
3. Discuter des possibilités de généraliser l'approche dans d'autres régions du Québec

À l'origine, la récupération des seringues usagées sur notre territoire ne touchait que la clientèle UDI (ESSAI). Cependant ce projet risquait d'être compromis par la demande des diabétiques de pouvoir accéder à ce programme. La quantité très importante de seringues usagées générées par les diabétiques pouvait augmenter les coûts. Après avoir documenté la problématique, la région Abitibi-Témiscamingue s'est engagée à trouver une façon simple et peu coûteuse de répondre à la fois au besoin des diabétiques et à ceux des UDI. Un projet-pilote nous a permis de valider la solution envisagée, qui consiste à récupérer les seringues des diabétiques dans les pharmacies mais dans des contenants différents de ceux des UDI et à les acheminer ensuite au CH le plus proche équipé d'un stérilisateur de déchets bio-médicaux. Le seul coût est celui des chaudières recyclées de 25 L pour recueillir les seringues, soit environ 2 \$ chacune. On incite les diabétiques à ne ramener que l'aiguille de la seringue (détachée avec un coupe-aiguille) pour réduire le volume de déchets à traiter. Ce projet a permis de sauvegarder le caractère plus spécifique du programme ESSAI tout en répondant à un besoin important, sans coût additionnel pour l'ensemble des intervenants. Cependant il est certain qu'il faut compenser l'absence de frais par du bénévolat chez les partenaires, notamment les pharmaciens et les CH. Une volonté ferme d'appuyer le programme doit se manifester au niveau des Agences régionales de santé et services sociaux. Nous avons également conçu des outils de promotion pour sensibiliser la population et faciliter le travail des partenaires. Il faut toutefois prévoir des incidents de parcours qui demanderont l'implication temporaire d'une ressource au stade d'implantation. Ce projet pourrait être facilement exportable dans les régions éloignées et certaines régions périphériques.

Projet de ramassage et de récupération des seringues au centre-ville de Montréal

Danny Raymond, agent de projet
Spectre de rue

PRÉSENTATION
- PDF

Depuis 1996, Spectre de rue s'intéresse au ramassage et à la récupération des seringues dans les quartiers centraux de Montréal. L'année 2000 fut une année charnière avec la mise sur pied d'un comité intersectoriel sur la problématique. Réunissant autour d'une même table tous ceux touchés par les problèmes que causent la présence de seringues souillées tant chez les résidents, les commerçants que chez les élus des quartiers touchés et des représentants de nombreuses institutions, pour mieux connaître la situation réelle et élaborer des pistes de solution. Cette première a permis d'ouvrir le dialogue entre tous les partis, Santé Publique, Sécurité Publique, Environnement et les organismes en prévention des maladies transmises par le sang. La cueillette quotidienne des seringues et la prise en note des endroits et des quantités ont permis de brosser un portrait unique en son genre. Nous avons donc mis à l'essai des contenants extérieurs dans des endroits où la problématique était chronique. Une présence quotidienne a permis de reconnaître un besoin pour la sensibilisation tant auprès de la clientèle UDI qu'auprès de la population en générale. Des ponts ont été créés entre notre organisme et les services de travaux publics de la ville de Montréal, avec l'uqam, qui se sont rapidement aperçus de l'efficacité des contenants extérieurs. Le suivi permet d'établir des taux d'efficacité pour chaque contenant. Un de nos buts étant la diminution des irritants pour tous. La communication entre chacun des participants est devenu un des meilleurs moyens de répondre effectivement et rapidement aux différents événements pouvant surgir. Comprendre et partager nos constatations a permis de mieux prévoir des situations. Les facteurs de déplacement de la problématique sont apparus avec une grande évidence. La gentrification, les pressions policières et l'exclusion sont quelques facteurs parmi d'autres, qui ont un effet sur l'ensemble de notre paysage urbain. En quelques mots, il s'agit ici de bien connaître pour mieux agir et cela dans le respect de tous.

E.2 INTERVENTION PRÉVENTIVE ET DE CONTRÔLE EN REGARD DES SERINGUES À LA TRAÎNE

10h30
12h

Animateur : Carole Morissette

Salle : CARTIER I

VENDREDI 7 MAI 10h30 - 12h

10h30
12h

E.3 JEUNES, CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ET RISQUES ASSOCIÉS

Animateur : Nicole Beaudet

Salle : CARTIER II

La consommation à risque chez les jeunes en milieu scolaire : données d'une enquête provinciale

Louise Guyon, chercheure

RISQ

PRÉSENTATION
- PDF

L'atelier présentera les résultats des enquêtes de 2000 et 2002 auprès d'un échantillon (n=5000) représentatif d'élèves du secondaire au Québec. On traitera des principaux produits consommés, des modes de consommation, des conséquences sur la vie des jeunes, en fonction du sexe et du niveau scolaire. La consommation problématique est évaluée à l'aide du score de la DEP-ADO, qui allie les modes de consommation et les problèmes associés. La présentation permettra de visualiser comment un outil de dépistage (la DEP-ADO) peut être utilisé en surveillance épidémiologique et les implications qui en découlent en termes de prévention et de programmation en matière d'alcool et de drogues auprès des jeunes élèves.

Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) Qualités psychométriques et utilisation en clinique et en recherche

Michel Landry, directeur

Centre Dollard Cormier

Guyon L, Tremblay J, Bergeron J et
Brunelle N; RISQ

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Informer les participants sur les caractéristiques de la DEP-ADO et ses utilisations en intervention et en recherche
2. Informer les participants sur les qualités psychométriques de la DEP-ADO

L'atelier présentera dans un premier temps les résultats de l'étude de validation de la DEP-ADO faite dans trois régions du Québec et qui a rejoint plus de 700 jeunes de 14 à 18 ans et discutera avec les participants de la version la plus récente qui en est résultée. Il abordera ensuite différents aspects rattachés à l'utilisation de ce questionnaire : système intégré de dépistage et référence, utilisation de la grille à des fins de suivi épidémiologique, implications éthiques que son usage peut soulever.

Les actions en lien avec l'usage et l'abus de drogues au centre jeunesse

Sylvain Pelletier, personne
ressource en toxicomanie

CJM - Institut universitaire

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Présenter les portraits de consommation des jeunes au CJM
2. Présenter les différentes actions permettant de supporter les intervenants dans leur accompagnement auprès des jeunes

Les résultats des dernières recherches présentant les portraits de consommation de psychotropes chez les jeunes desservis par les services des centres jeunesse démontrent la spécificité des jeunes en difficulté concernant leurs habitudes de consommation. En effet, lorsqu'on compare les données caractérisant cette clientèle, on constate que la consommation de drogues est plus élevée chez ces jeunes que ceux de la population générale. Les prévalences de consommation constatées chez les jeunes des centres jeunesse, de même que le cumul d'un nombre important de facteurs de risque de développer des problèmes de consommation chez ce groupe cible, requièrent une intensification et une multiplication d'interventions qui répondent à leurs besoins spécifiques. Lors de cet atelier, les données ainsi que les caractéristiques des adolescent(e)s en difficulté, susceptibles d'expliquer les différences observées, seront d'abord présentées. Par la suite, seront abordées les actions en cours au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire qui permettent aux intervenants d'intégrer à leur pratique quotidienne un accompagnement approprié du jeune et des parents concernant la consommation de drogues. Le programme d'activités s'adressant aux jeunes, intitulé Groupe de réflexion sur les drogues, ainsi que le Guide d'accompagnement et d'intervention « Usage et abus de drogues » destiné aux intervenants du CJM-IU et autres partenaires qui œuvrent auprès des jeunes et de leur famille, seront décrits plus en détail.

E.3 JEUNES, CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES ET RISQUES ASSOCIÉS

10h30
12h

Animateur : Nicole Beaudet

Salle : CARTIER II

[illegible]

10h30
12h

E.4 PARTAGE D'EXPÉRIENCES RÉCENTES

Animateur : Hélène Rodrigue

Salle : MANSFIELD 6

Évaluation de la trousse de promotion de la vaccination

Maryse Guay^{1,2,3,4}

Marie St-Amour¹ Paule Clément² Lina Perron¹
Geneviève Baron^{1,2,3,4} Geneviève Petit^{2,5}

¹DSP Montérégie ²INSPQ ³U. de Sherbrooke
⁴Centre de recherche de l'hôpital Charles
LeMoine ⁵UQUAM

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Évaluer l'atteinte des objectifs de communication de la « Trousse de promotion de la vaccination », composée d'une affiche et d'un boîtier contenant lui-même trois feuillets d'information sur la vaccination (vaccin DcaT-Polio-Hib, vaccin RRO et informations générales)

Méthode : Évaluation, en 2002-2003, de l'implantation par description des activités de diffusion, des populations rejointes et des ressources investies, par des entrevues téléphoniques (responsable au MSSS et des DSP) et des enquêtes postales (vaccinateurs et parents de la Montérégie). Résultats : Le matériel a été largement diffusé par les DSP auprès des vaccinateurs dans les établissements de santé ou autres lieux fréquentés par les parents. La diffusion a parfois été accompagnée de publicité. Le coût de l'intervention a été estimé à 137 000 \$. En Montérégie, la pénétration du matériel a été importante auprès des infirmières (RC = 58), mais beaucoup moins auprès des médecins. Le matériel plaît aux vaccinateurs et ils ont plus de chance de l'utiliser s'ils sont peu expérimentés (RC = 5,8) ou s'ils vaccinent beaucoup d'enfants. Seulement 42 % des parents ont reçu au moins un des feuillets d'information. Quand ils les ont eus, ils les apprécient (99 % sont satisfaits) et les jugent une bonne source d'information. Ils trouvent les feuillets utiles pour être informés sur les maladies évitables par la vaccination (95 %), mais moins pour prendre une décision éclairée (63 %). Conclusion : Le modèle utilisé de diffusion de la trousse a probablement une limite importante et si on juge essentiel de rejoindre plus de médecins vaccinateurs et de parents, il faudra l'améliorer ou le repenser. Cependant, le modèle est adéquat pour la diffusion auprès des infirmières en CLSC. Les vaccinateurs et les parents sont sensibilisés à l'importance de la vaccination, mais la contribution de la trousse à cette sensibilisation reste probablement modeste.

Facteurs de risque associés à une giardiase chez les résidents de l'est et du centre du Québec : Une étude cas-témoins

Fabien Gagnon

Jean-François Duchesne, Benoît Lévesque,
Suzanne Gingras, Josée Chartrand et
Marie-France Gagnon, CHUL-Centre de
recherche du CHUQ, Unité de recherche en
santé publique

PRÉSENTATION
- PDF

Entre 700 et 1000 cas de giardiase sont déclarés chaque année au Québec. Pour l'ensemble du Québec, les facteurs de risque et la contribution relative des différentes voies d'exposition de la maladie ne sont pas encore bien définis. Cette étude de type cas-témoins a été mise sur pied dans 7 régions de l'Est et du Centre du Québec. Entre le 1er mai 2001 et le 30 avril 2002, 232 cas de giardiase ont été rapportés dans un contexte endémique dans le territoire à l'étude. Parmi ces cas, 139 ont été retenus pour les analyses et appariés à trois témoins sélectionnés dans la même région. Les principaux symptômes de la maladie rapportés par les cas sont la diarrhée (93 %), les flatulences (86 %), les crampes et douleurs abdominales (84 %), les ballonnements (81 %) et la fatigue (78 %). La perte de poids est un symptôme important rapporté par plus de 59 % des cas et qui a entraîné une perte de poids moyenne chez les personnes affectées de 4,8 kg. Chez les adultes (14 ans et plus), aucune association n'a été trouvée entre le type d'approvisionnement en eau et la maladie. Le principal facteur de risque s'est avéré être le voyage dans un pays à risque. Les autres facteurs de risque significatifs chez ce groupe étaient le changement de couches, le camping et la consommation d'eau non traitée lors d'activités de plein air. Chez les enfants de 1 à 13 ans, la consommation d'eau du robinet considérée vulnérable à une contamination (eau de surface et eau de puits de surface non filtrée) s'est révélée le seul facteur de risque significatif de la maladie. L'absence de cette dernière association chez les adultes est peut-être expliquée par l'immunité acquise par ceux-ci face au parasite Giardia.

Que font les CLSC en matière de services de vaccination pour les familles vulnérables ?

Maryse Guay^{1,2,3,4}

Manon Blackburn^{2,3} Jean Beaudry² Paule
Clément¹ Carole St-Hilaire⁴ Louise
Rousseau⁵ Anne-Marie Clouâtre²

¹INSPQ ²DSP Montérégie

³Université de Sherbrooke ⁴Centre de
recherche de l'hôpital Charles LeMoine
⁵DSP Laval

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Décrire l'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-2 ans dans les CLSC et vérifier si des services spécifiques sont offerts aux familles vulnérables

Méthode : Dans le cadre d'une étude sur les coûts et l'efficacité de la vaccination au Québec, une étude descriptive transversale sur les modes de prestation des services de vaccination aux 0-2 ans a été réalisée au printemps 2003 auprès des CLSC. Un questionnaire postal autoadministré a été envoyé à tous les responsables de la vaccination des 0-2 ans. Résultats : Le taux de réponse fut de 93 %. Les cliniques de vaccination des 0-2 ans se font majoritairement sur rendez-vous dans le cadre de visites plus globales où on évalue aussi le développement de l'enfant. En moyenne la visite de vaccination dure 27 minutes. Les CLSC en milieu rural utilisent en plus grande proportion qu'en milieu urbain des moyens pour améliorer l'accessibilité à la vaccination (offre de transport 64 %, vaccination à domicile 32%; $p < 0,05$). Les moyens mis en œuvre dans les CLSC sont toujours proportionnellement plus élevés pour rejoindre les familles vulnérables (i.e. les familles suivies dans le cadre des programmes NE-GS, PSJF) en comparaison avec les autres familles, qu'il s'agisse de moyens pour favoriser la demande de vaccination (rappels 69 %, relances 78 % ; $p < 0,05$), pour sensibiliser les parents (ex. : contact prénatal 68 %, $p < 0,05$), que pour informer des horaires ou lieux de cliniques (ex. : prise de contact individuel avant les cliniques 60 %, $p < 0,05$). Conclusion : Les CLSC sont préoccupés d'offrir des services de vaccination correspondant à la réalité du milieu et les adaptent afin de mieux rejoindre les familles vulnérables ce qui permet de diminuer les iniquités en matière de soins.

E.4 PARTAGE D'EXPÉRIENCES RÉCENTES

10h30
12h

Animateur : Hélène Rodrigue

Salle : MANSFIELD 6

La varicelle n'est plus aussi bénigne qu'elle l'était !

Jean-Jacques Turcotte, pédiatre

DSP de la Montérégie

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Identifier les nouveaux développements en matière de varicelle
2. Évaluer l'ampleur des problèmes causés par la varicelle
3. Reconnaître les caractéristiques du vaccin contre la varicelle

La varicelle n'est plus aussi bénigne qu'elle l'était de par ses complications qui surviennent chez un trop grand nombre d'enfants, i.e. 5 % à 10 % des enfants en bonne santé. Environ 50 % de ces complications consistent en des surinfections bactériennes de la peau et des tissus mous. Il s'agit d'infections envahissantes occasionnées surtout par le streptocoque du groupe A et également par le staphylocoque aureus. La varicelle ouvre 250 à 500 brèches cutanées (portes ouvertes), d'où l'émergence de cellulite, myosite, fasciite nécrosante, syndrome de choc toxique. Il est possible que la varicelle produise une aberration immunologique facilitant l'infection à streptocoque A avec augmentation de la virulence de la bactérie. Il existe des vaccins efficaces, sécuritaires, administrés en pré-exposition à compter de l'âge d'un an et également les mêmes vaccins peuvent être utilisés en post-exposition. L'immunogénicité et l'efficacité sont extrêmement élevées, surtout pour les formes modérées à graves. En plus des enfants de plus d'un an, des adolescents et des adultes en bonne santé, certaines personnes immunosupprimées peuvent bénéficier de la vaccination suite à la recommandation de l'oncologue et de l'infectiologue. La durée de l'immunité se situe au-delà de 11 ans aux États-Unis et au-delà de 20 ans au Japon. Les vaccins contre la varicelle ne font pas encore partie des vaccins offerts par le MSSS, sauf dans deux situations cliniques bien particulières. Le Comité de consultation national sur l'immunisation (C.C.N.I.) a fait la recommandation de la mise en place d'un programme universel de vaccination contre la varicelle pour tous les enfants réceptifs, à compter de l'âge d'un an. Au Québec, le Comité sur l'immunisation du Québec a recommandé en novembre 2000, un programme universel de vaccination contre la varicelle à partir de l'âge de 12 mois et ce, au plus tard en 2005. En conclusion, nous observons une grande morbidité suite à la varicelle alors qu'elle est devenue une maladie évitable par la vaccination grâce à des vaccins offrant une excellente protection, hautement efficaces et sécuritaires en pré et en post-exposition.

10h30
12h

E.5 COMMUNAUTÉS CRIS, INUIT ET AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN : CONTEXTES PARTICULIERS

Animateur : Jean-François Proulx

Salle : INTERNATIONAL I

Quelques enjeux en regard des ITSS au Nunavik

Jean-François Proulx, médecin
DSP du Nunavik

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Revoir certains aspects épidémiologiques des ITSS - MADO dans la région
2. Décrire les éléments du contexte ayant un impact sur la surveillance, la prévention et le contrôle des ITSS dans la région

Méthode : Les données sur les ITSS-MADO du Nunavik ainsi que celles issues des enquêtes complémentaires sont utilisées. Des comparaisons sont établies avec les données du Québec et de territoires arctiques canadiens. Certains aspects du contexte socio-démographique susceptibles d'avoir un impact sur la réalité des ITSS sont présentés ainsi qu'un survol des interventions préventives conduites à ce jour. Résultats : Les tendances temporelles observées au Québec et au Nunavik en regard des taux d'incidence de gonorrhée et de chlamydie déclarées sont comparables. Toutefois la région se démarque par des taux d'incidence nettement plus élevés. Cette réalité est aussi observée auprès d'autres populations nordiques. La surveillance des facteurs de risque associés à l'acquisition des hépatites virales au Nunavik révèle l'existence d'expositions via le partage de seringues hors Nunavik. Conclusion : La probabilité de survenue d'une éclosion d'infections au VIH, sur fond de transmission hétérosexuelle, demeure élevée dans la région. Cette perspective doit soutenir de façon pressante, concertée et continue un ensemble d'interventions tant au Nunavik qu'à l'extérieur de la région. À cet égard, les initiatives en milieux urbains ou carcéraux où se retrouvent des Inuits en situation de vulnérabilité pourront s'avérer déterminantes.

Eeyou istchee et miyupimaatisiwin Robert Carlin, médecin

DSP des Terres Cries de la Baie James

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Comprendre les enjeux majeurs en maladies infectieuses pour la région des Terres Cries de la Baie James
2. Identifier certains facteurs qui rendent cette population à risque pour des maladies infectieuses

Eeyou istchee, ou Terres Cries de la Baie James, est la région occupée par les autochtones Cris, à l'est de la Baie James dans le Nord du Québec. La population actuelle est de 12,629 personnes, dont 34% ont 15 ans et moins. La région connaît une grande croissance démographique comparativement au reste du Québec. Le Cri est encore utilisé comme langue maternelle (89% de la population parle Cri). Les habitudes de vie traditionnelles, telle la chasse, sont encore une source d'activités très importante. Néanmoins, la population est de plus en plus sédentaire suite à l'influence de la modernisation très rapide des dernières années. Plusieurs facteurs sociaux ont une influence certaine sur le portrait des maladies infectieuses dans la région. Par exemple, la densité de la population dans les habitations facilite la transmission des maladies respiratoires comme l'influenza et la tuberculose. Par contre, la tuberculose active est moins fréquente que dans le passé grâce aux programmes de contrôle et à l'amélioration de la qualité de vie durant les dernières années. Aujourd'hui, ce sont surtout les infections transmissibles sexuellement et par le sang qui sont les enjeux majeurs en maladies infectieuses pour la région des Terres Cries de la Baie James. Miyupimaatisiwin est le concept cri de la santé. Il réfère aux aspects physiques, émotionnels, sociaux et spirituels de l'individu en harmonie avec un environnement sain. Il est important de respecter ce concept et d'ajuster la planification des programmes de prévention à la culture Crie. Cette approche favorisera de meilleures chances de réussite dans le contrôle des maladies infectieuses.

Interventions en VIH/Sida chez les premières nations, Inuit et Métis de Montréal : évaluation des besoins

Susan Judith Ship, experte-conseil

Centre d'amitié autochtone de Montréal

Laura Norton

Sweetgrass Consulting

Nous présentons les résultats de notre étude en 2001 pour le Centre d'amitié autochtone de Montréal sur l'estimation des besoins des Premières nations, Inuit et Métis à haut risque de contracter le VIH et ceux qui vivent avec le VIH/sida chez les Premières nations, Inuit et Métis depuis 1990. Il faut situer ceci dans son contexte né d'un héritage de conditions défavorables, étant le résultat du contact européen dont l'impact se fait toujours ressentir sur la santé physique, mentale, émotive, sociale et spirituelle des individus, des familles et des communautés. Notre étude a démontré que les Premières nations, Inuit et Métis à haut risque de contracter le VIH et ceux qui vivent avec le VIH/sida dans le milieu urbain de Montréal sont sous-représentés et invisibles au sein des services de santé et des services sociaux ainsi que des services de prévention et soutien VIH/sida de la société dominante. Les Autochtones font face à de nombreux obstacles aux services y compris : les barrières culturelles, linguistiques et structurelles (les relations historiques d'inégalité enracinée), méfiance à l'égard des médecins et des infirmières, attentes et expériences différentes du monde médical, obstacles financiers et manque de connaissance sur les services existants. Pour mieux servir les besoins des Premières nations, Inuit et Métis et réduire le risque aux maladies infectieuses, un projet de prévention et outreach basé sur une approche culturellement adéquate a été implanté par le Centre d'amitié autochtone de Montréal.

E.5 COMMUNAUTÉS CRIS, INUIT ET AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN : CONTEXTES PARTICULIERS

10h30
12h

Animateur : **Jean-François Proulx** Salle : **INTERNATIONAL I**

Salle : INTERNATIONAL I

[illegible]

10h30
12h

E.6 SURVEILLANCE DE L'HÉPATITE C

Animateur : Klaus Jochem

Salle : INTERNATIONAL II

Portrait de l'hépatite C au Canada

Robert Remis, médecin

Université de Toronto

PRÉSENTATION
- PDF

En 1988, un groupe de travail a examiné la transmission de l'infection à l'hépatite C (VHC) par transfusion sanguine. En même temps, il a aussi estimé que le nombre total de personnes infectées par le VHC au Canada se situait à 240 000 personnes. Par contre, ce groupe n'a pas estimé le nombre de personnes infectées par autres modes de transmission, par exemple par injection de drogue, ni étudié l'impact de la maladie sur la santé des personnes infectées. En janvier 2003, nous avons reçu un mandat de Santé Canada, Division de l'hépatite C, d'évaluer ces aspects en date de 2002. Nous avons entrepris une série d'analyses par modélisation de l'incidence, de la prévalence et des séquelles de l'infection au VHC au Canada entre 1960 et 2022, stratifiées par le sexe, la catégorie de risque et le lieu de naissance. Les résultats de l'étude peuvent se résumer comme suit : en décembre 2002, environ 250 000 personnes étaient infectées par le VHC au Canada et, chaque année, 6 000 personnes contractent l'infection. La répartition des infections prévalentes par catégorie d'exposition étaient : usagers de drogues injectables (UDI) 50 000, ex-UDI 89 000, hémophiles 1 200, transfusés 33 000 et « autres » 74 000. Environ 65% des personnes infectées ont été diagnostiquées à ce jour. L'impact des séquelles de l'infection au VHC sur la santé des Canadiens semble considérable. En 2002, 9 400 personnes étaient atteintes d'une cirrhose et 3 200 d'une insuffisance hépatique. L'incidence annuelle des cirrhoses semble avoir atteint un sommet à la fin des années 1990 mais, selon nos résultats, l'incidence des issues les plus graves continuera à grimper au moins jusqu'en 2022. Finalement, l'impact de l'hépatite C sur la santé des Canadiens est dramatique et continuera de l'être : jusqu'en 2002, 1 200 000 QALY avaient été perdues en raison de cette infection et, en 2022, le total cumulatif des QALY perdues se chiffrera à presque 2 100 000.

Santé Canada et la santé publique locale : un partenariat gagnant

Darlene Poliquin, infirmière

DSP Ottawa - Programme de santé sexuelle et réductions des risques

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Démontrer ce que l'initiation d'EHSSS par Santé Canada a fait pour démarrer un programme d'hépatite C au niveau de la santé publique locale

Le résumé n'était pas disponible au moment de l'impression.

Enquêtes postales des cas déclarés de VHC à Montréal auprès des médecins prescripteurs

Klaus Jochem, médecin

DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Connaître comment la DSP de Montréal-Centre a implanté les recommandations du Protocole d'intervention en hépatite C à l'égard de la prise en charge des cas déclarés
2. Connaître le rendement d'un système de surveillance des facteurs de risque auprès des médecins prescripteurs

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est devenue une MADO en avril 2002 et depuis, la Direction de santé publique (DSP) a l'obligation de réaliser des enquêtes à des fins de protection et de vigie. L'équipe des ITSS (infections transmises sexuellement ou par le sang) a commencé des enquêtes VHC en septembre 2003. Les objectifs poursuivis par ces enquêtes rencontrent ceux identifiés dans le Protocole d'intervention hépatite C (MSSS, 2002). Environ la moitié des cas de VHC déclarés dans la province sont à Montréal. Conformément au Protocole d'intervention hépatite C, l'équipe ITSS a élaboré un questionnaire qui est posté au médecin prescripteur pour chaque cas déclaré depuis septembre 2003. Le questionnaire cherche à recueillir de l'information sur la raison principale qui a motivé le médecin à demander le test, à identifier les facteurs de risque du patient, à identifier les cas aigus, ceux dont la transmission nosocomiale est suspectée et ceux qui ont donné ou reçu du sang, tissus ou organes. À ce questionnaire, sont joints des aides-mémoire pour soutenir le médecin dans le suivi de son patient. La présentation va décrire l'implantation du système, les problèmes rencontrés, le rendement en terme de taux de réponse et de qualité des données, ainsi qu'un sommaire des données sur les facteurs de risque.

E.6 SURVEILLANCE DE L'HÉPATITE C

10h30
12h

Animateur : Klaus Jochem

Salle : INTERNATIONAL II

VENDREDI 7 MAI 10h30 - 12h

10h30
12h

E.7 URGENCES EN MI : SOMMES-NOUS PRÊT ? DE L'ÉTAT DES PRÉPARATIFS À L'EXERCICE DE SIMULATION

Animateur : Michèle Bier

Salle : AMPHITHEATRE I

Quand un hôpital se prépare : exercice de simulation en centre hospitalier

Monique Blondin, gestionnaire
clinico-administratif,
Programme Urgence Trauma Chirurgie
CHU Mère-Enfant HSJ

Lucie Beaudreau, conseillère en
prévention des infections
CHU Mère-Enfant HSJ

Objectifs :

1. Présenter la vulnérabilité d'un centre de soins aigus face à l'émergence d'une nouvelle maladie infectieuse respiratoire sévère
2. Présenter les procédures à mettre en place pour préparer un centre de soins aigus à recevoir un patient présentant une maladie infectieuse respiratoire sévère de façon sécuritaire
3. Présenter les étapes préparatoires et la réalisation d'une simulation
4. Présenter le bilan de la simulation réalisée

Suite à l'émergence du SRAS au printemps de 2003 et aux conséquences qui en ont découlé, les principaux intervenants de l'Hôpital Ste-Justine ont révisé les mesures prévues pour recevoir et traiter une clientèle touchée par une infection sévère en émergence. L'expérience vécue par les milieux de soins qui ont accueilli des patients touchés par le SRAS, de même que les recommandations américaines, canadiennes et québécoises en matière de prévention et contrôle d'infections respiratoires sévères ont servi de base à la mise à jour effectuée. Plusieurs ajustements dans les moyens mis en place ont été apportés pour que la sécurité de tous soit assurée en toutes circonstances. Parmi les principales modifications qui ont été nécessaires, notons la réorganisation des lieux physiques de l'urgence, la révision du plan de mobilisation des effectifs médicaux et para-médicaux, l'acquisition de matériel de soins supplémentaire, la mise en place d'un programme de protection respiratoire et la révision des protocoles de prise en charge des patients porteurs d'une maladie infectieuse sévère. Afin de valider les nouvelles procédures, un exercice de simulation a été organisé en collaboration avec les intervenants d'Urgences Santé, de la Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre et de la Régie Régionale. La simulation devait nous permettre de valider toutes les procédures de communication tant internes qu'externes, d'accueil, de prise en charge et de déplacement dans un contexte de maladie infectieuse sévère hautement transmissible. Bien que plusieurs mesures se sont avérées adéquates, il ressort de cet exercice que les efforts doivent se poursuivre pour améliorer les processus et optimiser la réponse des intervenants en pareilles circonstances. Le personnel a été sensibilisé à la nécessité de respecter les pratiques de base en matière de prévention et contrôle des infections dès l'arrivée d'un patient à l'urgence. D'autres simulations sont prévues sur une base régulière dans les secteurs susceptibles de recevoir cette clientèle.

Quand le réseau se prépare : faire alliance pour un plan de mobilisation

Lucie-Andrée Roy, médecin
DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Faire connaître les articles de la Loi de la santé publique concernant le Plan de mobilisation
2. Partager l'expérience de la région de Montréal quant à l'élaboration et la mise en oeuvre du Plan de mobilisation

En cas de menace réelle ou appréhendée à la santé de la population, c'est-à-dire, la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée, la Loi de santé publique est très claire quant à l'obligation du directeur de santé publique d'élaborer un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population. Ce plan entre en opération lorsque le directeur de santé publique est d'avis, dans le cours d'une enquête épidémiologique, qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population. Puisque la mobilisation des ressources des établissements de santé et services sociaux de Montréal est déjà prévu au Plan de coordination des mesures d'urgence de l'Agence de développement, et qu'il est avantageux de toujours utiliser les mêmes mécanismes de coordination pour toute mobilisation du réseau de la santé, la mobilisation de santé publique s'effectue par les mêmes voies que celle de l'Agence.

Syndrome Respiratoire Aigu Sévère : la dimension psychosociale

Barbara Switzer, coordinator
for psychosocial emergency
response and recovery
Ville de Toronto

PRÉSENTATION
- PDF

Nancy Humber, directrice
du développement professionnel
et organisationnel et consultante en
mesures d'urgences psychosociales
CLSC Lac-St-Louis

Les objectifs et le résumé n'étaient pas disponibles
au moment de l'impression.

E.7 URGENCES EN MI : SOMMES-NOUS PRÊT ? DE L'ÉTAT DES PRÉPARATIFS À L'EXERCICE DE SIMULATION

10h30
12h

Animateur : Michèle Bier

Salle : AMPHITHEATRE I

VENDREDI 7 MAI 10h30 - 12h

10h30
12h

E.8 INFECTIONS CHEZ LES IMMIGRANTS

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

La tuberculose : quand la suspecter et comment la confirmer ?

Richard Menzies, médecin
Hôpital thoracique de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Exposer des situations de délais importants de Reconnaître les signes et symptômes de la tuberculose
2. Prescrire et interpréter les différents tests

Le résumé n'était pas disponible au moment de l'impression.

La prise en charge de la tuberculose : problèmes des délais de diagnostic

Terry Nan Tannenbaum, médecin
DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Exposer des situations de délais importants de diagnostic de la tuberculose à Montréal
2. Démontrer les conséquences en lien avec ces délais pour les patients et pour la santé publique

Depuis quelques années, on a noté des situations dans lesquelles un retard important de diagnostic de la tuberculose a eu des conséquences importantes pour le patient et pour la santé publique. La maladie progresse et il y a une prolongation de la période et le niveau de contagiosité pour l'entourage. Il y a plusieurs facteurs liés à un retard de diagnostic. Cette présentation identifiera des informations sur le délai de diagnostic des cas de tuberculose à Montréal et discutera sur le rôle des médecins dans la communauté pour réduire ces délais.

Immigration et maladies infectieuses : quand et quels tests prescrire ?

Pierre Dongier

CLSC Côte-des-Neiges

M. Munoz, M.J. Ouimet, L. Narasiah

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Reconnaître les principales maladies infectieuses plus spécifiques aux personnes immigrantes
2. Prescrire et interpréter les tests appropriés

La Clinique Santé-Accueil est une clinique médicale pour les requérants au statut de réfugié dans la région de Montréal. Cette présentation est basée sur l'expérience de cette clinique auprès de cette clientèle-cible, mais les recommandations qui en découlent sont applicables à l'ensemble des immigrants récemment arrivés des pays tropicaux. Selon la littérature portant sur la santé des immigrants, corroborée par les études antérieures faites à la Clinique Santé-Accueil, on peut dire que l'état de santé des nouveaux arrivants est généralement bon. Cependant, l'incidence élevée de certaines maladies infectieuses endémiques dans leurs pays d'origine (hépatites virales, tuberculose, parasitoses intestinales, IST, y compris l'infection au VIH) se reflète chez les nouveaux immigrants par des taux de positivité des tests de dépistage pour ces maladies plus élevés que dans la population canadienne. Les tests exigés lors de l'examen médical d'immigration que doivent passer tous les immigrants (y compris les réfugiés) au Canada incluent une radiologie pulmonaire pour détecter la tuberculose-maladie et la sérologie pour la syphilis (RPR) et le VIH. En 2000, la Clinique Santé-Accueil décidait de ne plus faire les examens d'immigration sur une base régulière, mais plutôt de développer un projet pilote visant à proposer un bilan de santé plus complet à nos clients nouvellement arrivés. À partir d'octobre 2000, et jusqu'à mai 2002, ce bilan de santé a été proposé à nos nouveaux clients. Les résultats présentés aujourd'hui ne touchent que les maladies infectieuses, mais d'autres domaines importants étaient également explorés dans ce projet-pilote (santé reproductive, vaccinations, Pap test, santé dentaire, santé mentale). La discussion portera sur les résultats de ce projet pilote concernant le dépistage des maladies infectieuses, les critères pertinents pour moduler le dépistage en fonction du pays d'origine et des risques d'exposition des patients et les recommandations élargies pour l'ensemble des nouveaux arrivants.

E.8 INFECTIONS CHEZ LES IMMIGRANTS

10h30
12h

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

VENDREDI 7 MAI 10h30 - 12h

13h15
15h

F.1 L'INTERVENTION EN AMONT : ÉLÉMENTS CLÉ POUR FAVORISER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES GAIS

Animateur : Patrick Berthiaume

Salle : MANSFIELD 6

L'expérience d'un projet d'intervention pancanadien : l'impact du projet Sain et Sauf

Bill Ryan

Université McGill

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire un projet pancanadien d'intervention en soutien auprès de jeunes gais, lesbiennes et bisexuel-le-s
2. Présenter les résultats d'une étude sur l'impact de ce projet sur les comportements en santé des jeunes qui participent au projet et les leçons que nous pouvons en tirer

Le modèle d'intervention Sain et Sauf est d'abord un modèle visant la mise en place de stratégies de recrutement et la mise en œuvre de programmes, services ou activités de soutien à l'intention des jeunes GLB. Selon ce modèle, en tentant de rejoindre ces jeunes et en leur donnant accès à divers services de soutien, leur estime et leur bien-être s'améliorent ce qui les amène à réduire leurs pratiques sexuelles non sécuritaires et les rend moins vulnérables à l'infection par le VIH. Le modèle d'intervention « Sain et Sauf » comporte trois volets dépendants les uns des autres qui, lorsque respectés, conduisent à l'implantation de services adaptés à la spécificité des jeunes GLB. La considération des déterminants des pratiques à risques, le développement d'un partenariat multisectoriel, le renforcement de l'action communautaire. Nous traiterons aussi des propositions quant aux programmes, services et activités à mettre en œuvre.

L'importance de former et d'outiller les intervenants jeunesse en regard de l'homosexualité

Martine Fortier, chef de l'Équipe promotion de la santé / formation en maladies infectieuses

DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Sensibiliser les participants à la réalité des jeunes gais, lesbiennes et bisexuel(les) (GLB) en milieu scolaire
2. Explorer différentes pistes d'intervention pour les milieux jeunesse en présentant un coffret pédagogique sur l'orientation sexuelle

Malgré l'évolution des points de vue sur l'homosexualité, la prise en compte des réalités vécues par les jeunes se questionnant sur leur orientation sexuelle dans leurs milieux de vie représente encore un défi pour les intervenants. De nombreuses études font état de la violence psychologique et physique vécue par les jeunes gais, lesbiennes ou bisexuels (GLB) ou les jeunes en questionnement, mais aussi par tous ceux qui, quelle que soit leur orientation sexuelle, ne correspondent pas aux stéréotypes de masculinité ou de féminité imposés. Les pratiques de harcèlement entre jeunes sont souvent en lien avec le mépris des agresseurs envers les jeunes qu'ils soupçonnent d'être homosexuels. Les impacts de ces actes homophobes sont grands : isolement, décrochage scolaire, consommation de drogues et d'alcool, comportements sexuels à risque, suicide, etc. Reconnaissant la nécessité de prévenir chez les jeunes de multiples problèmes sociaux et de santé résultant notamment de l'homophobie, la Direction de santé publique de Montréal, en collaboration avec de nombreux partenaires des réseaux publics et communautaires, a élaboré un coffret d'intervention, dans le cadre de leur engagement continu à la promotion de la santé et du bien-être des jeunes. Au Québec, trop peu d'actions ont été entreprises favorisant un climat de respect pour les jeunes d'orientation sexuelle. De plus, les outils disponibles sont souvent méconnus et sous-utilisés. Lors de consultations, les intervenants jeunesse ont souligné le besoin d'être outillés afin de pouvoir agir comme agent de changement dans leur milieu. Ce coffret est le fruit d'une réflexion basée sur la consultation et l'étude de nombreux programmes d'éducation, textes scientifiques, sites Internet et autres ressources sur l'orientation sexuelle. Les pistes d'intervention ont été sélectionnées et développées en fonction de critères tels leur pertinence et leur adaptabilité au contexte québécois. Il permet aussi de faire connaître davantage les diverses ressources œuvrant auprès des jeunes en questionnement et des jeunes GLB. Le coffret encourage les intervenants à agir dans leur milieu respectif afin de permettre notamment aux jeunes en questionnement, aux jeunes GLB et aux jeunes identifiés comme tels de poursuivre leur développement psychosexuel et de grandir en santé et en sécurité.

Vers un modèle de services régionaux intégrés pour les jeunes gais et bisexuels

Pierre Berthelot, travailleur social

DSP de Québec

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Présenter de façon critique une démarche de planification et d'implantation de services intégrés pour jeunes gais et bisexuels dans la région de Québec

Cette présentation rendra compte du développement réalisé depuis 1995 dans la région de la ville de Québec en matière de services sociaux et de santé pour les jeunes hommes et femmes d'orientation sexuelle ou bisexuelle 14-25 ans. Ce développement a donné lieu à l'élaboration d'un modèle de services mettant à contribution des organisations du réseau public de la santé et des services sociaux ainsi que des organismes communautaires. Ce modèle étant en application depuis février 2004, ses impacts n'ont pas encore été évalués, et c'est pourquoi la présentation mettra surtout l'accent sur la description des services, leur organisation, et les principes d'action qui ont sous-tendu leur développement. Des questions pertinentes pour une éventuelle évaluation d'implantation seront introduites.

F.1 L'INTERVENTION EN AMONT : ÉLÉMENTS CLÉ POUR FAVORISER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES JEUNES GAIS

13h15
15h

Animateur : **Patrick Berthiaume** Salle : **MANSFIELD 6**

Salle : MANSFIELD 6

[illegible]

13h15
15h

F.2 POLITIQUES PUBLIQUES ET PROGRAMMES EN RÉDUCTION DES MÉFAITS RELIÉS À L'USAGE DES DROGUES INTRAVEINEUSES OÙ EN SOMMES-NOUS ? OÙ ALLONS-NOUS ?

Animateur : John Carsley

Salle : CARTIER I

Point de vue du directeur de la santé publique de Montréal

Richard Lessard, médecin,
directeur de santé publique
ADRLSSS de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Discuter des progrès accomplis et des défis pour l'avenir dans le contexte montréalais

Le Directeur de santé publique de Montréal présentera l'évolution des stratégies de réduction des méfaits mises en œuvre pour améliorer la santé des populations vulnérables. Comme dans toute métropole, le centre-ville de Montréal est confronté à des problématiques de toxicomanie, prostitution de rue et itinérance. Ces problèmes sociaux urbains constituent un ensemble de défis et d'enjeux pour une organisation de santé publique. Des mesures et programmes doivent être mis en place pour répondre au cumul de problèmes spécifiques des populations vulnérables et désaffiliées : infections au VIH et autres ITSS, problèmes de santé mentale, problèmes liés à la malnutrition, etc. La cohabitation souvent difficile avec les nouveaux résidents d'un centre-ville en processus de gentrification et la dimension d'illégalité qui entoure ces problèmes sociaux urbains rendent plus compliquée l'application d'une stratégie de réduction des méfaits. L'action de santé publique doit se fonder sur la reconnaissance et la défense des droits de la personne et donc s'inscrire dans une perspective de réduction des inégalités sociales. L'efficacité de nos actions pour améliorer la santé et le bien-être de tous les citoyens, et en particulier de ceux et celles qui ont les besoins les plus criants, ne peut donc faire l'économie des principes qui sont à la base d'une société démocratique moderne. En pratique, l'exercice de la mission de santé publique eu égard à ces problématiques passe par le développement d'un partenariat plus étroit avec la Ville, tant au niveau politique qu'administratif, ainsi qu'avec les organismes communautaires dont l'expertise de première ligne nous est indispensable pour la compréhension des problèmes et l'ajustement de nos interventions. À ce sujet, des expériences novatrices et instructives sont présentement en cours à Montréal.

Le point de vue de la Ville de Montréal

Louise O'Sullivan, membre du
comité exécutif et conseillère
municipale

*District de Peter-McGill,
Ville de Montréal*

Objectif :

1. Discuter des enjeux reliés à la santé des montréalais toxicomanes en situation de vulnérabilité

La Ville de Montréal, à travers ses rôles d'agent de coordination et de fournisseur de services, a pour mandat de veiller à l'amélioration de la qualité de vie de ses quartiers et de ses citoyens. C'est en regard de cette mission que la Ville joue un rôle actif dans la réduction des irritants. Pour répondre à ce mandat, il faut tenir compte des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, sur leur vie économique et sociale. Pour ce faire, la Ville privilégie une approche concertée avec les partenaires institutionnels, communautaires et privés afin de définir un diagnostic commun et un plan d'action qui intègre aussi bien les enjeux humains que les enjeux sur l'environnement urbain, et cela en fonction des réalités spécifiques propres à chacun des arrondissements. En tenant compte de cette réalité, plusieurs interventions ont été initiées en mettant de l'avant le principe de l'approche intégrée : - Plan d'action stratégique montréalais sur la prostitution de rue adulte - Comité de concertation pour la réduction des seringues à la traîne dans l'environnement de Montréal - Programme de revitalisation urbaine intégrée : 3 quartiers ont entrepris une démarche de revitalisation urbaine dans le but de contrer l'exclusion sociale et améliorer les conditions de vie dans des zones défavorisées - Programme montréalais en sécurité urbaine (Tandem Montréal) - Plan d'action sur les mesures offertes aux jeunes de la rue. Il ne faut pas oublier que nos concitoyens confrontés à des problèmes de toxicomanie interpellent nos services. C'est comme instance administrative la plus près du citoyen que la Ville se doit de collaborer avec les autres afin d'intervenir sur la réduction des irritants et tout autre phénomène occasionnant des impacts sur la qualité de vie de la population. Il faut agir sur tous les fronts à la fois. C'est-à-dire en prévention auprès des jeunes, en curatif et en soutien auprès des utilisateurs et leurs proches, et après pour recréer un réseau social. Essentiellement, on doit continuer de partager nos expériences pour qu'émergent de nouvelles façons de faire ensemble.

La situation dans les centres semi-urbains

Jocelyne Sauvé, directrice
DSP de Montérégie

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Discuter des progrès accomplis et des défis pour l'avenir dans le contexte des centres semi-urbains

Le résumé n'était pas disponible au moment de l'impression.

F.2 POLITIQUES PUBLIQUES ET PROGRAMMES EN RÉDUCTION DES MÉFAITS RELIÉS À L'USAGE DES DROGUES INTRAVEINEUSES OÙ EN SOMMES-NOUS ? OÙ ALLONS-NOUS ?

13h15
15h

Animateur : John Carsley

Salle : CARTIER I

VENDREDI 7 MAI 13h15 - 15h

13h15
15h

F.3 ÉTUDES LIÉES AUX ITSS CHEZ LES JEUNES

Animateur : Élise Roy

Salle : CARTIER II

Les infections génitales à chlamydia trachomatis et à neisseria gonorrhoeae chez les jeunes de la rue de Montréal

Nancy Haley, médecin

DSP de Montréal

Élise Roy¹, Pascal Leclerc¹, Gilles Lambert¹, Jean-François Boivin², Lyne Cédras¹, Jean Vincelette³

¹DSP de Montréal, ²Université McGill,

³CHUM (Hôpital St-Luc)

Objectif :

1. Décrire les différents comportements sexuels à risque chez les jeunes de la rue qui augmentent leur vulnérabilité aux infections comme la chlamydia et la gonorrhée

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) représentent un problème de santé important chez les adolescents et les jeunes adultes au Canada. Nous avons mené une étude visant à estimer la prévalence de la chlamydie et de la gonorrhée génitales, et à identifier des facteurs de risque associés, chez les jeunes de la rue de Montréal. Entre octobre 1999 et mars 2000, nous avons recruté 300 jeunes, âgés de 14 à 25 ans et répondant à des critères précis d'itinérance, dans les organismes communautaires offrant des services aux jeunes de la rue. Les participants (âge moyen : 20,9 ans, garçons : 73,8%) complétaient un questionnaire administré par un intervieweur et fournissaient un échantillon d'urine. Au cours de la dernière année, 30,1% de ces jeunes rapportaient >5 partenaires hétérosexuels et 13,0% rapportaient =1 partenaire du même sexe. Au cours des six mois précédents, 10,7% rapportaient avoir reçu de l'argent en échange d'activités sexuelles (filles : 20,5%, garçons : 7,2%). Une histoire d'ITS était rapportée par 28,8% et une histoire de grossesse par 47,0%. Plus du tiers des jeunes rapportaient une histoire d'abus sexuel (filles : 62,0%, garçons : 25,6%). L'usage de drogues illicites était très fréquent parmi les participants. Au cours des six mois précédents, 82,1% ont utilisé au moins une sorte de drogue illicite et 30,1% se sont injectés des drogues au moins une fois. La prévalence observée de chlamydie était de 6,6% (IC 95% : 4,1-10,0); elle ne variait pas selon le sexe, l'âge ou aucune autre variable sauf l'histoire de grossesse (jeunes avec une histoire de grossesse : 10,4%, autres jeunes : 3,6% ; p=0,02). Aucun cas de gonorrhée n'a été détecté. En conclusion, ces résultats démontrent la pertinence du dépistage systématique de la chlamydie chez les jeunes de la rue. Le taux d'infection observé et la forte prévalence des histoires de grossesse mettent en évidence l'importance d'offrir des services complets en santé sexuelle pour cette population vulnérable.

Étude des facteurs de risque et de la prévalence de la chlamydie et de la gonococcie parmi des personnes consultant dans des milieux cliniques à Montréal

Gilles Lambert, médecin

DSP de Montréal

Allard Robert¹ Haley Nancy¹ Roy Élyse¹

Vincelette Jean² Johns Teena Marie¹

Tremblay Claude¹

¹DSP de Montréal, ²CHUM hôpital St-Luc

Objectifs :

1. Tracer un portrait épidémiologique de l'infection génitale à C. trachomatis et à N. gonorrhoeae parmi les personnes consultant dans divers services cliniques de Montréal / en comparaison avec la situation observée chez les jeunes de la rue
2. Identifier des critères de dépistage de ces infections

Méthodologie : Recrutement dans 9 milieux cliniques de Montréal. Offre de test par le clinicien à toute personne sexuellement active âgée de > 14 ans dont la raison de consultation concernait ou non la santé sexuelle. Questionnaire anonyme auto administré. Test par amplification des acides nucléiques sur prélèvement urinaire. Résultats : Entre 11-2000 et 02-2001, 2 223 répondants (51,6% hommes) âgés de 14 à 68 ans (âge moyen F : 24,7 ans, H : 29,0 ans) provenant de : cliniques dépistage ITSS CLSC (41,7% des répondants), cliniques sans rendez-vous de CLSC et de cliniques médicales privées (19,4%), cliniques jeunesse CLSC (14,5%), clinique d'avortement (12,7%) et clinique de santé universitaire (11,8%). Chlamydie : prévalence de 3,8% (IC 95% : 3,1-4,7); F : 3,6% (2,7-4,9); H : 4,0% (3,0-5,3). Facteurs associés dans un modèle multivarié, en contrôlant pour l'âge : chez les femmes : « > 1 ITS au cours de sa vie » (RC : 2,1; IC 95% : 1,1-4,2) et « Avoir déjà eu ou demander actuellement une interruption volontaire de grossesse » (RC : 1,9; 1,0-3,8); chez les hommes : « Présence de symptômes compatibles avec une ITS » (RC : 8,8; 4,7-16,7), « Consommation cocaïne >1 fois, 6 derniers mois » (RC : 2,9; 1,2-4,3). Gonococcie : prévalence de 0,5% (0,3-0,9); femmes : 0,2% (0,05-0,7); hommes : 0,9% (0,5-1,6). Facteurs associés chez les hommes (tous symptomatiques) en contrôlant pour l'âge : « Relations sexuelles avec des hommes » (RC : 8,7; 1,0-74,3), « > 1 ITS au cours de sa vie » (RC : 8,2; 1,9-36,4), « Partenaire(s) sexuel(s) résidant à l'extérieur du Canada » (RC : 5,9; 1,4-24,6) et « Consommation cocaïne >1 fois, 6 derniers mois » (RC : 4,1; 1,4-24,6). Conclusion : 1) La prévalence de chlamydie demeure élevée chez les femmes et les hommes; 2) Les antécédents d'ITS et d'IVG, l'histoire sexuelle ainsi que la prise de drogue doivent être spécifiquement élicités pour orienter le dépistage.

Le virus du papillome humain chez les jeunes

Marc Steben, médecin

DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Savoir interpréter les données épidémiologiques
2. Connaître les aspects cliniques pertinents à l'interprétation des données épidémiologiques

Les données émergentes identifient l'infection par le virus du papillome humain (VPH) comme étant une infection très hâtive dans la vie sexuelle. Elle serait celle avec le plus haut taux d'attaque. La majorité des infections à VPH sont muettes cliniquement. La venue de tests de détection des acides nucléiques du VPH nous a permis de détecter ce VPH même latent. Des études épidémiologiques menées par l'IARC simultanément dans plusieurs pays, nous permettent de classer les différents génotypes de VPH selon leur risque oncogène : ceux à faible risque et ceux à risque élevé. Ces génotypes à haut risque semblent aussi induire des cancers à des sites hors région anogénitale. Le développement de test de détection des anticorps (protecteurs) spécifiques au génotype (fastidieux étant donné qu'on doit faire ces tests pour chaque virus), ont permis de compléter le portrait épidémiologique de l'infection par le VPH. On a aussi démontré la disparition du VPH chez la majorité des gens qui avaient été prouvés en être infectés. Les femmes qui portent le VPH plus de 2 ans sont les plus à risque de développer le cancer. L'état d'immunodéficience, de carences alimentaires, de tabagisme, le nombre de grossesse, l'utilisation prolongée des contraceptifs et des facteurs génétiques semblent potentialiser ce risque. L'infection simultanée à plusieurs types est fréquente en particulier chez toutes personnes, plus encore chez les porteurs du VIH. Le Pap test en milieu liquide semble être un meilleur outil chez les personnes à faible risque, les résultats ne sont pas concluant pour l'instant chez les personnes à haut risque. Le test de détection des VPH oncogènes est de plus en plus utilisé pour trier les personnes quant à leur risque de cancer.

F.3 ÉTUDES LIÉES AUX ITSS CHEZ LES JEUNES

13h15
15h

Animateur : Élise Roy

Salle : CARTIER II

VENDREDI 7 MAI 13h15 - 15h

13h15
15h

F.4 FEMMES ET VULNÉRABILITÉ À L'ÉGARD DU VIH

Animateur : Martine Morin

Salle : AMPHITHEATRE II

Vivre avec le VIH / sida et les multithérapies : réalités quotidiennes des femmes montréalaises d'origine africaine, haïtienne et caucasienne

Mylène Fernet, professeure
Département de sexologie, UQAM
Toupin, I.¹ Massie, L.¹ Otis, J.¹ Lévy, J. J.¹
Trottier, G.² Samson, J.³ Bastien, R.⁴
Lapointe, N.³ Pelletier, R.⁵ Harerimana, M.⁶
Rateau, M.⁷ Boucher, M.³ UQAM, ²U. Laval,
³Hôpital Ste-Justine, ⁴DSP de Montréal,
⁵COCQ-sida, ⁶CRISS, ⁷GAP-vies

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Sensibiliser les intervenants aux vulnérabilités multiples de femmes montréalaises d'origine africaine et haïtienne vivant avec le VIH/sida et sous multithérapies

L'avènement des thérapies antirétrovirales n'est pas sans affecter l'expérience des personnes infectées au VIH (PVIH). Bien qu'elles contribuent au prolongement de leur vie et de leur bien-être, les PVIH expérimentent néanmoins des difficultés particulières aux plans relationnel, communautaire et social. Ces difficultés liées à l'ostracisme, à la discrimination et à l'exclusion sociale seront explorées dans le cadre de cette communication. Cette dernière présente les données d'une étude qualitative, réalisée par le biais d'entrevues semi-dirigées auprès de 26 femmes francophones d'origine africaine, haïtienne et caucasienne. Ces femmes ont été recrutées dans la grande région de Montréal et sont âgées de 25 à 51 ans. L'analyse des données recueillies met d'abord en lumière le rejet et l'incompréhension vécus par les femmes de la part des différents acteurs sociaux (institutions publiques et religieuses, communauté, groupe de pairs), ce qui contribuerait à les confiner dans le secret et l'isolement social. Notre analyse souligne aussi l'importance de la dimension culturelle pour rendre compte de l'expérience relationnelle et sociale des participantes infectées par le VIH/sida. Les femmes africaines et haïtiennes semblent expérimenter une double oppression : d'une part, par leur statut ethnique et d'autre part, par la stigmatisation que vivent les individus infectés à l'intérieur de leur communauté d'origine. Quelques participantes, en attente de leur résidence permanente ou de leur citoyenneté canadienne, tenteront, tant bien que mal, de dissimuler l'infection au VIH/sida. Les traditions, la religion, les croyances et les tabous au sein des groupes ethniques inciteront les femmes à cacher leur statut infectieux afin de préserver l'anonymat. D'autres participantes iront jusqu'à s'abstenir de fréquenter les organismes publics - se privant ainsi de différentes ressources - de peur d'être identifiées par des membres de leur communauté. Dans le cadre de relations affectives et amoureuses, certaines femmes en particulier, celles d'origine africaine et haïtienne, garderont secret leur infection en anticipant la réaction du conjoint/partenaire et les conséquences qui y sont associées. Dans une perspective d'intervention, les efforts déployés devraient tenir compte des variations culturelles, de même que des enjeux relationnels et communautaires qui sous-tendent l'expérience des femmes infectées par le VIH et sous médication.

Sphère de Vénus : regard évaluatif sur les travailleuses du sexe à Laval

Kesnamelly Neff, coordonnatrice
régionale en prévention du VIH
Sida-Vie Laval
Joane Otis, Nguyet Minh Nguyen
Karine Guilbeault, Marie-Lyne Séguin
Marie-Josée Bouliane, Claude Laberge

Objectifs :

1. Décrire le degré d'implantation du projet d'intervention auprès des travailleuses du sexe
2. Décrire le portrait des travailleuses du sexe rejointes tant par des indicateurs socio-démographiques que par des indicateurs psychosociaux

Depuis 1999, le projet Vénus à Laval promeut l'adoption de comportements sécuritaires face aux ITS et au VIH/sida chez les travailleuses du sexe. Des interventions se déroulent dans les bars de danseuses, les agences d'escortes et les salons de massage érotique. Une démarche évaluative a été amorcée en mai 2002 conjointement avec la RSSS de Laval. La collecte de données se fait à partir de l'analyse de registres d'activités, d'entrevues individuelles et de questionnaires auto administrés. Les interventions sont de nature diverse et la collaboration avec les propriétaires et les gérants de ces milieux est propice à ces interventions. Un total de 201 travailleuses du sexe ont complété un questionnaire auto administré : 43,1% des femmes rapportent avoir eu des relations sexuelles en échange d'argent, de drogue ou de cadeaux au cours des 12 derniers mois. Ces femmes sont proportionnellement plus nombreuses parmi celles qui ont été incarcérées par le passé, parmi les consommatrices de drogues et d'amphétamines et parmi celles qui ne se perçoivent pas en bonne santé ou qui ont eu un score plus élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Aucune différence significative n'a été relevée quant au faible taux d'usage du condom rapporté avec le partenaire régulier. Parmi celles qui font de la prostitution, 8% ont admis avoir accepté le non usage du condom en échange d'argent supplémentaire avec leurs clients. Les données des entrevues individuelles et des focus groupes permettent d'appuyer et d'enrichir ces résultats. Une santé psychologique précaire et la consommation de drogues marquent la vulnérabilité accrue des travailleuses du sexe s'adonnant à la prostitution. Ces données suggèrent des pistes d'action et permettent d'ajuster les activités en développant les compétences des intervenantes et par conséquent, de faire une promotion plus efficace des comportements sécuritaires face aux ITS et au VIH/sida auprès des travailleuses du sexe.

Agir collectivement contre la violence faite aux femmes et contre la pauvreté : pour une prévention réelle des ITS et du VIH-Sida

Dominique Damant, professeur
CRI-VIFF, Université Laval

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Sensibiliser les intervenant-e-s du réseau de la santé et des services sociaux aux enjeux dont il faut tenir compte concernant la violence et le risque d'infection due au VIH chez les femmes vulnérables (UDI et travailleuses du sexe)

La prévention des ITS/SIDA est souvent liée à un message de prévention en regard des comportements liés à l'injection de drogues et aux relations sexuelles non protégées. Sans contredire ce présupposé, les résultats de la recherche présentée dans ce Midi de l'Équipe VICTOIRE nous amènent à soutenir que la prévention de la violence dans toutes les sphères de la vie peut jouer un rôle important dans la prévention des ITS/SIDA. Nous souhaitons discuter les principales conclusions de la recherche avec les participant-e-s. Parmi ces résultats, quatre nous apparaissent prédominants : 1) Nos données démontrent très clairement que la prévention du VIH n'est pas une question de reformulation du message, puisque les femmes rencontrées le connaissent toutes; 2) le discours des femmes nous amène à identifier deux métaprocessus où les violences subies pendant l'enfance et pendant l'âge adulte constituent un facteur de vulnérabilité important qui amènent les femmes à s'inscrire et à s'ancrer dans un espace social à risque; 3) nous soutenons qu'il faut identifier les moyens d'intervenir sur tous les contextes producteurs de risque, particulièrement ceux liés à la violence; et 4) l'intervention et la prévention doivent se moduler selon le moment de la dynamique « protection - non-protection », dynamique qui sera présentée lors de la conférence.

F.4

FEMMES ET VULNÉRABILITÉ À L'ÉGARD DU VIH

13h15

15h

Animateur : Martine Morin

Salle : AMPHITHEATRE II

VENDREDI 7 MAI 13h15 - 15h

13h15
15h

F.5 LES VOYAGEURS : UNE POPULATION DIFFICILE À REJOINDRE. SOURCES DE MALADIES, OCCASION DE PRÉVENTION

Animateur : Guy Lonergan

Salle : INTERNATIONAL I

Maladies infectieuses chez les voyageurs internationaux - quelques données québécoises de surveillance

Sylvie Provost, médecin

DSP des Laurentides, INSPQ

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Mieux connaître l'épidémiologie de certaines maladies infectieuses, en particulier l'hépatite A, la typhoïde et le paludisme, reliées aux voyages internationaux chez les Québécois
2. Discuter de la surveillance, au Québec, des maladies infectieuses reliées aux voyages internationaux

Afin d'orienter les interventions en santé-voyage au Québec, une analyse des données épidémiologiques disponibles dans le système MADO pour les cas d'hépatite A, typhoïde et paludisme déclarés de 2000 à 2002 a été réalisée. Des données complémentaires ont été obtenues dans la banque de données sur les facteurs de risque des hépatites, ainsi qu'auprès des DSP. D'après les données disponibles, 35 à 50% des cas d'hépatite A déclarés au Québec sont reliés à un voyage à l'étranger (20% de ces cas ont été contractés au Mexique et 22% dans les Caraïbes). Le risque d'hépatite A semble plus élevé chez les voyageurs âgés de moins de 35 ans, et, compte tenu du nombre de voyageurs québécois dans les différentes régions du monde, il est proportionnellement plus élevé en Afrique. En regard de la typhoïde, les données recueillies indiquent que le risque chez les voyageurs québécois est moins élevé que le risque d'hépatite A. Il est proportionnellement plus important dans le sous-continent indien, chez les voyageurs dont le but du voyage est de visiter la famille ou les amis (VFR) et chez les voyageurs séjournant 4 semaines ou plus à l'étranger. Le risque de paludisme chez les voyageurs québécois est, quant à lui, plus important en Afrique (où les cas contractés sont majoritairement causés par *P.falciparum*). Plus de la moitié des cas de paludisme concernent des voyageurs séjournant à l'étranger pour le travail ou la coopération, et près de 75% ont contracté la maladie au cours d'un séjour d'un mois ou plus. Près de la moitié des cas n'avaient pris aucune chimioprophylaxie (particulièrement ceux se rendant en Afrique, les VFR et ceux dont le séjour était plus court). Les données disponibles comportent des limites pour la surveillance des maladies infectieuses chez les voyageurs québécois : imprécision du nombre de cas (sous-diagnostic, la sous-déclaration), imprécision des dénominateurs (nombre de voyageurs), manque de données sur les facteurs de risque. L'ajout de la variable « Épisode acquis hors Québec » dans le système MADO pourra contribuer à améliorer la qualité des données.

Portrait des cliniques santé-voyage au Québec

Sylvie Provost, médecin

DSP des Laurentides, INSPQ

PRÉSENTATION
- PDF

Objectif :

1. Mieux connaître les services offerts en prévention aux voyageurs québécois dans les cliniques santé-voyage, la fréquentation des cliniques par les voyageurs, les sources d'information des intervenants des cliniques santé-voyage et leurs besoins en matière de formation

Afin de permettre au comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs (CCQSV) de mieux adapter ses activités de formation/information et expertise-conseil aux besoins des cliniciens, une enquête a été menée à l'automne 2003 auprès des cliniques santé-voyage du Québec, à l'aide d'un questionnaire postal auto-administré. 91 des 97 cliniques répertoriées (94%) ont retourné le questionnaire complété. Les données colligées indiquent que : 82% des cliniques santé-voyage sont localisées dans des CLSC-Centres de santé; 80% sont situées à l'extérieur de Montréal-Laval-Montérégie et de Québec et effectuent 29% des consultations santé-voyage; près de 60% des cliniques ont un débit de moins de 500 consultations santé-voyage par année. Les données disponibles permettent d'estimer à environ 15% la proportion des voyageurs québécois se rendant dans des destinations à risque qui consultent dans une clinique santé-voyage. Les services préventifs, incluant l'accès à la plupart des vaccins, sont offerts dans toutes les régions du Québec (sauf RSS 17-18); toutefois, faute de médecin dédié à la clinique, 47% d'entre elles doivent s'en remettre au médecin traitant du voyageur ou à un médecin oeuvrant dans un autre service du CLSC pour effectuer les prescriptions nécessaires (ex.: chimioprophylaxie antipaludéenne). Les services sont généralement disponibles sur rendez-vous et des frais de visite sont chargés au voyageur dans la plupart des cliniques, en plus des coûts des vaccins. Les principales sources d'information des intervenants des cliniques sont le Guide d'intervention santé-voyage du MSSS et le PIQ (100%), suivies des Actualités santé-voyage diffusées par le CCQSV (64%). En matière de formation, dans près de 60% des cliniques (100% des cliniques privées-CH, 49% des CLSC-Centres de santé), au moins un intervenant assiste annuellement au colloque santé-voyage (Montréal). Près de la moitié des cliniques, particulièrement en région, seraient intéressées par la tenue d'ateliers de 3 heures offerts au moins une fois par année. Les principaux thèmes suggérés par les intervenants pour les activités de formation sont les immunisations, le paludisme, les nouveautés en santé-voyage, les risques reliés aux conditions de voyage et destinations.

Poliomyélite : l'éradication tarde à venir

Guy Lonergan, médecin

INSPQ, DSP de Montréal, CLSC Pierrefonds

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Discuter de l'éradication qui tarde à venir : on ne peut y arriver sans une plus forte couverture vaccinale, les projections de l'OMS sont motivatrices mais trop optimistes
2. Poursuivre la vaccination des voyageurs, même si ce n'est pas exactement une action de santé publique

Depuis quelques années, des progrès remarquables ont été accomplis en vue d'éliminer la poliomyélite de la planète. Avec la vaccination orale (le Sabin), on a presque éliminé la poliomyélite de tous les pays d'Amérique, de la Chine, de l'Asie du Sud-Est et de plusieurs pays d'Afrique. Six pays restent encore hautement endémiques : le Nigéria, l'Inde, le Pakistan, le Niger, l'Afghanistan et l'Égypte. L'OMS affiche un optimisme motivateur mais les difficultés logistiques causées par les guerres, l'anarchie et la désorganisation seront difficiles à surmonter. Même dans les pays où la maladie est éliminée, on voit des éclosions de poliomyélite vaccinale. L'indice d'une bonne surveillance, soit la présence de cas de paralysie flasque enquêtés, ne détecte pas l'inhomogénéité de la couverture vaccinale. Il est loin d'être certain que le remplacement du vaccin Sabin par le Salk réglerait le problème parce qu'avec ce vaccin injecté, on obtiendrait une moins bonne couverture vaccinale et les coûts d'administration seraient plus élevés. Dans les régions les plus pauvres de ces pays, la couverture vaccinale demeure insuffisante, le virus vaccinal circule toujours et des éclosions de poliomyélite (vaccinale) sont imprévisibles. Pour les voyageurs qui séjourneront dans n'importe quel pays en développement, où l'élimination de la polio est récente, il faut s'assurer d'une immunisation de base, parce qu'il est probable que le virus vaccinal circule. L'utilité d'un rappel (une seule fois au moins 10 ans après la primo) reste à démontrer mais constitue une approche prudente et simple, plus importante cependant pour les séjours dans les six pays endémiques. Il faut aussi accélérer, si possible, l'immunisation des nourrissons qui séjourneront dans ces six pays.

F.5 LES VOYAGEURS : UNE POPULATION DIFFICILE À REJOINDRE. SOURCES DE MALADIES, OCCASION DE PRÉVENTION

**13h15
15h**

Animateur : **Guy Lonergan**

Salle : **INTERNATIONAL I**

Vaccination contre la fièvre jaune : effets secondaires nouvellement observés et risque / bénéfice de la vaccination

Guy Lonergan, médecin

INSPQ, DSP de Montréal, CLSC Pierrefonds

**PRÉSENTATION
- PDF**

Objectifs :

1. Présenter les nouveaux effets secondaires qui entraînent parfois le décès, en particulier chez les personnes de plus de 55 ans : les limites des données d'innocuité et le danger des vaccins à virus vivant. Leçons pour les vaccins contre le rotavirus
2. Faire connaître la nécessité d'évaluer les indications de façon stricte et d'évaluer le risque/bénéfice
3. Discuter du séjour urbain en région endémique

Depuis 1996, on a rapporté un nouvel effet secondaire de la vaccination contre la fièvre jaune, sous forme d'une atteinte multisystémique se manifestant par de la fièvre, de l'hypotension, une thrombocytopénie ainsi qu'une atteinte hépatique, rénale et pulmonaire, soit un tableau semblable à celui de la fièvre jaune. Des décès sont survenus chez les personnes de 55 ans et plus. Le risque est de 3 par million chez les 51 à 60 ans, 15 par million chez les plus de 60 ans, avec une mortalité de 50%. Il est donc important d'évaluer chaque voyageur et de s'abstenir de vacciner les personnes qui ne séjourneront pas en région endémique. L'évaluation des voyageurs dont le séjour se limite aux villes est plus difficile. On recommande maintenant de vacciner les voyageurs dont le séjour se limite aux villes d'Afrique, parce qu'il n'a jamais été établi que la fièvre jaune y avait été éliminée. Quant aux villes d'Amérique du Sud situées en régions endémiques, la recommandation actuelle est à l'effet de ne pas vacciner dans le cas d'un court séjour, mais la situation est préoccupante, au moins pour certaines villes, et une extension de la recommandation est à l'étude.

Le vaccin contre la diarrhée des voyageurs et l'épidémiologie de la maladie

Annie-Claude Labbé,
médecin

Laboratoire de microbiologie
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**PRÉSENTATION
- PDF**

Objectifs :

1. Présenter l'épidémiologie de la diarrhée du voyageur
2. Discuter si le nouveau vaccin a des indications

La diarrhée des voyageurs est une des pathologies les plus fréquentes survenant lors d'un séjour à l'étranger. Environ 20-50 % des voyageurs se rendant dans une région tropicale présenteront au moins un épisode de diarrhée. Cette fréquence varie en fonction de plusieurs facteurs, entre autres, la destination, la durée du séjour et l'âge. Ce syndrome se caractérise par le passage d'au moins 3 selles non formées dans une période de 24 heures. En général, l'épisode dure de 3 à 5 jours et se résout spontanément mais l'impact sur la qualité de vie durant le voyage est non négligeable. Environ 40 % des cas demeurent sans cause précise, et ce même lors d'analyses exhaustives des spécimens de selles. La plupart des épisodes pour lesquels un pathogène est identifié sont d'origine bactérienne. *Escherichia coli* entérotoxigène (ETEC) est le pathogène le plus fréquemment isolé, étant retrouvé dans 20 - 40 % des cas de diarrhée (soit dans 33 - 67 % des cas où un pathogène est identifié). Les infections bactériennes peuvent également être causées par d'autres pathogènes entériques, dont plusieurs espèces de *Shigella*, *Salmonella* ou *Campylobacter*. Un vaccin à l'intention des voyageurs, contre la diarrhée causée par ETEC et contre *Vibrio cholerae*, est sur le marché au Canada depuis mai 2003. Le Dukoral^{MC} se présente sous forme de suspension orale. Il est constitué de *V. cholerae* inactivé et d'une sous-unité B recombinante de la toxine cholérique non toxique. La protection contre le choléra est spécifique tant pour le biotype que pour le sérotype (*V. cholerae* O1). Environ 55 % des souches d'ETEC produisent une entérotoxine (heat-labile toxin, LT) qui est semblable à celle produite par *V. cholerae*, ce qui explique la protection croisée conférée par le vaccin. Les résultats de deux études sur le vaccin auprès de voyageurs, ainsi que les recommandations du comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs (CCQSV), seront discutés lors de la présentation.

13h15
15h

F.6 SURVEILLANCE DES POPULATIONS EN SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ : CONFIDENTIALITÉ, ÉTHIQUE ET STIGMATISATION

Animateur : Marcelle Monette

Salle : INTERNATIONAL II

Aspects de stigmatisation

Viviane Leane, attachée de
recherche

Alix Adrien, médecin
DSP de Montréal

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Décrire un projet de recherche sur l'exploration du phénomène en regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population
2. Reconnaître les aspects de stigmatisation possible dans le domaine de surveillance

La stigmatisation et la discrimination, en plus d'avoir des conséquences psychologiques importantes sur les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), minent les efforts de prévention du fait de la crainte des individus de connaître s'ils sont infectés par peur de la réaction des autres. La littérature confirme l'effet négatif de la stigmatisation et de l'absence d'un milieu de soutien sur les stratégies de prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement (ITS). Le sondage réalisé au printemps 2002 (N=1300) avait pour objectif de mesurer les changements survenus depuis 1996 (année du premier sondage, N=3501) dans la population générale du Québec en regard des attitudes envers les PVVIH et l'homosexualité masculine. Les échelles validées en 1996 ont permis de mesurer les changements. De nouveaux énoncés ont été ajoutés pour prendre en considération l'émergence de nouvelles attitudes en regard de l'évolution de l'épidémie ou de nouvelles mesures pour contrôler l'épidémie. On observe, peu ou pas de changement depuis 1996 dans les attitudes envers les PVVIH et l'homosexualité masculine. Les personnes nées hors Canada continuent à avoir des attitudes moins positives envers les PVVIH et l'homosexualité masculine. En 2002, les hommes continuent à avoir des attitudes plus homophobes que les femmes et l'association entre homophobie et des attitudes plus négatives envers les PVVIH reste forte. La réponse de la population aux deux nouveaux items ayant trait au « droit » pour l'individu de connaître le statut séropositif de son partenaire actuel ou ancien sans l'autorisation de celui-ci, montre qu'une majorité est favorable à ce « droit ». Finalement, on observe un désaccord très fort exprimé par la population concernant le droit de femmes séropositives à enfanter. Les résultats soulignent la nécessité de poursuivre les efforts pour diminuer la stigmatisation envers les PVVIH et l'homophobie afin d'offrir un environnement social favorable à la prévention du VIH et ITS.

Aspects de confidentialité : nouvelle approche de traitement de la confidentialité pour des tableaux statistiques tirés du registre des événements démographiques du Québec

Paul Berthiaume, statisticien

Institut statistique Québec

Thibault N (ISQ), Joe S (ISQ),
Des Groseilliers L (ISQ), Gagnon É (ISQ),
Baulne J (ISQ), Ross L (MSSS) et
Prévost S (MSSS)

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Comprendre les méthodes utilisées par l'institut de la Statistique du Québec pour assurer la confidentialité des données lors de la conservation, l'analyse et la publication des données socio-sanitaires
2. Reconnaître les problèmes potentiels de confidentialité lors de l'analyse et la publication des données socio-sanitaires

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) est, de par la Loi, responsable de recueillir et de compiler les données concernant les événements démographiques tels les naissances, les mariages, les décès, etc. Depuis, la fin des années 90, l'ISQ et le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) sont copropriétaires du registre des événements démographiques. L'ISQ, en collaboration avec le MSSS, a développé une méthodologie originale en matière de traitement de la confidentialité dans les tableaux statistiques tirés du registre des événements démographiques. Bien que le registre serve de toile de fond à cette nouvelle approche, cette méthode peut s'appliquer également dans la production de tableaux statistiques issus d'autres bases de données statistiques. La méthodologie développée est simple d'application et respecte les autres méthodes de traitement de la confidentialité dans les tableaux statistiques. Cette présentation portera donc sur le registre des événements démographiques, le contexte du développement de cette nouvelle approche ainsi que sur la méthodologie retenue.

Le comité d'éthique de santé publique, les dimensions éthiques de la surveillance de l'état de santé de la population

France Filiatrault, secrétaire du
Comité d'éthique de santé publique
MSSS

Bouthillier L., Weinstock, D.

Objectifs :

1. Les participants connaîtront la composition, le mandat et le fonctionnement du Comité d'éthique de santé publique, notamment son mandat au regard des plans de surveillance et des projets d'enquêtes sociosanitaires
2. Les participants pourront identifier certaines dimensions éthiques de la surveillance de l'état de santé de la population et certains enjeux concernant des sous-groupes de la population

La Loi sur la santé publique (LSP), adoptée en décembre 2001, a créé un Comité d'éthique de santé publique (CESP) qui vise à soutenir le ministre et les directeurs de santé publique par des avis leur permettant d'éclairer les décisions à prendre, sur la base de l'examen éthique du Comité. Par le biais de ses avis, le Comité d'éthique vise à contribuer à la prise en considération des aspects éthiques lors des différentes phases d'orientation, d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des activités de santé publique, principalement celles qui sont liées à la surveillance de l'état de santé de la population. Cette mesure vise notamment à assurer une transparence dans l'utilisation des données et à maintenir un lien de confiance et une crédibilité auprès de la population. La présentation portera, dans un premier temps, sur la composition du Comité, son mandat et la façon de faire qu'il s'est donné pour assumer ce mandat ainsi que son mode de fonctionnement. Dans un second temps, les principales dimensions éthiques de la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants seront identifiées à partir des réflexions du Comité et de la formation offerte par l'INSPQ avec la collaboration des auteurs, « Éthique de la surveillance ». Des enjeux seront soulevés notamment au regard des risques de stigmatisation.

13h15
15h

Salle : INTERNATIONAL II

[illegible]

13h15
15h

F.7 PARTAGE D'EXPÉRIENCES RÉCENTES

Animateur : Nathalie Paquette

Salle : AMPHITHEATRE I

Consommation d'opiacés marginalité et vulnérabilité au VIH et au VHC - cohorte opican

Lina Noël^{1,2}

B Fisher³⁴ J Rehm³⁴ S Brissette⁵
J Bruneau⁵ N El-Guebaly⁷ MW Tyndall⁸
CT Wild⁹ R Bradet¹

¹DSPCN, ²INSPQ, ³U. of Toronto, ⁴CAMH,
⁵CHUM, ⁶U. de Montréal, ⁷Foothills Hospital,
Calgary, ⁸BC Centre for Excellence in
HIV/AIDS, ⁹U. of Alberta.

Objectifs :

1. Accroître les connaissances sur la situation des consommateurs d'opiacés marginalisés et vulnérables aux risques de transmission du VIH et du VHC
2. Orienter les interventions en préventions destinées aux consommateurs d'opiacés et plus spécifiquement ceux qui s'injectent des drogues

Objectif : Déterminer des indicateurs sociaux, de santé et comportementaux chez les consommateurs d'opiacés illicites non en traitement au Canada et suivre leur évolution. Méthodologie : La cohorte OPICAN est composée de consommateurs d'opiacés recrutés dans cinq villes canadiennes : Québec, Montréal, Toronto, Edmonton et Vancouver. Entre mars et novembre 2002, 730 sujets ont participé à une entrevue assistée (questionnaire de base, instrument standard de dépression et test de salive pour les maladies infectieuses). Les analyses statistiques portent sur 679 consommateurs réguliers qui n'étaient pas en traitement au cours des 6 mois précédant l'entrevue. Résultats : Les sujets sont de sexe masculin (66,7%), ont en moyenne 34,7 ans, ont un lieu de résidence permanent (45,6%), peu ont une source de revenu légale (20,2%) et 49,9 % ont déjà été arrêtés par la police. Les consommateurs d'opiacés (héroïne, dilaudid, tylenol codéine, morphine et méthadone) utilisent d'autres drogues en combinaison (70,4%), s'injectent (93,7%), fréquentent les programmes d'échange de seringues (PES) (75,0%) et ont peu fréquenté les services de traitement à la méthadone entre le 6ième et le 12ième mois précédant l'entrevue (12,2%). Par ailleurs, ils sont positifs au VIH (15,7%; IC95%:12,7-18,7) et au VHC (52,6%; IC95%:48,3-56,9). Conclusion : Les consommateurs d'opiacés illicites non en traitement représentent une population marginalisée, vulnérable et souvent polytoxicomane. La prévalence des infections au VIH et au VHC et de comportements à risque au sein de ce groupe mettent sur la piste d'interventions ciblées destinées à ce sous-groupe au sein de nos PES.

Statistiques sur les services des programmes d'échange de seringues au Québec

Lina Noël

R. Cloutier, M. Munger et de très nombreux collaborateurs régionaux dans les DRSP et sites de distribution de seringues. ¹INSPQ, ²Service de lutte aux ITSS, ³DSPCN.

Objectif :

1. Diffuser les données recueillies dans le cadre du programme de surveillance national des services offerts aux UDI

Objectif : Suivre l'évolution des services offerts aux utilisateurs de drogues par injection (UDI) au Québec. Méthodes : En 1989, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec met à la disposition des UDI du matériel d'injection stérile pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites. Depuis 1996, des données de surveillance telle la quantité de seringues distribuées et récupérées, le nombre de visites dans les sites incluant le motif et le moment de la journée ainsi que des données sociodémographiques sont colligées par les responsables des programmes d'échange de seringues (PES) régionaux et transmises pour une analyse provinciale. Résultats : Entre 1996 et 2003, le nombre de centre d'accès aux seringues (CAS) au Québec est passé de 282 à 700. Le nombre de seringues distribuées dans les CAS (environ 25% fournissent des statistiques annuellement) était de 597 300 en 1996-1997 alors qu'il est de 1 107 000 en 2002-2003. Le taux de récupération du matériel souillé est supérieur à 75% pour l'ensemble des sites. Le nombre annuel de visites dans les CAS qui fournissent des statistiques (ce sont les plus fréquentés) a peu varié dans le temps, se situant autour de 8600 pour 2001-2002 et 2002-2003. Conclusion : Le Québec dispose d'un vaste réseau de CAS dans la majorité de ses régions. Les données de surveillance constituent la base minimale pour assurer un suivi de la situation des services offerts aux UDI dans les PES. Toutefois, un spectre plus large d'indicateurs tant en maladies infectieuses qu'en toxicomanie pourrait offrir un meilleur suivi de la situation des UDI.

Amélioration des conditions de santé et de vie des jeunes adultes désaffiliés de Montréal :

le cas du Ketch Café

Michelle Duchesne

Diners-Rencontres St-Louis-de-Gonzague
Sylvie Gaudreault,
CLSC du Plateau Mont-Royal
Éric Vaillancourt, Gérald Larose
LAREPPS

Établi à Montréal depuis 2001, le Ketch Café accueille en soirée et en fin de semaine les jeunes adultes désaffiliés de 18 à 30 ans, une frange de la population particulièrement vulnérable à l'égard des maladies infectieuses (itinérance, prostitution, UDI, hépatite, VIH, santé mentale, etc.). Cette expérience est le fruit d'une dynamique partenariale qui permet d'offrir sur place une panoplie de services. Notamment, grâce au travail conjoint des intervenants-es de Diners-Rencontres, un OBNL, et des professionnels-les du CLSC du Plateau Mont-Royal (infirmière, médecins, psychologue et travailleur social), les usagers-ères ont accès à un soutien psychosocial et à des soins de santé. Il revient à l'institution de se déplacer vers les milieux de vie d'une portion de la population montréalaise difficile à rejoindre et fortement à risque. Nous avons évalué la phase d'implantation du Ketch Café. L'analyse des données quantitatives et qualitatives recueillies au cours de la période d'observation nous permet, d'une part, de dresser un portrait des jeunes adultes désaffiliés qui ont eu recours aux services offerts. D'autre part, nous pouvons également aborder la question de la mise en place d'une pratique d'intervention partenariale entre le secteur associatif et le secteur public, sans laquelle il aurait été impossible de rejoindre des centaines de jeunes. En bout de ligne, nous verrons que ce fut un processus complexe et qu'il a entre autres fallu composer avec l'effet d'un cantonnement « culturel » et/ou « institutionnel », résultat de l'interpénétration des valeurs et pratiques des différents partenaires.

F.7 PARTAGE D'EXPÉRIENCES RÉCENTES

13h15
15h

Animateur : Nathalie Paquette

Salle : AMPHITHEATRE I

Services préventifs aux toxicomanes et HARSAH en Montérégie

France Janelle

Paule Clément; Maryse Guay

DSP de Montréal

Objetif de l'étude : Décrire les personnes rejointes et les services offerts en 1999-2001 dans le cadre de projets réalisés en Montérégie pour améliorer l'accessibilité aux services préventifs pour les toxicomanes et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Ces projets ont été mis en œuvre par les CLSC et organismes communautaires ou de réadaptation dans le but de prévenir les ITSS. Ils visent à offrir, dans des campings gais ou des lieux d'hébergement de toxicomanes entre autres, des services de counselling, éducation, dépistage, immunisation contre les hépatites A et B, remise de matériel préventif (condoms, seringues, etc.), écoute, soutien ou référence. Méthode : Étude descriptive transversale à partir de questionnaires remplis par les intervenants lors des rencontres avec les clients. Résultats : Entre 1999-2001, 1 382 personnes ont été rejointes (80 % toxicomanes; 20 % HARSAH). Les toxicomanes sont surtout des hommes (80 %), âgés entre 18 et 39 ans (60 %), les HARSAH sont plus âgés (61 % = 40 ans). Après les interventions, 35 % des HARSAH sont considérés protégés contre l'hépatite A et 29 % contre l'hépatite B. Pour les toxicomanes, 19 % sont considérés protégés contre l'hépatite A et 32 % contre l'hépatite B. Conclusion: Des personnes à risque autant toxicomanes que des HARSAH sont bien présentes et ce, partout en Montérégie. Il est possible de les rejoindre dans leur milieu par des mesures préventives et d'augmenter leur protection. Ces interventions ont permis d'améliorer les services offerts à ces populations souvent mal couvertes.

This image shows a full page of white paper with horizontal orange lines, resembling notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

13h15
15h

F.8 ACCÈS À LA PRÉVENTION POUR LES POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

La vaccination des populations vulnérables : nouveautés et opportunités

Louise Valiquette,
médecin

DSP de Montréal, INSPQ

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Optimiser la couverture vaccinale chez les populations vulnérables
2. Reconnaître les situations particulières de ces clientèles en rapport aux différents vaccins

En raison de leur état de santé, de leur âge, de leur environnement socioculturel, de leurs habitudes de vie ou de leur incapacité à entrer en contact avec les services de santé, certaines personnes sont plus à risque d'être exposées à des agents infectieux ou, une fois infectées, de développer des complications. Le médecin ou l'infirmière peut réduire la morbidité ou la mortalité reliées à plusieurs agents viraux ou bactériens chez ces personnes à risque en utilisant de façon judicieuse les vaccins disponibles. Nous discuterons : - des vaccins et de leurs indications chez les personnes vulnérables; - des risques reliés aux maladies évitables par la vaccination (morbidité directe et indirecte, mortalité, risques d'exposition) chez certaines populations vulnérables; - des bénéfices attendus des vaccins (efficacité, durée de protection) et des effets secondaires possibles selon le respect ou non des calendriers et des posologies recommandés ; - des stratégies à adopter pour assurer une protection optimale (réduction des occasions manquées de vaccination, ajustement du calendrier et du dosage, administration d'une dose de rappel, utilisation appropriée du dépistage pré et post vaccination, etc).

**L'accessibilité des soins et de la
prévention pour les populations
vulnérables - Leçons de l'Afrique**
Éric-Viet Laperrière-Nguyen,
médecin

PRÉSENTATION
- PDF

Objectifs :

1. Identifier et comprendre les obstacles à l'accessibilité des soins et de la prévention pour des populations en situation de crise humanitaire
2. Discuter de stratégies pour augmenter l'accessibilité des soins aux populations vulnérables (dans un contexte instable) ou (en situation de crise)

Les populations vulnérables existent partout dans le monde mais portent des caractéristiques différentes selon le milieu où elles vivent. En Afrique, des conditions de vie précaires et l'instabilité politique et sociale ajoutent souvent au défi de l'accès aux soins pour ces populations. D'autres facteurs tels le désengagement des gouvernements et l'isolation géographique contribuent à isoler les plus démunis de ce continent. En utilisant des exemples d'intervention médicale dans différents contextes de crises humanitaires, nous tenterons d'identifier et de comprendre les obstacles à l'accessibilité des soins de santé pour les populations. Nous réaliserons aussi quelles sont les limites des activités préventives en contexte instable. Finalement, nous discuterons de stratégies pour augmenter l'accessibilité des soins à ces populations vulnérables tout en analysant leurs avantages, leurs limites et leur faisabilité.

F.8 ACCÈS À LA PRÉVENTION POUR LES POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

13h15
15h

Animateur : Jean-Pierre Villeneuve

Salle : MANSFIELD 5

VENDREDI 7 MAI 13h15 - 15h

10^e Colloque provincial en maladies infectieuses • Les 6 et 7 mai 2004

15h30
16h30

PLÉNIÈRE DE FERMETURE

Animateur : John Carsley

Salle : AMPHITHEATRE I et II

Points de vue et orientations des grandes instances de santé publique pour « Voir, penser et agir autrement » auprès des populations vulnérables aux maladies infectieuses

Alain Poirier, directeur général de la santé publique

Ministère de la santé et des services sociaux

- Connaître le point de vue du sous-ministre à la santé publique sur la place des populations en situation de vulnérabilité dans la programmation actuelle et future en surveillance, prévention et protection du MSSS et d'autres ministères interpellés par ces populations.
- Connaître la proportion des budgets pour les problématiques des populations vulnérables par rapport aux autres problématiques du MSSS

Richard Massé, président directeur général

PRÉSENTATION
- PDF

Institut national de santé publique (INSPQ)

- Connaître le point de vue du président directeur général de l'INSPQ sur la place des populations en situation de vulnérabilité dans la programmation actuelle et future en surveillance, prévention et protection de l'INSPQ
- Connaître la proportion des budgets pour les problématiques des populations vulnérables par rapport aux autres problématiques de l'INSPQ

Christine Colin, médecin

Université de Montréal (RUIS)

- Décrire le modèle proposé d'un réseau universitaire intégré de santé (RUIS)
- Connaître le stade de développement des RUIS
- Nommer des exemples d'apport possible des RUIS pour prévenir/atténuer les maladies infectieuses chez les populations vulnérables

Représentant des organismes subventionnaires

- Connaître le processus de prise de décision pour l'orientation et la programmation d'un organisme subventionnaire dans le domaine social
- Décrire des moyens que pourraient utiliser les autorités de santé publique pour influencer les politiques sociales

MOT DU DIRECTEUR

Richard Lessard, directeur de la santé publique

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux



Aventis Pasteur