



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Maladies infectieuses

Projet de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue de Montréal

Rapport final

Nancy Haley

Lyse Bélanger

Élise Roy

Marie-Eve Plante

Anna-Louise Crago

Août 2000

**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

Une réalisation de l'unité Maladies infectieuses
Hôpital général de Montréal, mandataire

Membres de l'équipe-projet et collaborateurs

Coordonnatrice :	Docteur Nancy Haley
Infirmière responsable du projet :	Lyse Bélanger
Infirmières remplaçantes :	Caroline Duchesne, Sereikith Chheng
Agentes de santé :	Josée Larivière (1997) Anna-Louise Crago (1997-1998) Marie-Eve Plante (1998-1999)

Consultants

Médecin-conseil MTS/sida :	Docteur Élise Roy
Système de relance :	Nicole Lemire
Statisticiennes :	Catherine Lussier, Lyne Cédras
Médecin-conseil maladies transmissibles :	Docteur Louise Valiquette

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- les jeunes de la rue qui nous ont aidé à développer des outils de promotion du projet adaptés à leurs besoins ainsi que tous les organismes communautaires qui nous ont ouvert leurs portes pour ce projet de vaccination.
- les quatre cliniques médicales qui ont accepté de voir rapidement les jeunes qui leur étaient référés (sans carte d'assurance maladie) pour des problèmes médicaux ou psychosociaux dépistés lors des cliniques de vaccination : CLSC Métro, Head & Hands, Clinique des jeunes et Clinique Itinérance (CLSC des Faubourgs)
- les compagnies et les organismes qui ont fait un don d'argent pour supporter le salaire de l'agente de santé ou offrir des récompenses pour les jeunes qui complétaient le calendrier de vaccination : Merck Frosst, Rotary Club of Westmount, Cirque du Soleil, Fondation le Portage, Yoplait.

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 3^e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-245-1

Projet de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue de Montréal

Rapport final

Nancy Haley

Lyse Bélanger

Élise Roy

Marie-Eve Plante

Anna-Louise Crago

Août 2000

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iv
1. Historique du projet.....	1
2. Objectifs	2
3. Population cible et critères d'admissibilité	2
4. Description et organisation du projet.....	2
4.1. Les cliniques de vaccination.....	3
4.2. Le travail de rue.....	3
4.3. Le système de relance.....	4
4.4. Description de tâches.....	6
4.4.1. Coordonnatrice du projet	6
4.4.2. Consultants.....	6
4.4.3. Infirmière responsable du projet (voir aussi annexe 11)	7
4.4.4. Infirmière remplaçante.....	7
4.4.5. Agente de santé (voir aussi annexes 12a et 12b).....	8
5. Résultats	9
5.1. Sites de vaccination et nombre de jeunes vaccinés	9
5.2. Caractéristiques des jeunes rejoints.....	12
5.2.1. Profil sociodémographique	12
5.2.2. Profil des facteurs de risques	13
5.3. Couverture vaccinale.....	16
5.3.1. Vaccination contre l'hépatite B.....	16
5.3.2. Vaccination contre l'hépatite A	17
5.3.3. Refus de vaccination ou de relance.....	18
5.3.4. Stratégies pour rejoindre les jeunes pour leur 2 ^e et 3 ^e doses de vaccin.....	18
5.4. Références et informations demandées par les jeunes	19
5.5. Activités de promotion réalisées auprès des jeunes	20
5.6. Retombées du projet.....	21
6. Discussion	22
7. Conclusion	23
8. Bibliographie	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre de cliniques/nombre jeunes vaccinés contre l'hépatite B (et/ou l'hépatite A), par mois, 1997	9
Tableau 2 : Nombre de cliniques/nombre jeunes vaccinés contre l'hépatite B (et/ou l'hépatite A), par mois, 1998	11
Tableau 3 : Nombre de cliniques/nombre jeunes vaccinés, par mois, 1999	11
Tableau 4 : Profil sociodémographique des jeunes lors de la première visite de vaccination, 1997	12
Tableau 5 : Profil des facteurs de risque chez les jeunes lors de la première visite de vaccination, 1997	13
Tableau 6 : Profil sociodémographique des jeunes lors de la première visite de vaccination, 1999	14
Tableau 7 : Profil des facteurs de risque chez les jeunes lors de la première visite de vaccination, 1999	15
Tableau 8 : Meilleures stratégies de relance utilisées selon les jeunes de la rue	18
Tableau 9 : Sujets de santé discutés avec l'infirmière	19

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue de Montréal, 1997	16
Figure 2 : Taux de vaccination - Jeunes ayant fait de la prostitution de survie, 1997	16
Figure 3 : Taux de vaccination - Garçons ayant des relations homosexuelles, 1997	17
Figure 4 : Taux de vaccination - Jeunes utilisant des drogues injectables, 1997	17

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1a : Organismes communautaires offrant un site de vaccination et collaborateurs
- Annexe 1b : Autres organismes informés du programme
- Annexe 2a : Questionnaire (version française)
- Annexe 2b : Questionnaire (version anglaise)
- Annexe 3 : Exemple de lettre personnalisée et horaire
- Annexe 4 : Carte professionnelle et horaire
- Annexe 5 : Dépliant
- Annexe 6 : Affiche
- Annexe 7 : Formulaires de consentement (versions française et anglaise)
- Annexe 8a : Questionnaire de relance 1997
- Annexe 8b : Follow-up questionnaire 1997
- Annexe 8c : Questionnaire de relance 1998
- Annexe 8d : Follow-up questionnaire 1998
- Annexe 9 : Formulaire d'engagement à la confidentialité
- Annexe 10 : La relance (deuxième année)
- Annexe 11 : Rôle de l'infirmière
- Annexe 12a et 12b : Rapports des agents de santé
- Annexe 13 : Rapport sur les groupes de discussion chez les jeunes de la rue
- Annexe 14 : Affiche « Hépatites A, B, C »
- Annexe 15 : Brochure « Hépatites A, B, C »
- Annexe 16 : Bottin de ressources « Contact »
- Annexe 17 : Affiche « Causerie-santé »

RÉSUMÉ

Projet de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue

Objectif

Vacciner les jeunes de la rue de Montréal contre l'hépatite B en utilisant un système de relance pour assurer une vaccination complète.

Contexte

Selon les récentes estimations, il y aurait environ quatre mille jeunes âgés de 14 à 25 ans vivant dans les rues de Montréal. Les jeunes de la rue forment l'un des groupes les plus vulnérables aux maladies transmises sexuellement et aux infections transmises par le sang. En 1996, une étude de séroprévalence des hépatites B et C a été menée à Montréal auprès de 437 jeunes de la rue (14 à 25 ans). Globalement, le taux de séroprévalence était de 9,2 % pour l'hépatite B (HbsAg et/ou anti-HBc). Chez les jeunes qui s'étaient déjà injecté des drogues (UDI), le taux était de 16,2 % versus 3,4 % chez les non-injecteurs. Concernant l'hépatite C, le taux de prévalence était de 12,6 %; il était de 26,5 % parmi les UDI et de 0,8 % chez les jeunes qui ne s'étaient jamais injectés. Malgré le fait que la vaccination gratuite contre l'hépatite B était disponible dans les cliniques et les CLSC depuis plusieurs années, seulement 11,4 % des jeunes avaient reçu une vaccination complète.

Méthodologie

En janvier 1997, un projet de vaccination contre l'hépatite B a été développé avec la collaboration de vingt organismes desservant les jeunes de la rue de Montréal (refuges, centres de jour, motorisés, centres d'échange de seringues, soupes populaires, etc.). Des sessions d'information sur les hépatites virales ont été données aux intervenants communautaires travaillant auprès des jeunes. Sept organismes ont offert un endroit propice pour la tenue de cliniques de vaccination. Un agent de santé a été embauché pour promouvoir la vaccination auprès des jeunes de la rue. Avant la tenue de chaque clinique de vaccination, l'agent de santé recrutait les jeunes sur la rue, dans les parcs, dans le métro et dans les organismes communautaires pour les inviter à se rendre aux cliniques. Une infirmière était présente deux après-midi ou soirées par semaine, pour vacciner, fournir de l'information sur les MTS et donner des références médicales lorsque nécessaire. Après la vaccination, chaque jeune fournissait ses coordonnées (nom des amis, lieux fréquentés, adresse et numéro de téléphone d'un ami) pour que l'agent de santé puisse le rejoindre afin de poursuivre et compléter sa vaccination (deuxième et troisième doses).

Résultats

En tout, près de 1 300 jeunes de 14 à 25 ans ont été vus pendant ce projet (janvier 1997 à décembre 1999). Durant la première année, au moment de leur première dose, les jeunes ont complété un court questionnaire sur les facteurs de risque pour les hépatites B et C, ce qui nous a permis de vérifier que le projet rejoignait les jeunes à haut risque d'infection. Parmi les 503 jeunes qui ont accepté de répondre au questionnaire sur les facteurs de risque, 96 % étaient actifs sexuellement. Parmi ces derniers, 60 % avaient eu plus de 10 partenaires sexuels dans leur vie; 29 % des filles et 17 % des garçons avaient fait de la prostitution de survie (c.-à-d. avoir eu des activités sexuelles en échange de cadeaux, d'argent, etc.). Un tiers des jeunes s'étaient déjà injecté des drogues dont 54 % avaient partagé du matériel d'injection. Plus de 40 % des jeunes avaient vécu dans la rue pendant plus d'une année.

Au cours de la première année du projet, 681 jeunes ont reçu au moins une dose de vaccin. En date du 15 décembre 1999, le taux global de couverture vaccinale parmi ces jeunes était de 81,4 % pour la deuxième dose et de 57,9 % pour la troisième. Le temps moyen pour recevoir les deuxième et troisième doses étaient de 4,2 mois et de 8,9 mois respectivement. Parmi les 503 jeunes qui ont rempli un questionnaire sur les facteurs de risque, les taux de vaccination complétée, c'est-à-dire trois doses, étaient de 65 % chez les jeunes ayant fait de la prostitution de survie, 62 % chez les jeunes garçons ayant déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et 53 % chez les jeunes qui s'étaient déjà injecté des drogues.

Conclusion

Le projet de vaccination contre l'hépatite B fut bien reçu et apprécié par les jeunes de la rue et les intervenants. La disponibilité d'une infirmière dans les organismes desservant les jeunes a permis de rejoindre plus de 1 300 jeunes pendant les trois années du projet. Grâce au système de relance actif, le taux de couverture vaccinale chez les jeunes était très élevé comparé à ce que l'on atteint habituellement dans ce type de population. Ce projet démontre qu'il est possible d'éduquer et de vacciner des jeunes à haut risque d'infection.

1. HISTORIQUE DU PROJET

Selon les récentes estimations, il y aurait environ quatre à cinq mille jeunes âgés de 14 à 25 ans vivant dans la rue à Montréal (Fournier, 1998). Ces jeunes de la rue forment l'un des groupes les plus vulnérables aux maladies transmises sexuellement ou par le sang. Une étude de prévalence du VIH et des comportements à risques associés menée en 1995 chez les jeunes de la rue de Montréal âgés de 14 à 25 ans (Roy, 2000) a confirmé le risque élevé de l'infection au VIH chez ces jeunes. Parmi les 919 jeunes étudiés (29,5 % de filles et 70,5 % de garçons), plusieurs avaient des comportements sexuels à risque, y compris des relations sexuelles anales/vaginales non protégées avec de multiples partenaires et des partenaires ayant eux-mêmes des comportements à risque. Plus du tiers des filles (37 %) et près du quart des garçons (21 %) avaient eu des relations sexuelles en échange d'argent, d'une place à coucher, de drogues ou d'autres choses (prostitution de survie). Beaucoup de jeunes avaient été abusés sexuellement (27 % chez les garçons et 67 % chez les filles).

En plus des comportements sexuels à risque, un fort pourcentage de jeunes consommaient de l'alcool et des drogues. Plus du tiers des jeunes (36 %) disaient s'être déjà injecté des drogues au cours de leur vie. Plus de la moitié (58 %) d'entre eux avaient déjà utilisé une seringue usagée pour s'injecter et 67 % avaient partagé du matériel d'injection autre que les seringues. Le taux de prévalence du VIH chez les jeunes était de 1,85 % (intervalle de confiance (IC) à 95 % 1,12-2,89), soit dix fois plus élevé que celui estimé à 0,18 % pour la population générale âgée de 15 ans et plus.

En 1996, une étude de prévalence des marqueurs d'hépatites B et C était réalisée dans cette même population. Parmi les 437 jeunes recrutés, le taux de prévalence de marqueurs de l'hépatite B (anticorps contre l'antigène de surface, anti-HBsAg, ou core, anti-HBc) était de 9,2 % (IC à 95 % 6,7-12,3); parmi ces derniers, 1,6 % étaient porteurs de l'antigène HBsAg. Les facteurs associés étaient : être âgé de plus de 18 ans, avoir déjà utilisé des drogues par injection et avoir eu un partenaire sexuel ayant eu une hépatite (Roy, 1999). Le taux de prévalence d'hépatite C était de 12,6 % (IC à 95 % 9,7-15,9) et les facteurs associés à l'infection étaient : avoir utilisé des drogues par injection, être âgé de plus de 18 ans et avoir plus d'un tatouage. Bien que la vaccination gratuite contre l'hépatite B soit disponible à Montréal depuis plusieurs années par l'entremise des cliniques communautaires et privées, peu de participants à l'étude avaient complété le calendrier de vaccination : 36,1 % rapportaient avoir reçu une première dose et seulement 11,7 % avaient reçu les trois doses.

L'hépatite B est la seule maladie transmise sexuellement pour laquelle il existe un vaccin gratuit, sans inquiétude et facilement disponible. Cependant, les adolescents et les jeunes adultes les plus à risque d'acquérir cette infection ne sont pas protégés. Malgré la gratuité du vaccin contre l'hépatite B, les jeunes de la rue fréquentent peu ou pas les services de santé traditionnels et ont une couverture vaccinale faible. Dans le but de remédier à cette situation, nous avons mis sur pied un projet de vaccination pour rejoindre les jeunes dans les endroits qu'ils fréquentent tels les centres de jour, les refuges et autres organismes communautaires.

2. OBJECTIFS

- Promouvoir et rendre accessible la vaccination contre l'hépatite B aux jeunes de la rue de Montréal en mettant sur pied des sites de vaccination situés dans les locaux d'organismes communautaires desservant ces jeunes.
- Organiser un système novateur de relance afin que les jeunes complètent les trois doses de vaccin (0, 1, 4 mois).
- Fournir aux jeunes de l'information sur les maladies transmises sexuellement et sur les stratégies de réduction des méfaits ainsi que des services médicaux et des références, si nécessaire.
- Renforcer les liens entre les organismes communautaires, les services de santé existant dans la communauté et les jeunes de la rue.

3. POPULATION CIBLE ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Tous les jeunes de la rue âgés de 14 à 25 ans et ayant été « actifs dans la rue » étaient admissibles. Pour ce projet, la définition de « actifs dans la rue » utilisée était la suivante :

- avoir fugué ou avoir été mis en dehors de chez soi ou avoir été sans adresse fixe au moins trois jours dans sa vie **ou**
- avoir fréquenté une des ressources œuvrant auprès des jeunes de la rue de Montréal. Ces organismes étaient des refuges, des centres de jour, des roulottes mobiles, des soupes populaires et des organismes ayant un volet de travail de rue.

4. DESCRIPTION ET ORGANISATION DU PROJET

La première étape dans l'organisation de ce projet a été de rejoindre les intervenants communautaires travaillant avec les jeunes de la rue de Montréal. Nous avons organisé des sessions d'information pour leur faire part des résultats des études sur les comportements à risque chez les jeunes et sur la prévalence du VIH et des hépatites B et C. Nous avons aussi discuté des moyens de prévenir l'hépatite B et de l'importance de vacciner les jeunes le plus tôt possible. À cette occasion, nous avons échangé sur les meilleurs moyens de rejoindre les jeunes et de leur offrir la vaccination. Ces sessions ont constitué une étape essentielle pour recueillir les idées et les suggestions des intervenants communautaires concernant l'implantation d'un tel projet de vaccination dans la communauté (annexes 1a, 1b).

Beaucoup d'organismes ont offert d'accueillir les cliniques de vaccination dans leurs locaux; sept d'entre eux ont été choisis selon le nombre de jeunes qui fréquentaient l'organisme, le profil de risque de ces jeunes et la capacité du site d'assurer un espace approprié où les jeunes pouvaient être accueillis en toute confidentialité. Pour valider nos choix, nous avons consulté des infirmières qui travaillaient déjà sur le terrain, soit Hélène Denoncourt, infirmière au CLSC des Faubourgs, et Patricia Mealin, infirmière au Département de médecine préventive de l'Hôpital Saint-Luc. Pendant les trois années sur le terrain, les sites ont changé selon le niveau de fréquentation des jeunes dans les organismes communautaires collaborateurs.

Le projet de vaccination avait trois composantes principales :

4.1. Les cliniques de vaccination

Tel que mentionné précédemment, parmi les 20 organismes communautaires œuvrant auprès des jeunes, sept sites de vaccination ont été choisis initialement. Afin d'éviter de perturber les services offerts par ces organismes, les dates et les heures des cliniques de vaccination ont été choisies avec la collaboration de leur directeur respectif. Les cliniques, d'une durée de trois heures chacune, avaient habituellement lieu en fin d'après-midi ou tôt en soirée afin de rejoindre le plus de jeunes possible. Au cours de la première année du programme, les jeunes qui donnaient leur consentement complétaient un questionnaire anonyme sur les comportements à risque. Ceci nous a permis de vérifier si le programme rejoignait les jeunes les plus vulnérables (annexes 2a et 2b). Au début de la troisième année, nous avons demandé à 50 jeunes, choisis aléatoirement, de compléter le même questionnaire afin de nous assurer que le projet rejoignait toujours les jeunes à haut risque.

Le calendrier de vaccination choisi pour ce programme a été écourté à 0, 1 et 4 mois (plutôt que 6 mois) afin d'assurer une vaccination complète au plus grand nombre de participants tout en fournissant une protection à long terme. Après chaque dose de vaccin, un certificat d'immunisation indiquant le prochain rendez-vous, ainsi que le nom et le numéro de téléphone de l'infirmière étaient remis au jeune. De plus, l'infirmière répondait aux questions et dirigeait les jeunes vers d'autres ressources afin qu'ils puissent consulter pour d'autres problèmes médicaux (évaluation de MTS, dépistage du VIH et d'hépatites B et C, services médicaux ou sociaux, etc.), si nécessaire. Les jeunes qui se présentaient pour leur troisième dose de vaccin recevaient un laissez-passer pour le cinéma ou un t-shirt d'une compagnie en récompense.

Chaque mois, l'infirmière envoyait des lettres personnalisées aux directeurs des organismes communautaires participants ainsi qu'aux sept sites de vaccination pour annoncer les horaires et les lieux des cliniques (annexe 3).

La coordonnatrice du projet demeurait disponible pour répondre aux questions sur les hépatites, les MTS, et le VIH que pouvaient avoir les intervenants communautaires lors du déroulement de ce projet. Des sessions de formation étaient offertes aux organismes communautaires participants pour le nouveau personnel. Régulièrement, tout au long du projet, les organismes communautaires étaient tenus au courant du taux de participation et de la couverture vaccinale des jeunes.

4.2. Le travail de rue

Une agente de santé a été embauchée pour promouvoir la vaccination contre l'hépatite B auprès des jeunes de la rue. Elle faisait des visites régulières dans la rue, les parcs du centre-ville, le métro, et les organismes communautaires fréquentés par les jeunes. Ceux-ci recevaient de l'information sur l'hépatite et étaient encouragés à se faire vacciner. Elle remettait à chaque

jeune une carte sur laquelle étaient inscrits ses nom et numéro de téléphone ainsi que les horaires et les lieux de vaccination (annexe 4).

Des dépliants (annexe 5) et des affiches (annexe 6) colorés sur lesquels étaient indiqués les horaires mensuels de vaccination ont été produits en collaboration avec quelques jeunes pour promouvoir le programme. L'agente de santé, quelques jeunes et plusieurs travailleurs de rue ont distribué ce matériel dans le centre-ville de Montréal.

4.3. Le système de relance

Le système de relance novateur (inspiré de nos projets de recherche antérieurs) fut développé afin d'assurer que les jeunes bénéficient d'un suivi leur assurant une protection complète contre l'hépatite B. Lors des cliniques, l'agente de santé expliquait à chaque jeune l'importance de compléter les trois doses de vaccin et lui présentait le service de relance permettant de le contacter pour les deuxième et troisième doses de vaccins. S'il désirait une relance active (annexes 7a et 7b), le jeune signait un consentement et il complétait un questionnaire sur lequel était notés les numéros de téléphone de parents ou d'amis, les endroits fréquentés, ainsi que les noms et numéros de téléphone des intervenants avec lesquels il avait des contacts (travailleurs de rue, travailleur social, etc.) (annexes 8a et 8b). Après un an sur le terrain, le questionnaire de relance a été raccourci (annexes 8c et 8d). L'agente de santé remettait une carte d'affaires à chaque participant et leur disait qu'il pouvait la contacter de 10h à 22h du lundi au vendredi, pour obtenir d'autres informations ou pour prendre rendez-vous, en l'appelant sur son téléphone cellulaire. Les jeunes résidant à l'extérieur de Montréal pouvaient composer un numéro 1-800. Pour les jeunes qui avaient quitté Montréal, et ne pouvaient pas se présenter à nos cliniques, le nom et les coordonnées d'un CLSC plus près d'eux étaient fournis aux jeunes afin qu'ils puissent compléter leur vaccination à cet endroit.

Après chaque clinique, les données notées sur le questionnaire de relance étaient inscrites dans un « rolodex » informatisé. Ce « rolodex » informatisé a été construit à partir du logiciel EPI-INFO. Il contenait toutes les informations du dossier individuel permettant de retracer les jeunes pour leurs deuxième et troisième doses. Grâce à ce système, il était facile de mettre à jour les nouvelles informations recueillies auprès des jeunes lors de leurs visites. Lorsque les trois doses étaient complétées, les informations étaient effacées du fichier.

Le « rolodex » servait aussi à dresser périodiquement la liste des personnes devant recevoir leur deuxième ou troisième dose. Ces listes étaient générées en fonction du temps devant s'écouler entre la première dose et les doses subséquentes. Cependant, cette fonction a été plus ou moins utile, car le carnet de rendez-vous tenu par l'infirmière s'est avéré plus efficace. Comme cette dernière connaissait les dates des cliniques de vaccination des mois suivants dans chacun des organismes communautaires, l'infirmière pouvait immédiatement après la vaccination donner un rendez-vous personnalisé au jeune. Le système du « rolodex » ne pouvait pas être aussi précis puisqu'on ne pouvait y intégrer l'horaire de chacune de nos cliniques.

Entre un et sept jours avant le rendez-vous déjà fixé avec l'infirmière, l'agente de santé contactait le jeune en utilisant l'information fournie par ce dernier. Souvent, les parents et

amis ont été contactés par téléphone et des messages ont été laissés. S'il n'y avait pas de numéro de téléphone, des notes ou des lettres étaient laissées aux endroits les plus fréquentés par le jeune. Si le jeune manquait son rendez-vous, nous tentions de le rejoindre de nouveau par les mêmes moyens. Après trois essais, si le jeune ne se présentait pas à la clinique, son nom était ajouté à une liste de « retardataires ». Cette liste était remise à l'intervenant communautaire de l'organisme fréquenté par le jeune.

D'autres moyens ont été utilisés pour retrouver ceux et celles qui ne pouvaient être retracés par téléphone ou par l'entremise des organismes communautaires. Grâce au formulaire de consentement signé par le jeune, les services sociaux (bien-être social, sécurité du revenu, centres jeunesse), ainsi que plusieurs centres de réhabilitation et correctionnels ont accepté de nous fournir toute nouvelle information sur l'endroit de résidence du jeune. Lorsque le jeune se trouvait dans une institution, nous en contactions les responsables afin qu'il puisse compléter sa vaccination (maison d'accueil, prison, etc.).

Tous les membres de l'équipe ont signé une déclaration écrite devant un commissaire à l'assermentation certifiant qu'ils garderaient confidentielle toute information sur le jeune recueillie au cours de ce projet (annexe 9).

Après un an, nous avons vu plus de 680 jeunes et, avec seulement une agente de santé demi-temps pour faire la relance, nous avons dû établir des priorités (annexe 10). Nous avons choisi de concentrer nos efforts sur la relance pour la deuxième dose étant donné qu'elle confère une protection à court terme de plus de 80 % (André 1987, Schiff 1995). Nous avons également choisi de concentrer nos efforts sur les jeunes donnant des contacts (nom et numéro de téléphone) plus précis. Cette décision s'est appliquée à partir de la deuxième année. Le niveau de précision s'est établi comme suit :

Niveau 1. Le jeune possède son propre numéro de téléphone ou de téléchasseur.

Niveau 2. Le jeune n'a pas son propre numéro, mais peut fournir le numéro de téléphone d'un parent, d'un frère, d'une sœur, d'un oncle, d'une tante ou d'un ami proche.

Niveau 3. Le jeune ne peut fournir que le numéro de téléphone d'une connaissance, d'un organisme communautaire ou encore une adresse postale.

Une fois le niveau de contact identifié, la relance auprès du jeune se faisait suivant un horaire différent qui dépendait de son niveau de précision du contact et selon qu'il s'agisse de sa deuxième ou troisième dose de vaccin. Lorsqu'il y avait une contrainte de temps, l'agent appelait surtout ceux qui avaient besoin de la deuxième dose et les jeunes qui avaient des contacts plus directs (Niveaux 1 et 2).

4.4. Description de tâches

4.4.1. Coordonnatrice du projet

Phase de conception

- Participer à la conception du projet.
- Développer les liens avec les intervenants travaillant avec les jeunes et les sensibiliser concernant l'infection à l'hépatite B.
- Développer les stratégies d'implantation du projet.
- Développer les outils de cueillette de données (dossier médical, dossier du profil du jeune, formulaire de consentement, formulaire de relance).
- Développer tout autre outil de travail.
- Participer au développement du système de relance et au suivi des jeunes.

Phase d'intervention

- Assurer le suivi et la continuité du projet.
- Superviser les infirmières dans l'organisation et la gestion des cliniques de vaccination.
- Superviser l'agente de santé dans ses fonctions.
- Assurer la liaison avec les partenaires, par exemple les organismes offrant un lieu de vaccination, les organismes référants et les intervenants du réseau de la santé concernés par le projet.
- Donner la formation aux intervenants du milieu concernant les hépatites B, C et le VIH.
- Assurer la liaison avec la santé publique et les commanditaires.
- Développer des outils de promotion (affiches, dépliants).
- Organiser différents projets de promotion (causeries-santé, bottin de ressources).

Phase d'évaluation

- Participer à l'analyse des données et préparer le rapport sur le portrait des jeunes vaccinés et l'efficacité du système de relance.
- Organiser la diffusion des résultats.
- Selon les résultats, planifier les changements nécessaires pour mieux rejoindre les jeunes.

4.4.2. Consultants

- Participer à la conception du projet.
- Participer au développement des stratégies d'implantation du projet.
- Participer au développement des outils de cueillette de données.
- Développer le système de relance.
- Concevoir et réaliser l'analyse des données.
- Participer à la préparation du rapport.
- Participer à la diffusion des résultats.

4.4.3. Infirmière responsable du projet (voir aussi annexe 11)

Phase de conception

- Participer à la conception du projet et au développement des stratégies d'implantation.
- Participer à l'élaboration des différents outils (formulaire de consentement, formulaire de relance, questionnaire sur les facteurs de risques).

Phase d'intervention

- Assurer la mise en place d'un service de vaccination dans certains organismes communautaires pour jeunes de la rue (rencontres avec intervenants, visites des lieux, rencontres avec d'autres partenaires).
- Développer les outils de travail (rapport d'activités de vaccination, liste des retardataires, liste des vaccinés, agenda avec rendez-vous, dossier médical).
- Gestion des produits biologiques et gestion du matériel nécessaire au fonctionnement d'une clinique de vaccination.
- Vacciner les jeunes de la rue de Montréal âgés de 14 à 25 ans contre l'hépatite B et l'hépatite A, et ce, dans les locaux d'organismes communautaires.
- Donner de l'information aux jeunes et aux intervenants (hépatites, effets secondaires des vaccins, MTS, références, etc.).
- Au besoin, diriger les jeunes vers quelqu'un.
- Participer à la supervision de l'agente de santé dans ses fonctions.
- Assurer la liaison avec les partenaires (lettre mensuelle et horaire des cliniques).
- Compléter régulièrement différents rapports demandés (gestion des produits biologiques, suivi de vaccination pour les 1^{re} et 3^e doses).
- Participer à différents projets de promotion (affiche hépatites A, B, C, groupes de discussion, causeries-santé, bottin de ressources).

Phase d'évaluation

- Participer à la collecte des données et l'interprétation des résultats.
- Participer à la rédaction des rapports et présentations.
- Participer à la diffusion des résultats aux partenaires.

4.4.4. Infirmière remplaçante

- Vacciner les jeunes âgés de 14 à 25 ans.
- Compléter les différents dossiers et rapports.
- Donner de l'information aux jeunes sur la santé (hépatites, MTS, etc.).
- Au besoin, diriger les jeunes vers quelqu'un.
- Supporter l'agente de santé dans ses fonctions.

4.4.5. Agente de santé (voir aussi annexes 12a et 12b)

Phase d'intervention

- Participer au recrutement des jeunes pour le projet de vaccination (session d'information, publicité).
- Participer aux entrevues et sessions de vaccination des jeunes et remplir les formulaires de consentement et de relance.
- Au besoin, diriger les jeunes vers quelqu'un.
- Assurer la relance des jeunes pour compléter la vaccination.
- Assurer la disponibilité téléphonique.

Phase d'évaluation

- Faire la saisie des données.
- Participer à la révision du rapport.

Organisation du temps de l'agente de santé (25 heures/semaine)

Relance téléphonique	:	10 heures
Clinique / <i>outreach</i>	:	6 heures + 1 heure de recrutement avant les cliniques
Travail clérical	:	8 heures (entrée de données, tri des dossiers, lettres, réunions d'équipe, développement d'outils, etc.)

5. RÉSULTATS

5.1. Sites de vaccination et nombre de jeunes vaccinés

a) Première année

Nous avons démarré le projet en 1997 avec cinq sites soit, Bunker, En Marge, Passages, Refuge des jeunes et Le Repère. Après quelques mois de fonctionnement, nous avons ajouté une clinique chez Pact de rue ainsi que chez Spectre de rue. Ces ajouts ont été justifiés par les facteurs de risques des jeunes fréquentant ces organismes, soit multiples partenaires sexuels et UDI. Par contre, au cours de cette même année, nous avons cessé nos cliniques à l'organisme En Marge. Cette décision a été motivée par le fait que peu de jeunes se présentaient à la clinique aux heures disponibles. La même décision a été prise à la fin de l'année pour l'organisme Spectre de rue pour les mêmes raisons. Vers la fin de 1997, un autre organisme s'est ajouté à notre liste, soit Le Roc – Aide aux jeunes. À peu près à la même époque, le Centre de jour Chez Pop's a été créé. Ce centre est un complément à l'organisme Bunker. Ce dernier est demeuré un site d'hébergement tandis que le centre devenait le drop-in de jour. Nous avons donc déménagé notre clinique à ce centre.

Pendant la première année, un total de 681 jeunes ont débuté leur vaccination contre l'hépatite B (RecombivaxHB^{md} ou Engerix-B^{md}) lors de 112 cliniques. Au cours de cette première année, les vaccins contre l'hépatite A (Havrix^{md}) sont devenus disponibles et 124 jeunes ont reçu au moins une dose de ce vaccin. De janvier 1997 à décembre 1998, il y avait eu 1135 visites de jeunes pour leur(s) 1^{re}, 2^e et/ou 3^e dose(s) contre le VHB et/ou le VHA (≈ 10 jeunes/clinique) (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre de cliniques/nombre de jeunes vaccinés contre l'hépatite B (et/ou l'hépatite A), par mois, 1997

Mois	Bunker/ Chez Pop's	En Marge	Pact de rue	Passages	Refuge des jeunes	Le Repère	Spectre de rue	Le Roc – Aide aux jeunes
Janvier	2/34	2/4	—	1/6	2/12	2/36	—	
Février	4/56	2/10	—	1/10	2/13	2/33	—	
Mars	3/45	1/0	—	1/6	2/17	2/29	—	
Avril	3/45	1/8	1/29	1/4	2/12	2/30	1/12	
Mai	3/40	—	1/31	—	2/16	2/45	1/15	
Juin	3/23	—	1/11	1/15	2/21	2/24	1/6	
Juillet	3/31	—	1/10	1/2	2/9	2/27	1/5	
Août	3/34	—	1/21	1/3	2/10	1/16	1/2	
Septembre	3/28	—	1/13	1/3	2/18	—	1/1	
Octobre	3/31	—	1/2	1/0	1/8	—	1/0	1/9
Novembre	4/41	—	1/9	2/6	1/9	1/14	—	1/10
Décembre	3/38	—	—	1/0	1/9	1/2	—	2/16
TOTAL	37/446	6/22	8/126	12/55	21/154	17/256	7/41	4/35

b) Deuxième année

Au cours de la deuxième année (1998), nous avons fonctionné principalement avec quatre sites de vaccination : Chez Pop's, Refuge des jeunes, Le Repère, Le Roc – Aide aux jeunes. Nous avons cessé les cliniques chez Pact de rue parce que la majorité de la population ciblée par notre programme était rejointe dans la première année. Nous avons cependant organisé une clinique spéciale avec l'organisme Pact de rue pour vacciner les jeunes qui fréquentaient le point de service au YMCA sur l'avenue du Parc. Nous avons pris une entente avec le travailleur de rue de ce secteur afin qu'il recrute les jeunes les plus à risque et actifs dans la rue. Lors de la première séance de vaccination, pour l'administration de la 1^{re} dose, nous avons découvert que la plupart des jeunes qui se présentaient pour la vaccination avaient peu de facteurs de risque, vivaient dans leur milieu familial et auraient pu être vaccinés au CLSC. Nous avons donc organisé deux autres sessions de vaccination afin de permettre à ceux qui avaient débuté leur vaccination de la compléter. L'infirmière du CLSC Saint-Louis-du-Parc nous a aidés lors des trois sessions. Elle a ensuite assuré la vaccination des retardataires à la clinique du CLSC.

L'organisme Le Repère a dû être relogé en juillet 1998. L'espace utilisé par cet organisme se trouvait dans les locaux d'un autre organisme appelé l'X. Ce centre est géré par des jeunes et il se veut un endroit d'expression et de création punk. L'idée de tenir une clinique de vaccination dans leurs locaux ne correspondait pas à leur philosophie. De plus, l'X ne voulait pas que les jeunes associent leur centre à un « drop-in ». Pour ces raisons, nous avons cessé de vacciner à Le Repère à partir du mois d'août 1998. Tous les jeunes vaccinés à Le Repère ont été dirigés vers nos autres sites de vaccination pour compléter leurs doses. Malgré le fait que les jeunes qui fréquentaient Le Repère étaient intéressés à se faire vacciner, qu'il y avait un bon taux de participation et que les jeunes y présentaient des facteurs de risque (ex. : UDI), nous avons dû malgré tout cesser nos activités à cet organisme.

Pendant la deuxième année, un total de 330 jeunes ont débuté leur vaccination contre l'hépatite B lors de 87 cliniques. Parmi ces derniers, 64 (63 Havrix^{md} et 1 Twinrix^{md}) ont également reçu au moins une dose du vaccin contre l'hépatite A. Au total, il y avait eu 791 visites des jeunes pour leur(s) 1^{re}, 2^e et/ou 3^e dose(s) contre le VHB et/ou le VHA (≈ 9 jeunes/clinique) (voir Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre de cliniques/nombre de jeunes vaccinés contre l'hépatite B (et/ou l'hépatite A), par mois, 1998

Mois	Chez Pop's	Pact de rue (YMCA)	Refuge des jeunes	Le Repère	Le Roc – Aide aux jeunes
Janvier	3/33	—	1/10	—	2/15
Février	4/42	1/47	1/5	1/15	2/10
Mars	3/19	1/45	1/9	1/15	1/7
Avril	4/33	—	1/8	1/10	2/16
Mai	4/38	—	1/11	1/12	2/14
Juin	4/37	1/20	1/8	1/13	2/13
Juillet	4/33	—	1/7	1/14	2/17
Août	4/24	—	1/10	—	2/19
Septembre	4/24	—	1/7	—	2/14
Octobre	3/17	—	1/4	—	2/10
Novembre	4/25	—	1/6	—	2/20
Décembre	2/17	—	1/7	—	2/11
TOTAL	43/342	3/112	12/92	6/79	23/166

Dans un souci d'efficacité, vers la fin de l'année 1998, et tout au cours de l'année 1999, nous avons accentué nos activités de vaccination dans les trois organismes les plus achalandés : Chez Pop's, Refuge des jeunes et Le Roc – Aide aux jeunes.

c) Troisième année

Lors de la dernière année, le temps infirmier alloué au projet a été diminué. Nous avons donc diminué le nombre de cliniques dans les organismes ainsi que la durée de chaque clinique (deux heures au lieu de trois). Entre janvier et décembre 1999, un total de 240 jeunes ont débuté leur vaccination contre l'hépatite B lors de 63 cliniques et 97 (89 Twinrix^{md} et 8 Havrix^{md}) ont reçu un vaccin contre l'hépatite A pour un total de 377 visites (6 jeunes/clinique) (voir Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de cliniques/nombre de jeunes vaccinés, par mois, 1999

Mois	Chez Pop's	Refuge	Le Roc - Aide aux jeunes
Janvier	4/30	2/11	2/10
Février	3/20	1/5	2/16
Mars	4/30	1/5	2/17
Avril	4/24	2/14	2/14
Mai	4/23	2/9	1/4
Juin	4/27	2/12	1/2
Juillet	2/9	1/3	2/8
Août	3/22	1/4	2/12
Septembre	3/14	1/7	2/8
Octobre	2/11	1/6	0/0
Novembre	2/11	2/9	1/5
Décembre	2/7	1/4	1/7
TOTAL	33/210	14/76	16/91

5.2. Caractéristiques des jeunes rejoints

5.2.1. Profil sociodémographique

Pendant la première année, nous avons demandé aux jeunes de compléter un questionnaire sur leurs facteurs de risque. Parmi les 640 jeunes âgés de 25 ans et moins, 503 ont accepté de remplir le questionnaire. Plus des trois quarts des jeunes rejoints ont eu à chercher une place pour dormir au cours de leur vie. Parmi ces derniers, plus de la moitié étaient dans la rue depuis plus de six mois au moment de leur première visite.

Tableau 4 : Profil sociodémographique des jeunes^u lors de la première visite de vaccination, 1997 (n=503)

	Filles n=169	Garçons (n=334)	Total (n=503)
Données sociodémographiques			
Francophones	91,1 %	89,2 %	89,8 %
Âge moyen	19,0 ans*	20,6 ans*	20,0 ans
Né au Canada	90,5 %	88,9 %	89,4 %
Père né au Canada	78,3 %	81,0 %	80,0 %
Mère née au Canada	84,1 %	84,7 %	84,5 %
Deux parents autochtones	1,2 %	2,4 %	2,0 %
Au moins un parent autochtone	6,7 %	7,5 %	7,2 %
Histoire d'itinérance			
Nombre de jeunes ayant eu à chercher une place pour dormir au cours de leur vie	65,2 %*	84,3 %*	77,9 %
Âge moyen au premier épisode d'itinérance (n=381)	14,8 ans*	16,5 ans*	16,0 ans
Temps passé sur la rue :			
moins d'une semaine	8,4 %	7,3 %	7,5 %
une semaine à un mois	14,0 %	12,4 %	12,9 %
un à six mois	23,4 %	25,9 %	25,2 %
six mois à un an	19,6 %	12,0 %	14,2 %
plus d'un an	34,6 %	42,3 %	40,2 %

^u Parmi les 640 jeunes âgés de moins de 25 ans rejoints durant la première année de ce programme, 503 jeunes ont complété le questionnaire.

* p < 0,01

5.2.2. Profil des facteurs de risques

Parmi les jeunes qui ont rempli un questionnaire, 58 % avaient eu plus de dix partenaires sexuels; 27 % des filles et 17 % des garçons avaient fait de la prostitution de survie (c.-à-d. avoir eu des activités sexuelles en échange de cadeaux, d'argent, etc.). Près du tiers des jeunes (31,8 %) s'étaient déjà injecté des drogues; 54 % d'entre eux avaient partagé du matériel d'injection.

Tableau 5 : Profil des facteurs de risque chez les jeunes^ψ lors de la première visite de vaccination, 1997 (n=503)

	Filles (n=169)	Garçons (n=334)	Total (n=503)
Risques sexuels			
Déjà actif sexuellement	93,5 %	96,7 %	95,6 %
Déjà eu un partenaire homosexuel	37,3 %*	15,9 %*	23,1 %
Nombre de partenaires dans la vie :			
Aucun	6,5 %	3,3 %	4,4 %
1	2,4 %	2,7 %	2,6 %
2 – 5	16,0 %	16,9 %	16,6 %
6 – 10	21,9 %	17,2 %	18,8 %
11 – 50	40,2 %	42,3 %	41,6 %
51 – 100	6,5 %	9,7 %	8,6 %
Plus de 100	6,5 %	7,9 %	7,4 %
Prostitution de survie ^α	26,8 %*	16,8 %*	20,1 %
Risques reliés à l'utilisation des aiguilles			
Tatouage	48,8 %	53,0 %	51,6 %
« Body piercing »	52,7 %*	25,7 %*	34,8 %
Déjà injecté des drogues	32,0 %	31,7 %	31,8 %
Dans les six derniers mois (n = 160)	63,0 %	61,9 %	62,3 %
Nombre d'injections à vie (n = 160) :			
1	7,4 %	18,3 %	14,6 %
2 – 10	22,2 %	15,4 %	17,7 %
11 – 50	16,7 %	13,5 %	14,6 %
51 – 100	13,0 %	11,5 %	12,0 %
101 – 500	20,4 %	11,5 %	14,6 %
Plus de 500	20,4 %	29,8 %	26,6 %
Déjà emprunté du matériel d'injection (n = 160)	65,4 %**	48,6 %**	54,1 %

^ψ Parmi les 640 jeunes âgés de moins de 25 ans rejoints durant la première année de ce programme, 503 jeunes ont complété le questionnaire.

^α Activités sexuelles en échange de cadeaux, d'argent, d'hébergement, de nourriture, etc.

* p < 0,01

** p < 0,05

Au début de la troisième année, le profil a été complété chez 50 jeunes choisis aléatoirement afin de s'assurer que le projet rejoignait toujours les jeunes à plus haut risque. Lors de la troisième année, plus de jeunes avaient eu une histoire de sans abri (84 %) comparativement à 78 % pour la première année. Cependant, le nombre de jeunes ayant déjà été sans abri qui ont passé plus de six mois sur la rue était moindre, soit 38,1 % versus 54,4 % pendant la première année, suggérant que nous avons rejoint plus de « nouveaux » jeunes de la rue.

Tableau 6 : Profil sociodémographique des jeunes^ψ lors de la première visite de vaccination, 1999 (n=50)

	Filles (n=16)	Garçons (n=34)	Total (n=50)
Données sociodémographiques			
Francophones	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Âge moyen	19,3 ans	20,4 ans	20,0 ans
Né au Canada	87,5 %	100,0 %	96,0 %
Père né au Canada	93,8 %	100,0 %	97,9 %
Mère née au Canada	93,8 %	93,8 %	93,8 %
Deux parents autochtones	0,0 %	5,9 %	4,0 %
Au moins un parent autochtone	0,0 %	11,8 %	8,0 %
Histoire d'itinérance			
Nombre de jeunes ayant eu à chercher une place pour dormir au cours de leur vie	81,3 %	85,3 %	84,0 %
Âge moyen au premier épisode d'itinérance (n=42)	16,8 ans	17,2 ans	17,1 ans
Temps passé sur la rue :			
moins d'une semaine	0,0 %	3,4 %	2,4 %
une semaine à un mois	30,8 %	17,2 %	21,4 %
un à six mois	30,8 %	41,4 %	38,1 %
six mois à un an	7,7 %	10,3 %	9,5 %
plus d'un an	30,8 %	27,6 %	28,6 %

^ψ Les 50 premiers jeunes qui se sont présentés entre février et avril 1999 et qui ont accepté de remplir le questionnaire.

Les jeunes vaccinés lors de la troisième année avaient un profil de risque similaire aux jeunes vus pendant la première année. Cependant, le « body piercing » a augmenté de 35 % à 50 % et le nombre de filles ayant fait de la prostitution de survie est passé de 27 % à 44 %.

Tableau 7 : Profil des facteurs de risque chez les jeunes^ψ lors de la première visite de vaccination, 1999 (n=50)

	Filles (n=16)	Garçons (n=34)	Total (n=50)
Risques sexuels			
Déjà actif sexuellement	100,0 %	97,1 %	98,0 %
Déjà eu un partenaire homosexuel	37,5 %	17,6 %	24,0 %
Nombre de partenaires dans la vie :			
Aucun	0,0 %	3,1 %	2,1 %
1	6,3 %	9,4 %	8,3 %
2 – 5	25,0 %	15,6 %	18,8 %
6 – 10	12,5 %	46,9 %	35,4 %
11 – 50	56,3 %	18,8 %	31,3 %
51 – 100	0,0 %	6,3 %	4,2 %
Prostitution de survie ^α	43,8 %**	11,8 %**	22,0 %
Risques reliés à l'utilisation d'aiguilles			
Tatouage	31,3 %	58,8 %	50,0 %
« Body piercing »	68,8 %	41,2 %	50,0 %
Déjà injecté des drogues	43,8 %	29,4 %	34,0 %
Dans les six derniers mois (n=17)	57,1 %	80,0 %	70,6 %
Nombre d'injections à vie (n=17) :			
1	14,3 %	20,0 %	17,6 %
2 – 5	14,3 %	10,0 %	11,8 %
6 – 10	14,3 %	0,0 %	5,9 %
11 – 50	0,0 %	30,0 %	17,6 %
51 – 100	42,9 %	20,0 %	29,4 %
101 – 500	14,3 %	10,0 %	11,8 %
Plus de 500	0,0 %	10,0 %	5,9 %
Déjà emprunté du matériel d'injection (n=17)	42,9 %	30,0 %	35,3 %

^ψ Les 50 premiers jeunes âgés de moins de 25 ans qui se sont présentés entre février et mai 1999 et qui ont accepté de remplir le questionnaire.

^α Activités sexuelles en échange de cadeaux, d'argent, d'hébergement, de nourriture, etc.

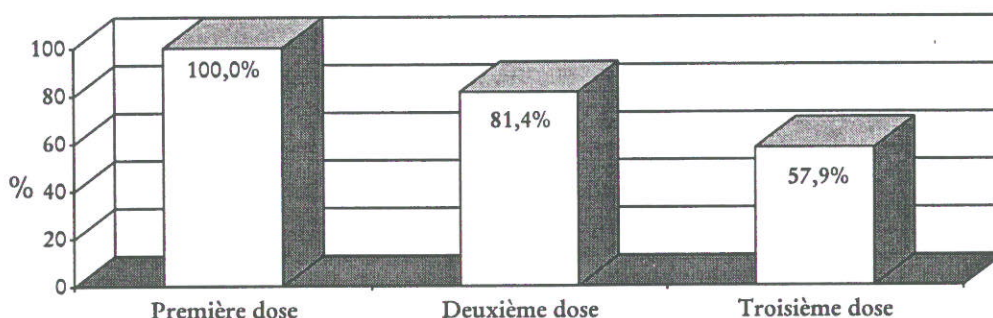
** p < 0,05

5.3. Couverture vaccinale

5.3.1. Vaccination contre l'hépatite B

Parmi tous les jeunes vaccinés pendant la première année et suivis jusqu'au 15 décembre 1999, le taux de couverture vaccinale était de 81,4 % pour la deuxième dose et de 57,9 % pour la troisième. Le délai moyen entre la première et la deuxième dose était de 4,2 mois; pour compléter la vaccination, il était de 8,9 mois.

Figure 1 : Taux de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue de Montréal, 1997 (n=681)



Chez les 503 jeunes qui ont rempli le questionnaire sur les facteurs de risque, le taux de vaccination complétée, c'est-à-dire 3 doses, était de 65,3 % chez les jeunes ayant fait de la prostitution de survie, 62,3 % chez les jeunes garçons ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et 53,1 % chez les jeunes ayant déjà utilisé des drogues injectables.

Figure 2 : Taux de vaccination
Jeunes ayant fait de la prostitution de survie, 1997 (n=101)

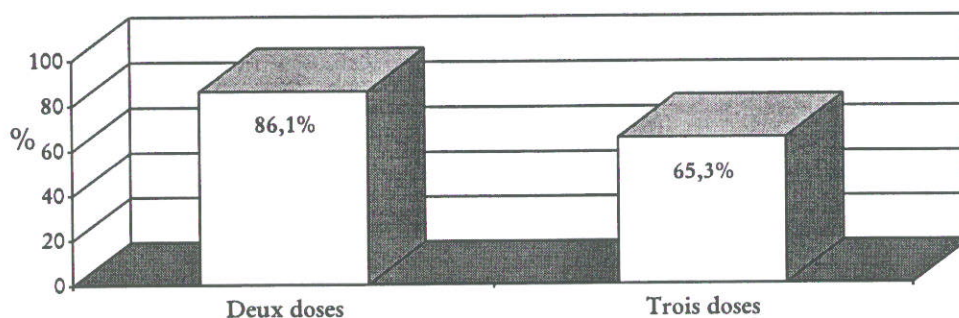


Figure 3 : Taux de vaccination
Garçons ayant eu des relations homosexuelles, 1997 (n=53)

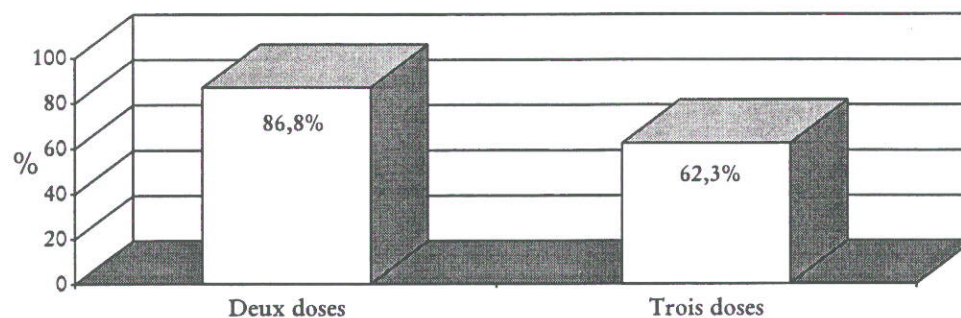
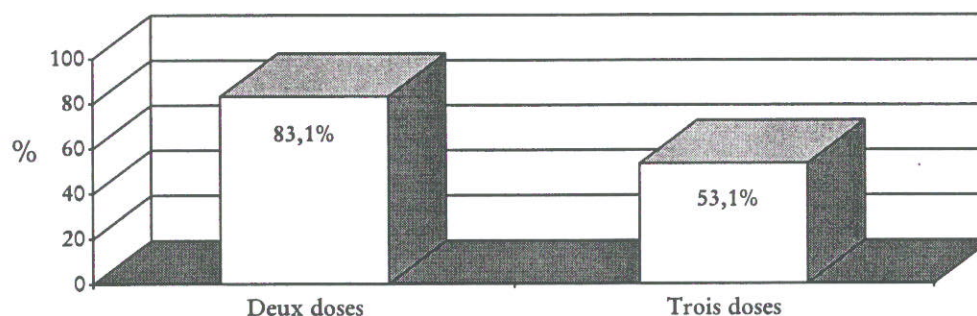


Figure 4 : Taux de vaccination
Jeunes ayant déjà utilisé des drogues injectables, 1997 (n=160)



Pendant les deux premières années du projet chez les 1 011 jeunes rejoints, la couverture vaccinale pour la deuxième dose était de 80,6 % et, pour la troisième dose, le taux était de 56,7 %. Le délai moyen entre la première et la deuxième dose était de 3,6 mois; le délai moyen pour compléter la vaccination était de 8,7 mois.

5.3.2. Vaccination contre l'hépatite A

En 1997 et 1998, nous avons offert la vaccination contre l'hépatite A uniquement aux jeunes qui rapportaient avoir déjà utilisé des drogues par injection. Dans la première année, 124 jeunes ont reçu le vaccin. Pendant la deuxième année, 64 ont reçu le vaccin contre l'hépatite A lors de leur vaccination contre l'hépatite B. Depuis janvier 1999, nous avons élargi l'offre de vaccination contre l'hépatite A en offrant le Twinrix^{md} à tous les jeunes de la rue qui se présentaient pour la vaccination même s'ils ne s'étaient jamais injecté de drogues.

5.3.3. Refus de vaccination ou de relance

Très peu de jeunes ont refusé de se faire vacciner. Ils étaient plutôt reconnaissants que la santé publique fasse l'effort de leur offrir la vaccination gratuite. Cependant, après leur première dose, quelques jeunes ont donné les raisons suivantes pour ne pas continuer leur vaccination :

- peur des aiguilles
- effets secondaires après la première dose
- veut devenir enceinte
- enceinte
- n'est plus à risque maintenant, ne se considère pas à risque
- considère le vaccin non efficace
- considère que le vaccin peut être dangereux (« anti-vaccin », paranoïa, « puce » dans vaccin)
- attitude négative envers le « système médical » (mafia médicale, seulement pour protéger les autres classes plus riches de la société)
- utilisation de drogues injectables quelques jours avant son rendez-vous (il a des remords à la vue d'une seringue, se sent un peu down, etc.)
- impossibilité de revenir pour une prochaine dose (ex. : déménagement)
- ne veut plus avoir de contact avec le milieu de la rue, ne veut plus aller au centre-ville
- retour au travail ou à l'école, n'y pense pas, n'a pas le temps

Les jeunes étaient heureux d'avoir la possibilité d'être relancés et très peu de jeunes ont refusé de remplir le questionnaire de relance donnant les noms et numéros de téléphone de proches. Les seuls refus de relance étaient soit parce qu'ils n'avaient aucune référence au Québec ou soit parce qu'ils étaient « en voyage » au Québec.

5.3.4. Stratégies pour rejoindre les jeunes pour leurs 2^e et 3^e doses de vaccin

Lorsque les jeunes se présentaient pour leurs 2^e et 3^e doses, l'infirmière leur demandait quel incitatif les avait motivés à retourner et poursuivre leur vaccination. Selon les jeunes, le meilleur moyen de les rejoindre était la présence d'une infirmière dans l'organisme qu'ils fréquentaient (29 %). Plus du quart des jeunes révélaient également que le téléphone de l'agente de santé rattachée au projet avait aidé à compléter la vaccination.

Tableau 8 : Meilleures stratégies de relance utilisées selon les jeunes de la rue

	%
Infirmière "sur place"	29
Téléphone de l'agente de santé	26
Bouche à oreille	24
Agente de santé "sur place"	14
Intervenant (organisme communautaire)	5
Autre (lettre, note dans organisme communautaire)	2

5.4. Références et informations demandées par les jeunes

Beaucoup de jeunes ont posé des questions sur l'hépatite C, l'hépatite A, le VIH et d'autres MTS lors de leur visite à la clinique de vaccination (tableau 8). L'infirmière leur fournissait l'information et les dirigeait vers des ressources offrant des services psychosociaux et médicaux (counselling pour abus sexuel, désintoxication, counselling en santé mentale, services d'échange de seringues, refuges, etc.). Le tableau 9 présente les principaux sujets de santé discutés avec l'infirmière.

Tableau 9 : Sujets de santé discutés avec l'infirmière

Problèmes infectieux	Problèmes liés au système génito-urinaire
Réactions vaccin hépatite A	Colposcopie (quoi? pourquoi?)
Infection à un œil	Stérilet
Infection due au « body piercing »	Grossesse
Condylomes	Chlamydia/pertes vaginales
Contact cas d'hépatite B	Problèmes psychologiques et psychiatriques
Questions sur les vaccins (inactivés?, pourquoi cet intervalle, vaccin pour le sida, etc.)	Dépression
Hépatite C (dépistage, traitement, transmission)	Besoin de médicaments
Problèmes dermatologiques	Problèmes divers
Gale	Voyage à l'étranger (conseils au sujet de l'eau/aliments, vaccins recommandés, malaria)
Impétigo/Zona	Assurance-vie (personne infectée au VIH)
Poux	Entorse
Plaies sur le corps/plaies aux pieds	Blessure au doigt
Problèmes liés à la consommation	Douleurs musculaires au dos
Lieux pour trouver des seringues propres	Engourdissements aux pieds
Abcès chez UDI	Douleurs abdominales importantes
Dangers d'injection des drogues intramusculaires	Bébé avec toux et congestion
Piqûre d'aiguille usagée (quoi faire)	

Bien qu'au début du programme, la plupart des appels téléphoniques à l'agente de santé concernaient le programme de vaccination, après un certain temps celle-ci recevait beaucoup d'appels demandant de l'information sur des questions reliées à la vie de rue. Voici les types de sujets que les jeunes ont abordés le plus souvent avec l'agente de santé :

- Services de santé accessibles sans carte
- Renouvellement de cartes d'identité (assurance-maladie, assurance sociale, etc.)
- Information sur la Sécurité du revenu
- Problèmes de santé mentale, besoin d'aide psychologique (attitude dépressive, trouble bipolaire, pensées suicidaires, etc.)
- Problèmes médicaux (dépistage, traitement et suivi VIH/sida ou hépatite C)
- Ressources d'hébergement
- Références pour pilule anticonceptionnelle, avortement, soins sexuels, dépistage et traitement des MTS, aide post-agression sexuelle, etc.

5.5. Activités de promotion réalisées auprès des jeunes

Le quatrième objectif de ce projet était d'augmenter les liens entre les jeunes de la rue, les organismes communautaires et les institutions de santé existantes.

a) Partenariat avec les CLSC

Avec ce projet pilote, nous souhaitions démontrer l'efficacité et la rentabilité d'un projet de vaccination « hors des murs » (*outreach*). En faisant connaître notre projet auprès des CLSC, nous voulions aussi stimuler l'intérêt à connaître cette population de jeunes et les aider à organiser d'autres services médicaux en collaboration avec les organismes communautaires. Au cours de la dernière année, certains CLSC ont augmenté leurs liens avec les organismes communautaires desservant les jeunes et certaines infirmières souhaitaient continuer le programme de vaccination localement. Lors d'une formation pour le personnel des CLSC impliqués dans le projet d'implantation des services de 1^{re} ligne aux UDI et jeunes marginaux, il y avait un vif intérêt à rejoindre les jeunes et rendre les services médicaux, incluant la vaccination, plus accessibles dans leur milieu.

Voici un exemple bien concret de partenariat avec les CLSC. Lors de la vaccination des jeunes dans un autre organisme, le CLSC St-Louis-du-Parc a démontré son soutien en nous offrant les services de l'infirmière du programme scolaire afin de nous aider dans les cliniques de vaccination « hors des murs ».

b) Production d'outils d'information

Les discussions avec les jeunes lors des cliniques de vaccination nous ont permis de réaliser que les jeunes désirent être mieux informés sur certains aspects de la santé qui les préoccupent. Dans un premier temps, nous avons produit et distribué une affiche sur les hépatites A-B-C (annexe 14) avec la collaboration des jeunes ainsi que des partenaires dans les CLSC et les organismes communautaires. Celle-ci a été distribuée gratuitement à tous les organismes collaborateurs et référents. De plus, nous avons acheté mille brochures (annexe 15) sur ce sujet, produites par la Direction de la santé publique de Québec, et nous les avons distribuées aux jeunes de la rue ainsi qu'à nos partenaires.

Finalement, nous avons réalisé, avec les jeunes et les organismes communautaires, un bottin de ressources (annexe 16) pour les jeunes qui arrivent sur la rue à Montréal. Le bottin est offert gratuitement et il comprend toutes les informations pertinentes (localisation, heures d'ouverture et de fermeture, services dispensés, etc.) au sujet des ressources à Montréal qui peuvent aider les jeunes ayant des besoins d'hébergement, d'éducation et de services communautaires et médicaux.

5.6. Retombées du projet

a) Groupes de discussion avec des jeunes

Tout au long du projet, nous avons remarqué que les jeunes vivaient d'importants problèmes sur le plan de l'accessibilité aux services de santé. De plus, les jeunes sont préoccupés par leur santé, désirent se protéger et utilisent volontiers les services de santé lorsqu'ils sont adaptés à leurs besoins. Pour documenter cette situation, nous avons organisé des rencontres avec des groupes de jeunes.

Quatre groupes de discussion ont été formés en juin 1998 : deux francophones (filles, garçons) et deux anglophones (filles, garçons). Un animateur et une animatrice expérimentés dans le domaine de la santé ont animé les discussions avec cette clientèle. Un rapport sur les groupes de discussion chez les jeunes de la rue concernant l'utilisation des services par les jeunes, leurs problèmes d'accessibilité aux services de santé et des pistes de solution a été produit (annexe 13) et largement diffusé dans le réseau de la santé et des organismes communautaires. Cette étude a permis de clarifier plusieurs facteurs réduisant l'accessibilité aux services de santé. Les préoccupations des jeunes de la rue par rapport aux questions de santé et les efforts qu'ils font pour demeurer en santé malgré leurs conditions de vie difficiles étaient étonnantes. Plusieurs solutions réalistes ont été proposées par les jeunes et leur opinion a servi à alimenter un groupe de travail qui était à la recherche d'actions concrètes pour améliorer l'accessibilité aux services.

L'implantation d'une équipe médicale et psychosociale qui aura comme mandat d'offrir des services de 1^{re} ligne accessibles avec continuité serait souhaitable.

b) Causeries-santé

Au cours de la deuxième année, nous avons organisé des causeries-santé (annexe 17). Les thèmes de ces causeries ont été choisis par les jeunes et les intervenants des organismes communautaires et les rencontres ont été animées par des spécialistes. Nous avons discuté d'hépatite C, de nutrition et de dépendance aux drogues et à l'alcool.

La réalisation de ces présentations a été rendue possible grâce à la mise en commun des idées des jeunes et d'un groupe de professionnels travaillant auprès des jeunes de la rue. En plus de répondre aux besoins d'information des jeunes, ces rencontres ont permis d'établir des contacts entre professionnels de différents milieux (santé publique, CLSC, organismes communautaires) et de mieux faire connaître la réalité de la vie sur la rue.

6. DISCUSSION

Le programme de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue fut bien reçu par les jeunes et les intervenants de Montréal. Le taux élevé de couverture vaccinale chez les jeunes ayant plusieurs facteurs de risque témoigne du succès de ce programme.

Il faudrait que ce programme se poursuive encore quelques années afin de rejoindre les jeunes à risque n'ayant pas été vaccinés dans le cadre de l'un des deux programmes provinciaux de vaccination pour l'hépatite B destiné aux jeunes (dans les écoles primaires et dans les centres jeunesse). Le défi est de rejoindre les jeunes de la rue le plus tôt possible après leur passage à la rue. Lors de notre première année, nos statistiques démontraient que beaucoup de jeunes étaient dans la rue depuis plus d'un an avant de participer à notre programme. Dans la troisième année, les 50 jeunes rejoints ayant complété un questionnaire étaient dans la rue depuis moins longtemps lorsqu'ils ont été rejoints par notre projet.

Il est primordial d'assurer la vaccination des jeunes les plus à risque de contracter l'hépatite B (travailleurs ou travailleuses du sexe, jeunes homosexuels et jeunes qui s'injectent). Selon les travailleurs communautaires, ces jeunes utilisent peu les services existants. Pour être en mesure de les rejoindre, un travail de concertation avec les organismes qui ciblent cette clientèle sera donc nécessaire. Les travailleurs de rue seront des partenaires importants pour promouvoir la vaccination chez ces jeunes.

Notre expérience suggère que le défi actuel est de développer des soins de santé accessibles et adaptés aux besoins des jeunes de la rue. Par cela, nous entendons les rejoindre et leur assurer des services de qualité avec une emphase sur la continuité et la complémentarité des soins. Ces services doivent inclure, d'une part, des services médicaux (la vaccination, le dépistage des MTS et des maladies transmissibles par le sang, etc.) et, d'autre part, des services de counselling (le soutien et la référence pour les problèmes familiaux, de santé mentale et de toxicomanie).

7. CONCLUSION

Ce projet a réussi à rejoindre plus de 1300 jeunes de la rue grâce à la grande collaboration des organismes communautaires. Le système de rappel novateur a permis à plus des trois-quarts de cette population très mobile de recevoir au moins deux doses de vaccin et à plus de la moitié de recevoir les trois doses contre l'hépatite B. Ces résultats démontrent que même parmi ces jeunes, il existe un intérêt de leur part à prendre soin de leur santé, surtout lorsqu'un premier contact avec les services de santé se fait dans leur environnement.

Les services de santé courants doivent faire un effort supplémentaire pour rejoindre ces jeunes en s'impliquant dans leur milieu de vie, car c'est la meilleure façon de prendre contact avec eux. Une fois le contact établi, plusieurs avenues se présentent aux intervenants pour discuter avec les jeunes de prévention et de promotion de la santé et pour les amener vers les services.

L'implantation de nos cliniques de vaccination dans les lieux où les jeunes se réunissent a facilité le contact entre les travailleurs de rue, les travailleurs communautaires et les intervenants du milieu de la santé. Ce projet nous a permis de travailler en concertation avec des gens qui jouent un rôle important auprès des jeunes de la rue et en qui les jeunes ont confiance. Leur participation a été très importante aux succès de ce projet pilote.

8. BIBLIOGRAPHIE

1997 Red Book : Report of the Committee on Infectious Diseases, « Hepatitis B ». (Peter G, editor), 24th ed. Elk Grove Village, IL : American Academy Pediatrics. p. 247-260.

Alter MJ, Hadler SC, Margolis HS, et coll. « The Changing Epidemiology of Hepatitis B in the United States », *JAMA* 1990; 263(9) : 1218-22.

André FE, Safary A. « Summary of clinical findings on Engerix-B, a genetically engineered yeast-derived hepatitis B vaccine », *Postgraduate Medical Journal* 1987;63(Suppl. 2) :169-178.

Averhoff FM, Brink E, Pollard, et coll. « Adolescent Immunization : Focus on Implementation », *Journal of School Health* 1997; 67(7) :304-8.

Bhatti N, Gilson RJC, Beecham M, et coll. « Failure to deliver hepatitis B vaccine : confessions from a genitourinary medicine clinic », *BMJ* 1991; 303 : 97-101.

Cassidy WM, Mahoney RJ. « A hepatitis B vaccination program targeting adolescents », *J. Adolesc. Health* 1995;17 :244-247.

Centre for Disease Control. « Hepatitis B Virus : A Comprehensive Strategy for Eliminating Transmission in the United States Through Universal Childhood Vaccination – Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) », *MMWR* 1991; 40(RR-13) : 1-25.

Centre for Disease Control. « Immunization of adolescents. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the American Medical Association. » *MMWR* 1996;45(RR-13) :1-16.

Centre for Disease Control. « Successful Strategies in Adult Immunization », *MMWR* 1991;40/41 :700-709.

Comité consultatif national de l'immunisation contre l'hépatite B. *Rapport hebdomadaire des maladies du Canada* 1991; 17-31 : 165-170.

Committee on Infectious Diseases. « Universal Hepatitis B Immunization », *American Academy of Pediatrics* 1992 (ISSN 0031 4005).

Diaz-Mitoma F, Law B, Parsons J. « A combined vaccine against hepatitis A and B in children and adolescents » *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18 : 109-14.

Drolet MJ, Tétreault H, Janelle F, Déry S. « Évaluation du programme de vaccination contre l'hépatite B destiné à la clientèle toxicomane en Mauricie et au Centre-du-Québec », Résumé de l'affiche présenté au *VII^e Symposium québécois en maladies infectieuses*, Saint-Hyacinthe, 4-5 mai 1998.

Fournier L, Chevalier S, Ostoj M, Caulet M, Courtemanche R, Plante N. *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et Québec 1996-97, 2-Montréal : Premiers résultats*. 20 novembre 1998, Santé Québec, 5 p.

Francis DP, Hadler SC, Thompson SE, et coll. « The prevention of hepatitis B with vaccine », *Ann Intern Med* 1982;97 :362-366.

Gilson RJC, de Ruiter A, Waite J, et coll. « Hepatitis B virus infection in patients attending a genitourinary medicine clinic : risk factors and vaccine coverage », *Sex Transm Inf* 1998; 74 :110-5.

Glasgow KW, Schabas R, Williams DC, Wallace E, Nalezyty LA. « A Population-based Hepatitis B Seroprevalence and Risk Factor Study in a Northern Ontario Town ». *Can J Pub Health* 1997; 88(2) : 87-90.

Groupe de travail provincial sur l'hépatite B. *Contrôle de l'hépatite B par l'immunisation au Québec*. Rapport final approuvé par le Comité de l'immunisation du Québec. 5 décembre 1991, 49 p.

Gully PR. « Selective risk group strategies in North America. « Selective risk group strategies in North America », *Vaccine* 1995; 13(Suppl.1) : S41-S43.

Hadler SC. « Vaccines to prevent hepatitis B and hepatitis A virus injections », *Infect Dis Clin North Am* 1990;4 :29-46.

Jilg W, Schmidt M, Dienhardt F. « Vaccination against hepatitis B : comparison of three different vaccination schedules », *J Infect Dis*. 1989;160 :766-769.

Kollar LM, Rosenthal SL, Biro F. « Hepatitis B vaccine series compliance in adolescents », *Pediatr Infect Dis J* 1994;13 :1006-8.

Kwon HJ, Keenan KM, Colman H, Sundeen KM, Waite DE. « Compliance with a hepatitis B vaccination program », *J Dent Educ* 1984;48 :563-565.

Lawrence MH, Goldstein MA. « Hepatitis B Immunization in Adolescents », *Journal of Adolescent Health* 1995; 17 : 234-243.

Lee WM. « Hepatitis B virus infection », *N Engl J Med* 1997;337 :1733-45.

Margolis HS, et coll. « Hepatitis B : Evolving Epidemiology and Implications for Control », *Semin Liver Dis* 1991; 11 : 84-92.

Martin G, Rioux C, et le personnel de Point de Repères. *Vaccination de la clientèle de Point de Repères contre le virus de l'hépatite B*, Rapport, mai 1996.

Mast EE, Williams IT, Alter MJ, Margolis H. « Hepatitis B vaccination of adolescent and adult high risk groups in the United States », *Vaccine* 1998; 16 : S27-S29.

McConnery C, Courteau JP. *Projet pilote de vaccination contre l'hépatite B au Gîte Ami*, Rapport final. Régie régionale de l'Outaouais, Direction de la santé publique, mai 1996.

Mezzelani P, Venturini L, Turrina G, Lugoboni F, Des Jarlais DC. « High Compliance with a Hepatitis B Virus Vaccination Program among Intravenous Drug Users », *The Journal of Infectious Diseases*, 1991; 163 : 923.

Poulin C, Alary M, Duval B, et coll. *Étude de faisabilité de l'application d'un programme de vaccination contre l'hépatite B chez les adolescents en difficulté admis en centre de réadaptation*, Rapport final remis à la DSP, MSSS. Décembre 1994.

Prislin R, Dyer JA, Blakely CH, Johnson CD. « Immunization Status and Sociodemographic Characteristics : The Mediating Role of Beliefs, Attitudes, and Perceived Control », *American Journal of Public Health* 1998; 88(12) : 1821-6.

Remis RS, Alary M, Vincelette J, et coll. « Hepatitis B virus (HBV) infection among men who have sex with men (MSM) in a Montreal cohort study », *Can J Infect Dis* 1997; 8(Suppl.A) : 25A.

Roy E, Haley N, Leclerc P, Lemire N, Boivin JF, Frappier J, Claessens C. « Prevalence of HIV Infection and Risk Behaviours Among Montreal Street Youth », *Int J STD AIDS* 2000; 11(4) :241-7.

Roy É, Haley N, Lemire N, Boivin JF, Leclerc P, Vincelette J. « Hepatitis B Virus Infection Among Street Youths in Montreal », *Can Med Ass J* 1999; 161(6) :689-93.

Schiff GM, Sherwood JR, Zeldis JB, Krause DS. « Comparative Study of the Immunogenicity And Safety of Two Doses of Recombinant Hepatitis B Vaccine in Healthy Adolescents », *Journal of Adolescent Health* 1995;16;12-17.

Sellers J, Pickard L, Mahony JB, et coll. « Understanding and enhancing compliance with the second dose of hepatitis B vaccine : a cohort analysis and a randomized controlled trial », *Can Med Assoc J* 1997; 157(2) : 143-8.

Sellers J, Zimic-Vincetic M, Howard M, Chernesky MA. « Lack of Compliance with Hepatitis B Vaccination among Canadian STD Clinic Patients : Candidates for an Accelerated Immunization Schedule? », *Can J Pub Health* 1997; 88 : 210-1.

Tepper ML, Gully PR. « Lovers and livers : Hepatitis B as an STD », *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1997; 6(2) : 135-142.

Tepper ML. « Universal hepatitis B immunization : young adolescent immunization », *Vaccine* 1998; 16 : S23-S26.

Trudeau G. « Interventions efficaces en vaccination des adultes », présentation à la 3^e conférence canadienne nationale sur l'immunisation, Calgary, 8 décembre 1998.

Wang E, King S, Goldberg E, et coll. « Hepatitis B and Human Immunodeficiency Virus Infection in Street Youth in Toronto », *Can Pediatr Infect Dis J* 1991; 10 : 130-3.

Weinstock HS, Bolan G, Moran JS, et coll. « Routine Hepatitis B Vaccination in a Clinic for Sexually Transmitted Diseases », *American Journal of Public Health* 1995; 85(6) : 846-9.

Westman S, Halbert RJ, Walton LG, Henneman CE. « A "Clinic without Walls" : The Los Angeles Immunization Demonstration Project », *American Journal of Public Health* 1997; 87(2) : 293-4.

Williams JF, Nokes DJ, Anderson RM. « Targeted hepatitis B vaccination – a cost effective immunisation strategy for the UK? », *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; 50 : 667-673.

Wong VK, Woodruff C, Shapiro R. « Compliance of Hepatitis B Vaccination in Patients Presenting to a Teenage Clinic », *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13(10) : 936.

Yuan L, Robinson G. « Hepatitis B Vaccination and Screening for Markers at a Sexually Transmitted Disease Clinic for Men », *Revue canadienne de santé publique* 1991; 85(5) : 338-340.

ANNEXES

Organismes communautaires offrant un site de vaccination

- Le Bunker / Centre de jour « Chez Pop's »
- Refuge des jeunes de Montréal
- PIAMP Inc.
- Passages
- Pact de rue
- Spectre de rue
- Le Roc - Aide aux jeunes
- En marge
- Le Repère

Collaborateurs

Organismes référant les jeunes à des sites de vaccination

- Le Bon Dieu dans la rue
- Unité mobile l'Anonyme Inc.
- Travail de milieu jeunesse sud-ouest (TMJSO)
- Dîners-Rencontres St-Louis-de-Gonzague
- Centre de réadaptation Alternatives
- Plein Milieu
- Pic-Atouts / Pre-Fix (Dopamine)
- Stella
- Département de médecine préventive, Programme spécial Toxico/VIH/Sida, Hôpital St-Luc
- CLSC des Faubourgs, Clinique des jeunes
- CLSC des Faubourgs, Équipe itinérance

Autres organismes informés du programme

Organismes communautaires

- Accueil Bonneau Inc.
- L'Abri de l'Espoir
- La Maison Marguerite
- Table de concertation Hochelaga-Maisonneuve
- Cactus
- Native Friendship Center
- Native Women's Shelter

Cliniques et hôpitaux

- Hôpital Sainte-Justine, Clinique des adolescents
- Hôpital général de Montréal pour enfants, Clinique des adolescents
- CLSC Métro
- CLSC La Petite Patrie
- CLSC du Plateau Mont-Royal
- CLSC Côte-des-Neiges
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC Parc Extension
- Heads & Hands

Centres de référence

- Drogue, Aide et Référence
- Cocainomanes Anonymes (CA)
- Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN)
- REVDEC - Rêve pour décrocheurs

Centres de désintoxication

- Centre de réadaptation Alternatives
- Centre Jean Lapointe pour adolescents

Autres

- Régie régionale de Montréal-Centre
- Coordonnateur dossier itinérance
- Responsable secteur réadaptation

PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

No. dossier : _____

1. Date de naissance : 19 ____ / ____ / ____
an ms j
2. T'es-tu déjà fait tatouer? ☐⁰ Non ☐¹ Oui
3. T'es-tu déjà fait percer d'autres parties du corps que les lobes de l'oreille (body piercing)?
☐⁰ Non ☐¹ Oui
4. a) T'es-tu déjà injecté ou fait injecter des drogues dans tes veines ou sous ta peau?
☐⁰ Non → (Passez à la question 5)
☐¹ Oui → Si oui, combien de fois, à peu près, t'es-tu déjà piqué(e) dans ta vie?
☐¹ 1
☐² 2 à 5
☐³ 6 à 10
☐⁴ 11 à 50
☐⁵ 51 à 100
☐⁶ 100 à 500
☐⁷ plus de 500
☐⁸ Ne s'applique pas
- b) Est-ce que ça t'est arrivé dans les derniers 6 mois?
☐⁰ Non ☐¹ Oui ☐⁹ Ne s'applique pas
- c) Est-ce que ça t'est arrivé d'utiliser le matériel d'injection que quelqu'un d'autre avait utilisé avant toi, par exemple, la seringue, le coton, l'eau ou la cuiller?
☐⁰ Non
☐¹ Oui → Durant les derniers six mois ☐⁰ Non ☐¹ Oui
☐⁹ Ne s'applique pas
5. a) Dans ta vie, as-tu déjà eu des activités sexuelles?
☐⁰ Non → (Passez à la question 6)
☐¹ Oui → Avec : des femmes seulement ☐⁰ Non ☐¹ Oui
des hommes seulement ☐⁰ Non ☐¹ Oui
des hommes et des femmes ☐⁰ Non ☐¹ Oui
- b) Avec combien de personnes en tout as-tu eu des activités sexuelles?
☐¹ 1
☐² 2 à 5
☐³ 6 à 10
☐⁴ 11 à 50
☐⁵ 51 à 100
☐⁶ plus de 100
☐⁸ Ne sait pas
☐⁹ Ne s'applique pas

6. a) As-tu déjà reçu de l'argent, des cadeaux, de la drogue, une place à coucher ou autres choses en échange pour des activités sexuelles avec des hommes ou des femmes?

☐⁰ Non ☐¹ Oui ☐⁹ Ne s'applique pas

- b) As-tu déjà donné de l'argent, des cadeaux, de la drogue, une place à coucher ou autres choses en échange pour des activités sexuelles avec des hommes ou des femmes?

☐⁰ Non ☐¹ Oui ☐⁹ Ne s'applique pas

7. a) Dans quel pays es-tu né(e)?

¹☐ Canada → Ton père ou ta mère ou les 2 sont-ils autochtones?
☐⁰ non
☐¹ les deux
☐² un seul

²☐ à l'étranger → Dans quel pays? _____

- b) Où est né ton père naturel? _____

- c) Où est née ta mère naturelle? _____

8. a) Dans ta vie, as-tu eu besoin de chercher un endroit pour dormir pour plus que trois nuits?

☐⁰ Non → (passez à la question 9)
☐¹ Oui → Quel âge avais-tu la première fois que tu t'es retrouvé dans cette situation? _____ ans

- b) Combien de temps en tout dans ta vie as-tu été dans cette situation?

☐¹ moins d'une semaine
☐² plus d'une semaine mais moins qu'un mois
☐³ plus qu'un mois mais moins de six mois
☐⁴ plus de six mois mais moins d'un an
☐⁵ plus d'un an (précisez) : _____

9. Acceptes-tu qu'on te recontacte pour tes prochaines doses de vaccin?

☐⁰ Non ☐¹ Oui ☐⁹ Ne s'applique pas

10. Sexe du répondant :

☐¹ fille
☐² garçon
☐³ transsexuel

11. Langue de l'entrevue :

☐¹ français
☐² anglais
☐³ autre (précisez) _____

Commentaires : _____

Signature de l'intervieweur(e) : _____ Lieu : _____

Date : 19____/____/____
an ms jr

VACCINATION PROGRAM AGAINST HEPATITIS B

File no. : _____

1. Date of birth : 19____/____/____
year mo day
2. Have you ever gotten a tattoo? ☐⁰ No ☐¹ Yes
3. Have you ever had a body part pierced other than your ear lobes? (body piercing)
☐⁰ No ☐¹ Yes
4. a) Have you ever injected or had someone inject drugs into your veins or under your skin?
☐⁰ No → (Go to question 5)
☐¹ Yes → About how many times have you ever shot up?
- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| ☐ ¹ | 1 |
| ☐ ² | 2 to 5 |
| ☐ ³ | 6 to 10 |
| ☐ ⁴ | 11 to 50 |
| ☐ ⁵ | 51 to 100 |
| ☐ ⁶ | 100 to 500 |
| ☐ ⁷ | over 500 |
| ☐ ⁸ | not applicable |
- b) Did you do this during the last 6 months?
☐⁰ No ☐¹ Yes ☐⁹ Not applicable
- c) Have you ever used injection material that someone else had already used, for example, a syringe, cotton, water or a spoon?
☐⁰ No
☐¹ Yes → During the last six months? ☐⁰ No ☐¹ Yes
☐⁹ Not applicable
5. a) Have you ever had sexual relations?
☐⁰ No → Go to question 6)
☐¹ Yes → With : women only ☐⁰ No ☐¹ Yes
men only ☐⁰ No ☐¹ Yes
men and women ☐⁰ No ☐¹ Yes
- b) During your lifetime, with how many people have you ever had sex?
- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| ☐ ¹ | 1 |
| ☐ ² | 2 to 5 |
| ☐ ³ | 6 to 10 |
| ☐ ⁴ | 11 to 50 |
| ☐ ⁵ | 51 to 100 |
| ☐ ⁶ | over 100 |
| ☐ ⁸ | don't know |
| ☐ ⁹ | not applicable |

6. a) Have you ever received money, presents, drugs, a place to sleep, or something else with men or women in exchange for sex?

☐⁰ No ☐¹ Yes ☐⁹ Not applicable

- b) Have you ever given money, presents, drugs, a place to sleep, or something else with men or women in exchange for sex?

☐⁰ No ☐¹ Yes ☐⁹ Not applicable

7. a) In what country were you born?

¹☐ Canada → Is your father and/or your mother Native?

☐⁰ no
☐¹ both
☐² one only

²☐ outside Canada → In what country? _____

- b) Where was your natural father born? _____

- c) Where was your natural mother born? _____

8. a) In your lifetime, have you ever needed to look for a place to sleep for more than 3 nights?

☐⁰ No → (Go to question 9)
☐¹ Yes → How old were you the first time you were in this situation?
_____ years

- b) During your lifetime, how long were you in such a situation?

☐¹ less than 1 week
☐² more than 1 week but less than 1 month
☐³ more than 1 month but less than 6 months
☐⁴ more than 6 months but less than 1 year
☐⁵ more than 1 year (specify) : _____

9. Do you agree that we contact you for your next doses of vaccine?

☐⁰ No ☐¹ Yes ☐⁹ Not applicable

10. Gender of respondent :

☐¹ girl
☐² boy
☐³ transsexual

11. Language of the interview :

☐¹ French
☐² English
☐³ Other (specify) : _____

Comments :

Interviewer's signature: _____ Place : _____

Date : 19____/____/____
 year mo day

Bonjour,

D'ici deux mois, notre projet pilote existera depuis un an. Au cours de ces prochains mois, afin de rejoindre le plus de jeunes pour compléter leur vaccination déjà commencée par notre intervention, nous allons procéder à un sprint de vaccination. Pour ce faire, nous augmenterons le nombre de cliniques dans les organismes où nous avons vacciné le plus de jeunes.

Nous espérons ainsi nous rapprocher un peu plus de notre objectif de départ qui était d'obtenir une vaccination complète (3 doses) chez 80 % des jeunes. Nous devons vous mentionner qu'il est assez difficile de retracer des jeunes trois mois après leur deuxième dose pour s'assurer de compléter le vaccin et ce, malgré un incitatif (billet de cinéma) que nous remettons à chacun une fois la troisième dose complétée. Avec la collaboration des intervenants des organismes à encourager les jeunes à compléter les doses manquantes, nous croyons pouvoir rejoindre encore plus de jeunes.

Vous trouverez en annexe à cette lettre notre horaire du mois d'août 1999.

Pour tout commentaire ou toute question, n'hésitez pas à nous téléphoner.

Merci de votre collaboration.

Nancy Haley, médecin

Lyse Bélanger, infirmière

/dl

p.j.

**HORAIRE DES CLINIQUES DE VACCINATION GRATUITE CONTRE
L'HÉPATITE B CHEZ LES JEUNES (14 - 25 ans)**

FÉVRIER 1997

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
						1
2	3 EN MARGE 3 à 5 h PM	4	5	6 BUNKER 1 à 5 h PM	7	8
9	10 BUNKER 1 à 5 PM	11 P.I.A.M.P. 1 à 5 h PM	12	13 REFUGE 2 à 4 h PM	14	15
16	17	18 PASSAGE 3 à 5 h PM	19	20 BUNKER 1 à 5 h PM	21	22
23	24 BUNKER 1 à 5 h PM	25 P.I.A.M.P. 1 à 5 h PM	26	27 EN MARGE 3 à 5 h PM REFUGE 7 à 9 h PM	28	

Bunker : 524-0029
En Marge : 849-7117

Passage : 875-8119
P.I.A.M.P. : 527-1267

Refuge : 849-4221

Annexe 4

HORAIRE DES CLINIQUES DE VACCINATION GRATUITE CONTRE L'HÉPATITE B CHES LES JEUNES (14 - 25 ans)

Avril 1998						
Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
			1 CHEZ POP'S 1h à 1h PM	2	3	4
5	6	7 REPÈRE 1h à 4h PM	8	9	10 CONGÉ	11
12 	13 CONGÉ	14	15 CHEZ POP'S 1h à 4h PM	16 LE ROC 5h à 7h PM	17	18
19	20	21 CHEZ POP'S 1h à 4h PM	22	23 REFUGE 7h à 8h PM	24	25
26	27	28 CHEZ POP'S 1h à 4h PM	29	30 LE ROC 5h à 7h PM		

Le Bon Dieu dans la rue : 528-POPS
(Centre de jour)

Le Roc : 523-5288
Repère (PIAMP) : 527-1267

Refuge : 849-4221

Clinique de vaccination **contre l'hépatite B** **GRATUIT** pour les jeunes de 14 à 25 ans



L'hépatite B ça te concerne !

C'est une maladie causée par un virus qui s'attaque au foie. Au Québec, cette maladie est présente.

COMMENT ÇA SE TRANSMET?

L'hépatite B se transmet par le sang, le sperme et les sécrétions vaginales d'une personne infectée, on peut donc attraper ce virus:

- lors d'une relation sexuelle non protégée*
- par un partage d'aiguille et de seringue*
- par du matériel de tatouage ou de "body piercing" non stérilisé*
- par un contact direct avec le sang (piqûre avec une aiguille souillée, rasoir).*

Une femme enceinte peut aussi transmettre le virus à son enfant lors de l'accouchement.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES?

50% des personnes atteintes n'ont aucun symptôme. Chez les autres, on peut remarquer des signes variés comme une grande fatigue, des nausées, des maux de ventre, de la fièvre et dans certains cas, une jaunisse (peau et "blanc" des yeux jaunes) peut survenir.

Un vaccin très efficace permet de prévenir cette maladie. Informe-toi à un intervenant pour savoir où et quand tu peux recevoir le vaccin gratuit contre l'hépatite B.



Clinique de vaccination contre l'hépatite B **GRATUIT** pour les jeunes de 14 à 25 ans

Connais-tu ton risque?

L'hépatite B ça te concerne!

Vois un intervenant si tu
désires plus
d'information ...

Contre l'hépatite B
la meilleure protection
c'est la vaccination!

HORAIRE DES CLINQUES DE VACCINATION GRATUITE CONTRE L'HÉPATITE B CHEZ LES JEUNES (14 - 25 ans)

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
			CHEZ POPS 1h à 1h PM			
		REFUGE 1h à 4h PM			10 CONGE	11
12	13 CONGE		CHEZ POPS 1h à 4h PM	15 LE ROC 8h à 7h PM	17	18
19	20	21 CHEZ POPS 1h à 4h PM		22 REFUGE 7h à 8h PM	24	25
26	27	28 CHEZ POPS 1h à 4h PM		29 LE ROC 8h à 7h PM		

Le Bon Dieu dans le sud : SBS-POPS (Centre de jour)
Le Roc : 823-4288
Refuge (PMAP) : 827-1287
Refuge : 848-4221

* Comportements à risque:

- relation sexuelle non protégée
- partage d'aiguille et de seringue
- utilisation de matériel de tatouage ou de "body piercing" non stérilisé

PROGRAMME DE VACCINATION DES JEUNES DE LA RUE CONTRE L'HÉPATITE B

Nous avons décidé de mettre sur pied un programme renforcé de vaccination contre l'hépatite B pour les jeunes de la rue à Montréal. Le virus de l'Hépatite B peut causer des dommages importants au niveau du foie et cette infection est fréquente chez les gens qui ont plusieurs partenaires sexuels et/ou les gens qui utilisent les drogues par injection. Heureusement, cette infection peut être évitée lorsqu'on reçoit trois doses de vaccination contre l'hépatite B.

Normalement, les trois doses coûtent au moins 75 \$. mais présentement la vaccination est gratuite pour les jeunes qui se retrouvent dans des situations difficiles et qui ne peuvent pas se payer cette vaccination. Si ça t'intéresse, tu as la chance présentement de participer au programme de vaccination dont le but est de te protéger contre cette infection.

Pour que tu sois bien protégé contre l'hépatite B, il est très important que tu reçoives trois doses. Il faudra recevoir une deuxième dose un mois après la première et la troisième sera donnée dans quatre mois. Souvent il est difficile de se souvenir qu'il faut un deuxième et troisième rendez-vous pour recevoir les doses nécessaires pour avoir une protection complète. Nous voulons t'aider à compléter la vaccination avec des rappels téléphoniques ou par lettre alors nous avons besoin de quelques informations sur comment te rejoindre pour ces deux prochaines vaccinations. Quand tu auras reçu les trois doses, je détruirai toutes les informations que j'ai recueillies pour te rejoindre. Ces informations sont gardées de façon confidentielle comme un dossier médical, par l'équipe de santé publique responsable du programme.

Je te demande de signer un consentement qui nous donne la permission de pouvoir te rejoindre pour te rappeler qu'il est temps de recevoir une autre dose. Si tu veux plus d'information ou si tu as des inquiétudes, tu peux nous rejoindre par notre numéro (932-3055 poste 4583) et nous laisser un message dans notre boîte vocale. Si tu es à l'extérieur de Montréal, tu peux nous rejoindre par notre ligne directe (1-800 693-7275 poste 4583). Nous essaierons de trouver un endroit près d'où tu demeures pour recevoir tes autres doses gratuitement.

PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

NO: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'accepte que l'équipe de vaccination de l'hépatite B utilise les moyens suivants pour me retrouver afin que je puisse recevoir mes 2e et 3e doses de vaccin :

1. Me retracer en contactant les personnes, endroits et références que j'ai nommés oui ☐ non ☐

Si nécessaire, retracer mon adresse et mon numéro de téléphone dans : oui ☐ non ☐

1. mes dossiers d'aide sociale
2. mes dossiers médicaux
3. autres dossiers institutionnels

Par conséquent, j'autorise le personnel des ressources et des institutions détenant ces informations à révéler ces dernières à l'équipe de vaccination.

2. Je consens à ce que l'équipe de vaccination mentionne à ces personnes qu'elles me contactent dans le but de compléter ma vaccination oui ☐ non ☐

3. Je consens aussi à ce que l'équipe de vaccination échange l'information sur mon état vaccinal avec d'autres organismes de personnel médical qui peuvent vacciner, si nécessaire oui ☐ non ☐

Cette information demeurera strictement confidentielle et servira seulement à vous aider à compléter votre vaccination contre l'hépatite B.

Cette autorisation est valide pour deux ans.

Signé à : _____ le _____ 19 ____

Signature: _____

Nom en lettres moulées : _____

Témoin : _____

*Unité Maladies infectieuses, Direction de la santé publique
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal, Québec H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400 Fax : (514) 528-2452*

HEPATITIS B VACCINATION PROGRAM

NO: _____

CONSENT FORM

I accept that the hepatitis B vaccination team use the following means to reach me so that I can receive the 2nd and 3rd doses of vaccine:

1. Contact me through the people, places and information that I have provided; yes ☐ no ☐

If necessary, find my address and telephone number through: yes ☐ no ☐

1. my welfare files
2. my medical files
3. other institutional files

Consequently, I authorize the personnel of the resources and institutions who hold the following information to disclose it to the vaccination team.

2. I consent that the vaccination team mention to these people that I am being contacted for the purposes of continuing my vaccination; yes ☐ no ☐
3. I consent that the vaccination team provide information on my vaccination status to other medical personnel organizations who can give the vaccine, if necessary; yes ☐ no ☐

This information will be held strictly confidential and is solely for the purpose of supporting you in completing your hepatitis B vaccination.

This authorization is valid for 2 years.

Signed at: _____ on _____ 19 ____

Signature of subject: _____

Name (please print): _____

Signature of vaccination team member: _____

*Infectious Diseases Unit, Public Health Department
1301 Sherbrooke Street East, Montreal, Quebec H2L 1M3
Telephone : (514) 528-2400 Fax : (514) 528-2452*

QUESTIONNAIRE DE RELANCE 1997

Numéro: _____

1. **J'ai besoin de tous les renseignements qui me permettront de te rejoindre dans un mois et dans quatre mois.**

Nom _____ Date de naissance: 19__ /^M__ /^J__

Adresse: _____

no	rue	app.	ville	code postal

Téléphone: () _____
code régional

Autre téléphone : () _____
code régional

As-tu un surnom de rue?

- 2. Qui pouvons-nous contacter pour te rejoindre? Cela peut être à Montréal ou ailleurs.**

	Nom	Adresse	Téléphone
Ami(e)s:			

Parents (Ta mère ou ton père): _____

Autres parents à qui tu donnes régulièrement de tes nouvelles:

Un ou des travailleur(s) de rue: _____

Une ou des personnes dans un organisme que tu fréquentes:

Un médecin régulier et/ou un travailleur social:

Autres personnes ou lieux fréquentés par le jeune (école, travail, loisirs: local de pratique):

3. Numéro d'assurance-sociale: _____ uméro d'assurance-maladie: _____

Y a-t-il un CLSC ou un hôpital que tu utilises parfois? CLSC: _____ Hôpital: _____

4. Reçois-tu des chèques d'Aide social? ☐ non ☐ oui

À quelle adresse les reçois-tu? _____

5. Quels seraient les meilleurs moyens de te rejoindre dans un mois et dans quatre mois, par ordre d'importance?

1. _____
2. _____
3. _____

6. Y a-t-il d'autres informations que tu pourrais me donner qui m'aideraient à te retrouver dans quelques mois? (Par ex.: as-tu l'intention de t'inscrire à un cours ou as-tu un emploi en vue ou as-tu un voyage en vue, ou penses-tu déménager?)

7. Est-ce qu'il y a des endroits publics où tu te tiens très souvent où je pourrais peut-être te revoir (ex.: sorties de métro, quête, squeegee)?

- 8- As-tu de bons amis dans la rue qu'on aurait peut-être vacciné et qui sauraient te retrouver?

- 9- Fais-tu partie de la cohorte VIH? ☐ non ☐ oui

Notes: _____

Nom de l'intervenant:

Lieu de la vaccination:

Date:

____ / ____ / ____
jr ms an

FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE 1997

No: _____

1. I need all the information that will allow me to find you in one month and then in three months later.

Name _____ Date of birth: 19____ /^M____ /^D____Address: _____
no street apt. city postal codeTelephone: (____) _____ Other telephone : (____) _____
area code area code

Do you use a street name? _____

2. Who can we contact to reach you ? It can be someone in Montreal or elsewhere.

	Name	Address	Telephone
Friend(s):			
Parents (your mother or your father):			
Other family member with whom you have regular contact:			
Street worker(s):			
Someone who works in a place that you go to:			
A physician that you see regularly:			
Other people or places attended by the youth (school, work, activities):			

3. Social insurance number: _____ Medicare card number: _____

Do you ever go to a CLSC or a hospital? Wich one ?

CLSC: _____ Hospital: _____

4. Do you receive welfare cheques? ☐ no ☐ yes

Where do you receive them ? _____
address

5. What would be the best way to reach you in one month and in four months ?

6. Is there any other information that you could give to help me find you in a few months ? (For example, are you intending to register for a course ? Do you have a job opportunity ? Are you planning a trip ?)

7. Do you hang out at a specific public place where I could find you ?

8- Do you have good friends that has been vaccinated and who they would know how to find you ?

9- Are you in the HIV Cohort? ☐ no ☐ yes

Notes: _____

Name of the interviewer:

Place of vaccination:

Date:

____ / ____ / ____
day month year

QUESTIONNAIRE DE RELANCE 1998

Numéro: _____

1. Afin de compléter tes 3 doses de vaccin contre l'hépatite B, j'ai besoin de tous les renseignements qui me permettront de te rejoindre pour ta prochaine vaccination dans un mois et dans quatre mois.

Nom _____ Date de naissance: 19____ / ^M____ / ^J____
 Adresse: _____
 no rue app. ville code postal

 Téléphone: () _____ Autre téléphone : () _____
 code régional code régional

As-tu un surnom de rue? _____

2. Qui pouvons-nous contacter pour te rejoindre (en ordre d'importance)? Cela peut être à Montréal ou ailleurs.

Nom/relation	Adresse	Téléphone	Aucune identification	ID
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Notes : _____

3. Numéro d'assurance-sociale : _____
 Numéro d'assurance-maladie : _____

4. Reçois-tu ou prévois-tu recevoir des chèques du Bien-être social? ☐ Non ☐ Oui

À quelle adresse les reçois-tu? _____

Nom de l'interviewer: _____

Lieu de la vaccination: _____

Date : 19____ / ^M____ / ^J____

FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE 1998

No: _____

1. In order to complet your 3 doses of hepatitis B vaccine, I need all the information that will make it possible for me to contact you for your next visit in 1 month and in 4 months.

Name _____ Date of birth: 19____ / ^M____ / ^D____Address: _____
No street apt. city postal codeTelephone: () _____ Other telephone : () _____
areal code area code

Do you have a street name? _____

2. Who can we contact in order to reach you (in order of importance)?

Name/Relationship	Address	Telephone	No identification	ID
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Notes : _____

3. Social Insurance Number : _____
Medicare Number : _____

4. Do you receive or plan on receiving welfare? ☐ No ☐ Yes

At what address? _____

Name of interviewer : _____

Place of vaccination : _____

Date : 19____ / ^M____ / ^D____



Engagement en la confidentialité

m'engage solennellement:

A je ne tenterai d'obtenir ou d'utiliser des données, renseignements ou documents nominatifs qui ne sont pas expressément nécessaires à l'accomplissement des tâches qui me sont confiées par la Direction de la santé publique;

B j'observerai toutes les précautions et les mesures de sécurité raisonnables ou requises pour préserver le caractère confidentiel des données ou des renseignements nominatifs auxquels je pourrais avoir accès dans le cadre de mon travail;

C je ne communiquerai, divulguerai, divulguerai ou divulguerais des données ou des renseignements nominatifs à des personnes non habilitées de façon expresse par la Direction de la santé publique, les renseignements nominatifs auxquels je pourrais avoir accès dans le cadre de mon travail, ni même d'informer ces personnes de l'existence de tels renseignements;

Je comprends que, légalement, il est possible de sanctions si je manque aux obligations ci-dessus mentionnées, en plus de quoi, j'ai signé ce document à la date et au lieu inscrits sous ma signature.

Témoin

Ville



La relance (deuxième année)

Les démarches effectuées selon les priorités (dose de vaccin due et niveau d'information disponible) :

Priorité 1. Le jeune dû pour sa **deuxième** dose de vaccin et au « niveau 1 » :

- téléphone 24 à 48 heures avant le rendez-vous
- téléphone dans les prochaines 48 heures si rendez-vous manqué
- téléphone deux semaines après – dossier « retardataire »

Priorité 2. Le jeune dû pour sa **deuxième** dose de vaccin et au « niveau 2 » :

- téléphone une semaine avant le rendez-vous
- téléphone deux semaines après, si rendez-vous manqué
- dernier téléphone un mois après – dossier « retardataire »

Priorité 3. Le jeune dû pour sa **deuxième** dose de vaccin et au « niveau 3 » :

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|
| ➤ démarche à faire <u>une semaine</u> au moins avant le rendez-vous (lettre, note à l'organisme communautaire, etc.) | ➤ aucune réponse <u>après 1 mois</u> | ➤ téléphone ou fax aux Bien-être Social, centres jeunesse, Sécurité du revenu, centres de détention, centres de réhabilitation, etc. | ➤ aucune autre information | ➤ toutes démarches épuisées (TDE) |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|

Priorité 4. Le jeune dû pour sa **troisième** dose de vaccin et au « niveau 1 » :

- téléphone une semaine au moins avant le rendez-vous
- téléphone dans les prochaines 48 heures si rendez-vous manqué
- dernier téléphone deux semaines après si rendez-vous manqué – dossier « retardataire »

Priorité 5. Le jeune dû pour sa **troisième** dose de vaccin et au « niveau 2 » :

- téléphone une semaine au moins avant le rendez-vous
- téléphone deux semaines après si rendez-vous manqué – dossier « retardataire »

Priorité 6. Le jeune dû pour sa **troisième** dose de vaccin et au « niveau 3 » :

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|
| ➤ démarche à faire <u>trois semaines</u> avant le rendez-vous (lettre, note à l'organisme communautaire, etc.) | ➤ aucune réponse <u>après 1 mois</u> | ➤ téléphone ou fax aux Bien-être Social, centres jeunesse, Sécurité du revenu, centres de détention, centres de réhabilitation, etc. | ➤ aucune autre information | ➤ toutes démarches épuisées (TDE) |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|

Retardataires

Tous les anciens ainsi que les nouveaux dossiers classés retardataires sont divisés de la façon suivante :

Premier niveau, deuxième niveau et troisième niveau :

- téléphone ou lettre (note) à faire au moins deux mois après le dernier contact (ou lorsque l'agente de santé a du temps de libre)
- si le jeune ne se présente pas, il devient « TDE » (toutes les démarches épuisées)

Rôle de l'infirmière (Lyse Bélanger)

Mon implication dans le projet de vaccination des jeunes de la rue a débuté à l'automne 1996. Dès le départ de ce projet, j'ai participé très activement à l'élaboration de ce que serait un programme de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes plus vulnérables. Avec les autres membres de l'équipe nous avons choisi les organismes où se dérouleraient les différentes cliniques de vaccination. Pour en arriver à faire ce choix et établir un horaire, nous avons rencontré des intervenants qui travaillaient déjà sur le terrain, soit Hélène Denoncourt (infirmière CLSC des Faubourgs), Patricia Mealin (infirmière du DMP St-Luc) et les responsables d'organismes communautaires.

Par la suite, j'ai participé à l'élaboration des outils utilisés lors de nos cliniques, c'est-à-dire le formulaire de consentement et de relance ainsi que le questionnaire des facteurs de risque. J'ai créé un dossier médical répondant à toutes les exigences des membres de l'équipe. Pour m'assurer du bon fonctionnement de nos cliniques de vaccination et d'un bon suivi de relance auprès des jeunes, j'ai développé différents outils que j'ai utilisés, comme le rapport des activités de vaccination, la liste des retardataires, la liste des vaccinés, l'agenda avec rendez-vous.

Je m'occupais aussi de toute la gestion des produits biologiques incluant les différents rapports à compléter pour l'utilisation des vaccins. Je devais aussi m'occuper de la gestion de tout le matériel requis pour le fonctionnement d'une clinique de vaccination (seringues, ouate, carte de vaccination, etc.). J'ai complété aussi un rapport qui permettait à d'autres personnes d'analyser différentes données de notre projet (exemple : 2^e dose, 3^e dose, relance).

J'ai aussi participé à toutes les discussions avec les autres membres de l'équipe concernant l'implication d'un(e) agent(e) de liaison. J'ai participé aux interviews des futurs candidats(es) et à la prise de décision du choix de ce(tte) candidat(e).

Je vaccinait les jeunes contre l'hépatite B ainsi que l'hépatite A. Je leur donnait l'information sur les différentes hépatites, les effets secondaires des vaccins, etc. Je demeurais très disponible pour répondre à toutes leurs questions et au besoin je les référais à différents organismes ou cliniques. À tous les mois, je préparais l'horaire des cliniques de vaccination et je m'assurais auprès de la secrétaire de son envoi à nos partenaires.

Suite aux questions posées par les jeunes, notre équipe a produit un poster sur les hépatites A, B, C. Ce poster se voulait un instrument très visuel d'information pour les jeunes qui fréquentaient les organismes communautaires participants.

J'ai aussi participé à la mise sur pied de groupes de discussion auprès de jeunes marginaux pour connaître leur opinion sur l'accessibilité aux services de santé, ainsi qu'à la rédaction d'un rapport sur le même sujet. Suite à ces focus groupes, les jeunes nous ont exprimé leur besoin et leur intérêt à obtenir de l'information sur des sujets reliés à leur santé. Nous avons donc organisé des causeries-santé dans un organisme. L'hépatite C, la nutrition, la dépendance face aux drogues et à l'alcool ont été présentés par des spécialistes. Un bottin des ressources pour les jeunes de la rue a été développé suite à leur demande afin de réunir les ressources qui leur sont offertes à Montréal.

Dans le cadre d'une formation organisée par l'équipe UDI, j'ai fait quelques présentations de notre projet de vaccination à divers intervenants de CLSC.

Rapport de l'agent de santé (*Anna-Louise Crago*)

Je me suis jointe au projet de vaccination à titre d'agente de liaison au mois de mai 1997. Je prenais alors la relève de Josée Larivière qui avait assumé cette fonction depuis janvier de la même année. Le travail d'un agent se divisait en trois volets principaux : la relance, le recrutement et les références. Je consacrais la plus grande partie de mon temps à la relance, celle-ci étant prioritaire à ce stade de l'évolution du projet. Je demeurais par contre flexible dans la distribution de mes heures en vue de m'adapter aux ajustements hebdomadaires tels le nombre de cliniques, le nombre d'appels reçus ou les cas plus difficiles qui surviendraient. J'étais accessible par téléphone cellulaire de 10h à 22h du lundi au vendredi.

La globalité de mon travail s'axait sur une étroite collaboration avec un grand nombre d'organismes communautaires et de CLSC ainsi qu'avec les membres de ma propre équipe; une présence visible et régulière sur le terrain et une grande disponibilité (via le téléphone cellulaire).

Le recrutement

Cette première étape se faisait de façon indirecte et directe. Le recrutement indirect s'accomplissait par le biais d'outils de promotion fournis au besoin à certains organismes collaborateurs. Il s'agissait de mini-horaires, d'horaires auto-collants, d'affiches, de dépliants et de cartes d'affaires. Je demeurais en contact avec les travailleurs de rue et les intervenants des organismes communautaires pour les aider à mieux informer les jeunes au sujet des hépatites et de les référer à nos cliniques. Chaque mois, je distribuais sur la rue une centaine de mini-horaires et de 30 à 50 mini-horaires rattachés à des notes personnalisées.

Le recrutement direct se faisait dans le cadre du travail de rue ou de la clinique elle-même. Pour le travail de rue, je parcourais les axes majeurs du centre-ville en m'attardant dans les lieux de flânage ou de travail régulier des jeunes marginalisés. Je me présentais souvent à proximité d'une clinique, quelques heures avant l'ouverture. Pendant la clinique, j'approchais les jeunes qui s'y présentaient et je les informais au sujet de notre projet. Cette première approche revêtait une grande importance. En effet, la transmission d'informations appropriées et sans jugement, tout en conservant une approche très respectueuse et personnalisée, pouvait influencer l'effort qui serait déployé par le jeune pour revenir et recevoir ses prochaines doses. Ensuite, lorsque le jeune était prêt, je l'accompagnais au local de l'infirmière.

La relance

Une fois le vaccin administré, j'offrais au jeune la possibilité de se faire relancer, en autant qu'il demeurait au Québec. Pour ceux à qui une relance convenait, le jeune signait le formulaire de consentement (annexe 7) et je remplissais la fiche de relance (annexe 8). Ces informations confidentielles étaient ensuite insérées dans un fichier et gardées sous clé. Une fois la vaccination complétée, les numéros de contact pour retracer le jeune étaient détruits.

La relance auprès du jeune débutait quelques jours avant la date prévue pour la prochaine dose. J'appellais alors les numéros de contact donnés par le jeune (si existant) pour lui rappeler la clinique. Si le jeune ne se présentait pas, il devenait retardataire et une relance plus approfondie était de mise. Je tentais alors de le rejoindre aux endroits et numéros mentionnés sur la fiche de relance. Il s'agissait souvent de téléphoner à des amis ou de la parenté afin qu'ils puissent transmettre le message au jeune. S'il y avait une adresse, je lui faisais parvenir une lettre de rappel. Lors de mes entretiens réguliers avec les intervenants, je les informais au sujet des nouveaux cas retardataires. Je laissais également des notes de rappel personnalisées dans les organismes où ils avaient été précédemment vaccinés.

La plupart du temps, je réussissais à laisser un message avec mes coordonnées à la résidence du jeune. Par la suite, le contact direct se faisait à l'aide du téléphone cellulaire. À d'autres moments, quand les contacts donnés étaient épuisés, il était nécessaire d'avoir recours à la collaboration de contacts établis avec la Sécurité du revenu, les centres jeunesse et les centres de détention afin de retracer le jeune. Lorsque le jeune se retrouvait en détention, en centre d'accueil ou en centre de désintoxication fermé, je m'arrangeais avec lui et avec l'unité de services de santé de l'institution pour qu'il puisse recevoir sa dose.

D'autre part, lorsque je retraçais un jeune qui désirais poursuivre sa vaccination au CLSC mais qui demeurait à l'extérieur de Montréal, je lui facilitais le processus. Pour ce faire, j'entreprenais de démystifier notre programme auprès de l'infirmière qui vaccine et je m'assurais que le jeune pourrait continuer d'obtenir gratuitement sa vaccination, et ce, dans les plus brefs délais.

La relance était abandonnée dans les cas suivants :

- le jeune était rendu à l'extérieur du Québec;
- après trois rappels ou références, le jeune ne s'était toujours pas présenté;
- le jeune refusait ses doses restantes;
- le jeune demeurait introuvable.

Le dossier mis de côté « TDE » (toutes démarches épuisées) pouvait toujours être réactivé si le jeune renouait les liens ou se présente pour recevoir son vaccin. Toutes les démarches pour relancer un retardataire (dont la majorité étaient faites par téléphone) étaient documentées et conservées dans le fichier personnel, gardé sous clé, de l'individu.

Références

Une autre grande et importante partie du travail de l'agent de santé consistait à faire des références et de l'écoute active afin de saisir rapidement les besoins du jeune et de l'orienter vers les ressources appropriées. Pour grand nombre de jeunes, l'hépatite B n'était qu'un fil se tissant à des questions plus larges de santé, de sexualité ou de toxicomanie. Le vaccin et le contact personnel et privé qui l'accompagnait faisait en sorte que certains jeunes se sentaient à l'aise de s'adresser à moi (en personne et par la suite par téléphone cellulaire) pour obtenir des réponses à leurs questions ou des solutions à leurs problèmes. Ensemble, nous utilisions notre réseau de contacts dans les ressources afin de leur trouver un endroit approprié qui répondait à leurs besoins.

Rapport de l'agent de santé (Marie-Eve Plante)

La description de tâches d'un agent de santé pour ce projet de vaccination se sépare en deux volets :

- le travail de bureau (relance, entrée de données, tenu des dossiers, etc.)
- le travail sur le terrain (recrutement, information, présence lors des cliniques, etc.)

Après une année et demie de fonctionnement du projet, nous avons apporté quelques changements au recrutement et à la relance des jeunes étant donné que le nombre de jeunes à relancer avait considérablement augmenté (> 1000 dossiers en deux ans) et que le nombre d'heures de clinique était plus restreint.

Travail de bureau

- Organiser le système de relance téléphonique selon le niveau de contact et la dose de vaccin (annexe 9);
- Faire l'entrée des données des nouveaux dossiers de relance et mettre à jour les dossiers ouverts (deuxième et troisième doses de vaccin);
- Référer les jeunes qui désirent recevoir leur vaccin ailleurs que dans nos cliniques (CLSC, centre jeunesse, centre de détention, etc.);
- Relancer les retardataires par téléphone. Lorsqu'un jeune est sans domicile fixe et ne séjourne dans aucun centre, une lettre est envoyée aux endroits pour essayer de retracer le jeune : Sécurité du revenu, centres jeunesse, centres de détention, centres de réhabilitation, etc.;
- Participer au développement d'outils de promotion pour garder l'intérêt au projet dans la communauté (dépliants, affiches, etc.);
- Participer à certains projets pour augmenter les liens entre les services de santé et les jeunes de la rue (bottin des ressources, groupes de discussion, causeries-santé, etc.).

Travail de terrain

- Sensibiliser et informer les jeunes sur ce qu'est le virus des hépatites A-B-C et les modes de transmission;
- Recruter les jeunes dans les organismes communautaires avant et pendant les cliniques;
- Remplir avec les jeunes, lors des cliniques, un formulaire de consentement et un questionnaire de relance;
- Référer les jeunes, au besoin, à un travailleur de rue, un organisme, un CLSC, etc.;
- Faciliter le recrutement de certains jeunes plus difficiles à rejoindre (jeunes MSM, jeunes prostitués, etc.) en se joignant environ une fois par mois à un travailleur de rue.



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Maladies Infectieuses

**Rapport sur les groupes de discussion
chez les jeunes de la rue :**

Accessibilité aux services de santé

Nancy Haley

Lyse Bélanger

Élise Roy

Carole Monette

Micheline Tremblay

Léo-Roch Poirier

Anna-Louise Crago

Marie-Eve Plante

Juin 1989

ISBN : 2-89494-196-X

**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

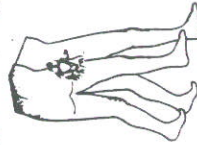
*Garder notre
monde en santé*

Les HÉPATITES A

Les hépatites sont des maladies causées par des virus qui attaquent le foie.

Comment peut-on s'en protéger ?

HÉPATITE A



VACCIN CONTRE L'HÉPATITE A

se donne en deux doses ...



SEUL VACCINANT
DE LA SANTÉ P.T.T.
SEUL EN FRANCE
à la vente, protéger



Mois 0
Première injection

Mois 6
Deuxième injection

HÉPATITE B



Comment peut-on la prévenir ?

Exiger du matériel stérile

TATOUAGE

Des seringues

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER



HÉPATITE C



Comment peut-on la prévenir ?

Exiger du matériel stérile

TATOUAGE

Des seringues

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

des seringues

TATOUAGE

NON PORTER

L'HÉPATITE C : un vaccin

Contre le virus de l'hépatite C

pour dépistage et suivi médical

QUELS SONT LES SYMPTÔMES ?

- Fatigue
- Fièvre
- Nausées
- Diarrhée
- Douleurs abdominales
- Jaunisse



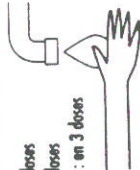
Certains ne développent aucun symptôme, donc ils ne savent pas qu'ils sont atteints d'un virus et qu'ils peuvent le transmettre.

COMMENT PEUT-ON LES PRÉVENIR ?

- Lavage des mains fréquent pour ne pas transmettre l'hépatite A.
- Toujours utiliser du matériel et des seringues stériles (injection et tatouage).
- Utiliser des condoms lors des relations sexuelles avec pénétration.
- Se faire vacciner contre les hépatites A et B. Il n'y a pas de vaccin contre l'hépatite C.

VACCIN

Contre l'hépatite A : en 2 doses
Contre l'hépatite B : en 3 doses
Contre les hépatites A et B : en 3 doses



PUIS-JE ÊTRE PORTEUR ET TRANSMETTRE LA MALADIE ?

Hépatite A

Pas de porteur.

Protection pour la vie si guérison.

Transmission possible durant la maladie seulement.

Hépatite B

1 personne sur 10 demeure porteuse et peut transmettre le virus en tout temps.

Hépatite C

8 personnes sur 10 demeurent porteuses et peuvent transmettre le virus en tout temps.

INFORMATION

Contactez :

- Info-Santé
- Votre CLSC
- Votre médecin



Illustration : Jeff La Rivière

QU'EST-CE QU'UNE HÉPATITE ?

C'est une maladie du foie causée par un virus.

COMPLICATIONS POSSIBLES

- Cirrhose
- Cancer du foie
- Dérègles



MODES DE TRANSMISSION POUR L'HÉPATITE A

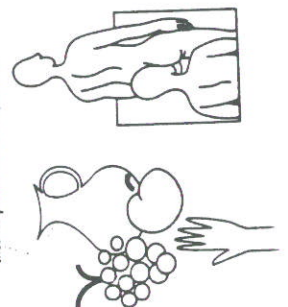
CONTACT DIRECT

- De personne à personne par contact avec les selles d'une personne infectée (bouche-anus, mains-anus).

CONTACT INDIRECT

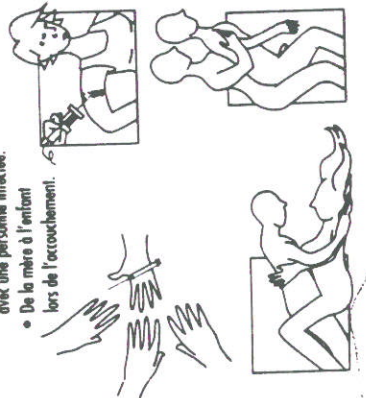
- Par l'eau et les aliments contaminés lors de leur manipulation par des mains mal lavées.

NOTE : Le risque d'une hépatite A grave est important chez les porteurs d'une hépatite C.



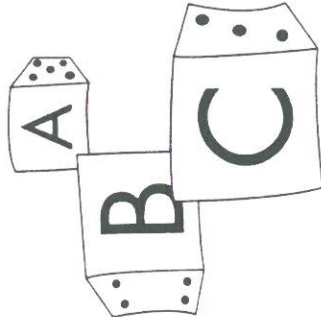
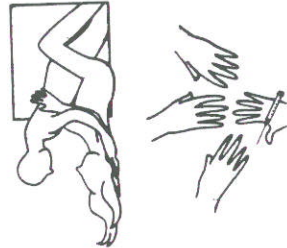
MODE DE TRANSMISSION POUR L'HÉPATITE B

- Partage de seringues et de matériel d'injection avec une personne infectée.
- Tatouage et body-piercing avec du matériel non stérile.
- Relations sexuelles par pénétration non protégées avec une personne infectée.
- De la mère à l'enfant lors de l'accouchement.



MODE DE TRANSMISSION POUR L'HÉPATITE C

- Partage de seringues et de matériel d'injection avec une personne infectée.
- Tatouage et body-piercing avec du matériel non stérile.
- Relations sexuelles par pénétration non protégées avec une personne infectée. Le risque est faible, mais devient plus grand lors des menstruations.



Pour en savoir plus sur les hépatites



« Cause de la Santé »



La santé



par la nutrition !



Date :

Vendredi le 22 janvier

Heure :

14h à 15h30

Lieu :
Chez Pop's

1662, Ontario Est
près de la rue Papineau
(entrée sur le côté)

Conférencière :
Dr Elizabeth Rousseau
Hôpital Ste-Justine



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Projet de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue de Montréal – Rapport final	5,00\$	

NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN
2-89494-245-1

DESTINATAIRE

Nom

Organisme

Adresse

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone

Télécopieur

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la
Direction de la santé publique de Montréal-Centre**

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

