



2019 JOURNÉE
ÉRUDITION
RECHERCHE

**DIFFUSONS NOS
RÉALISATIONS!**

**RÉSUMÉS DES PRÉSENTATIONS ORALES
DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE FAMILIALE**

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 8 H 45 À 10 H 00
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 1

ALLERGIE À LA PÉNICILLINE: FAUT-IL REVOIR LE DIAGNOSTIC?

BANVILLE-CÔTÉ, Geneviève, GAUTHIER, Anne-Marie, LAFLAMME, Dimitri

Présentateur : LAFLAMME, Dimitri

Introduction :

Bien que couramment utilisées, il est fréquent que des patients rapportent une notion floue d'allergie aux pénicillines, diagnostic très incertain qui persiste souvent à l'âge adulte. Les bonnes pratiques de pharmacovigilance constituent la base de l'innocuité des produits et de la sécurité des patients. Il est de la responsabilité des médecins de veiller à ce que leur conduite repose sur des arguments cliniques fiables et de bien les diffuser.

Objectifs :

Évaluer si la cueillette de données lors d'une consultation à l'urgence pour une réaction suspectée à la PNC était suffisante pour permettre d'identifier correctement les patients à risque. Évaluer si le changement d'antibiotique, lorsque nécessaire, était en adéquation avec les propositions émises par l'INESSS.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude rétrospective par critères explicites.

Critères d'inclusion : Patient âgé de 0 à 99 ans, ayant consulté à l'urgence de Rimouski pour une suspicion de réaction allergique à la PNC lors d'un traitement actuel, entre le 1er janvier 2015 et le 30 juillet 2018.

Critères d'exclusion : Patient ayant une réaction à un autre antibiotique ou lors d'un traitement antérieur. 75 dossiers furent filtrés, 50 feuilletés et 29 analysés individuellement afin de connaître le raisonnement à la base d'un changement et du choix d'antibiotique.

Résultats :

Les réactions cutanées ont été documentées dans 98%, le prurit dans 60%, les symptômes respiratoires dans 82%, les nausées dans 10% et les vomissements dans 28%. 18% ont reçu un diagnostic de réaction grave. Pourtant, le médecin a prescrit un arrêt complet de la PNC dans 74% des cas et 42 % ont reçu une nouvelle prescription d'antibiotique. Parmi ceux-ci, seulement 14% ont reçu une prescription d'antibiotique selon les recommandations de l'INESSS.

Conclusion et recommandation :

Il nous apparaît évident qu'une plus grande proportion de patients aurait bénéficié d'un changement d'antibiotique tels que proposé par l'INESSS. De plus, la confusion entre certains termes diagnostics et la problématique de communication de l'information pourraient éventuellement porter préjudice à certains patients. L'instauration d'un formulaire standardisé et la systématisation d'une communication efficace entre les principaux établissements de soins de santé semblent être certaines des pistes de solutions intéressantes.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 8 H 45 À 10 H 00
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 2

PROJET DE RECHERCHE SUR LE TAUX DE RÉHOSPITALISATION DANS LES 30 JOURS CHEZ LES PATIENTS DE 80 ANS ET PLUS ADMIS À L'HÔPITAL SAINT-SACREMENT EN MÉDECINE FAMILIALE

LABERGE, Séverine, SAINT-LAURENT GOUSSARD, Joëlle,

Présentatrices : LABERGE, Séverine, SAINT-LAURENT GOUSSARD, Joëlle

Introduction :

Le but de cette étude est de déterminer le taux de ré-hospitalisation à 30 jours du congé chez les patients de plus de 80 ans, admis à l'hôpital Saint-Sacrement en médecine de famille, entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018. L'objectif secondaire est de déterminer des facteurs de risque potentiels de réadmission chez ces patients en les comparant avec ceux n'ayant pas été réhospitalisés durant cette année, à l'aide d'un modèle d'étude cas-témoin.

Objectifs :

Une sélection aléatoire des dossiers a été faite en collaboration avec l'équipe des archivistes du CHU de Québec pour obtenir 41 patients cas. Puis, un appariement en fonction du sexe, du mois et de l'année de l'hospitalisation a été fait pour identifier les patients témoins. L'analyse statistique comprend des rapports de cotes et des intervalles de confiance ainsi que des khi-carré, calculés pour chacun des 18 facteurs de risques étudiés. Une deuxième série d'analyses est en cours avec l'équipe de biostatisticiens du CHU de Québec.

Méthode :

Nous avons obtenu un taux de réhospitalisation à 30 jours des patients de plus de 80 ans de 13,6%. Nous notons que 18 patients (43,9%) ont été réadmis pour une décompensation de leur maladie chronique. Il a également été observé que la majorité des patients réadmis étaient hospitalisés pour une problématique cardiaque lors de l'hospitalisation index (41%). Ceux-ci étaient réadmis majoritairement pour une problématique cardiaque (59%).

Résultats :

La réhospitalisation était associée positivement de façon statistiquement significative avec l'indication d'un suivi avec le médecin de famille ou d'une demande de suivi de laboratoires (OR 3,02 ; 95% IC 1,05-8,66). Le délirium lors de l'hospitalisation index (OR 2,71 ; 95% IC 0,52-14,05), l'insuffisance rénale chronique sévère (OR 2,71 ; 95% IC 0,52-14,05), la présence d'au moins une comorbidité (OR 1,88 ; 95% IC 0,62-5,71) et le fait d'avoir besoin d'aide pour au moins une AVQ (OR 1,64 ; 95% IC 0,68-3,93) étaient associés avec la réhospitalisation. À l'inverse, le fait d'être connu pour une problématique psychiatrique (trouble anxieux, trouble de l'humeur ou autre) semblait être un facteur protecteur pour la réadmission (OR 0,4 ; 95% IC 0,15-1,1).

Conclusion et recommandations :

Notre étude permet d'identifier davantage les patients à risque de réhospitalisation. Il serait possible d'instaurer des mesures durant l'hospitalisation et au congé pour limiter les réadmissions rapprochées chez cette clientèle, particulièrement chez les patients insuffisants cardiaques.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 8 H 45 À 10 H 00
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 3

S'OUTILLER POUR MIEUX CONSEILLER ET ENSEIGNER LE DÉPISTAGE DES CANCERS EN PREMIÈRE LIGNE AU SEIN D'UN GMF-U: DE LA REVUE DE LITTÉRATURE AU CONSENSUS D'ÉQUIPE

GRESCHNER, Érika, BOUCHER, Raphaëlle, BREAUULT, Pascale, BOUDREAUULT, Samuel, DESCHAMBEAULT, Julie, PAQUETTE, Jean-Sébastien

Présentatrices : GRESCHNER, Érika, BOUCHER, Raphaëlle

Contexte :

Le rôle du médecin de famille en matière de dépistage des cancers est central. Au Québec, cinq types de cancer font l'objet de programmes ou de recommandations officielles de dépistage: le cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon, du poumon et de la prostate. Les recommandations ont évolué dans le temps et peuvent diverger d'un organisme à l'autre. À cette problématique, s'ajoute celle de soutenir la prise de décision éclairée des patients à prendre part au dépistage.

Objectifs :

Harmoniser les pratiques entre les cliniciens-enseignants et développer une boîte à outils d'aide à la décision clinique pour faciliter la décision partagée en matière de dépistage des cancers en première ligne au GMF-U SCB.

Méthodologie :

Processus délibératif en 4 phases impliquant l'ensemble des cliniciens-enseignants œuvrant au GMF-U SCB. 1) Sondage internet envoyé à tous les cliniciens-enseignants pour connaître leurs pratiques de dépistage. 2) Présentation sur les données probantes supportant les lignes directrices applicables à notre contexte de pratique. 3) Série de trois groupes de discussion indépendants (regroupant au total 22 cliniciens-enseignants) dans lesquels nous avons exploré les divergences de pratique ainsi que les facteurs influençant celles-ci. Les participants ont également discuté pour arriver à un consensus de pratique sur l'enseignement en matière de dépistage de cancer en première ligne. Une analyse thématique des motifs guidant les décisions des participants a ensuite été réalisée. 4) Un atelier délibératif a permis d'arriver à un consensus sur les recommandations qui seront appliquées dans l'enseignement aux résidents.

Résultats :

Un consensus sur les lignes directrices retenues par l'équipe enseignante pour le dépistage des cancers en première ligne a été dégagé et schématisé au moyen d'une fiche synthèse. Une analyse thématique des échanges du processus délibératif laisse voir 4 enjeux dominants dans l'enseignement du dépistage en première ligne : 1) Le caractère systématique du dépistage; 2) L'importance d'enseigner l'évaluation critique des recommandations; 3) L'application défensive des recommandations en fonction de l'environnement social et 4) Une utilisation partielle des outils d'aide à la décision clinique.

Conclusion et retombées :

Ces résultats ont guidé l'élaboration d'une boîte à outils d'aide à la décision clinique et d'un atelier de formation à la décision partagée portant sur le dépistage des 5 cancers susmentionnés.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 8 H 45 À 10 H 00
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 4

REVUE DE LA QUALITÉ DE L'ACTE SUR LE CONTRÔLE DE L'ASTHME CHEZ LES ENFANTS AU GMF-U LAURIER

BOURGAULT, Sandrine, HENDRIKS, Charles-David, TREMBLAY, Gabrielle

Présentateurs : BOURGAULT, Sandrine, HENDRIKS, Charles-David, TREMBLAY, Gabrielle

Introduction :

L'asthme est une maladie fréquente dans la population pédiatrique. Il est pertinent d'évaluer notre aptitude à questionner les symptômes et à effectuer la prise en charge adéquate.

Objectif primaire :

Posons-nous les bonnes questions concernant le contrôle de l'asthme?

Méthodologie :

Les 8 critères de maîtrise de l'asthme et l'algorithme de prise en charge sont basés sur les lignes directrices de la Société de thoracologie de 2012.

Tous les patients entre 6 et 11 ans avec un diagnostic d'asthme ont été inclus. Des 1381 visites correspondantes à nos critères, 132 consultations ont été incluses dans l'analyse. L'assiduité du médecin à rechercher les 8 critères de maîtrise d'asthme a été observée. Le traitement et les investigations au dossier ont été relevés. L'analyse s'est faite à l'aide de proportion et de moyenne.

Résultats :

En regard des critères de maîtrise de l'asthme, 56,81% des médecins/résidents avaient posés entre 0 et 2 critères, 34,07% entre 3 et 5 critères et 9,08% entre 6 et 8 critères. Le traitement était inadéquat dans 50/132 cas. Les raisons du mauvais traitement étaient : questions de bonne maîtrise de l'asthme non posées, traitement non majoré alors qu'asthme mal contrôlée, traitement de corticostéroïde débuté à dose élevée, BALA débuté plutôt qu'augmentation du corticostéroïde, aucun traitement en attente des investigations et dosage des pompes inadéquat.

Conclusion, discussion et recommandations:

L'omission de poser l'ensemble des questions de maîtrise de l'asthme affecte autant les médecins que les résidents de notre clinique. De plus, ils sont ainsi mal outillés pour ajuster le traitement. La force principale de notre étude est la représentativité de notre pratique locale. À l'aide de notre méthode de recherche, tous les dossiers susceptibles de porter sur notre question de recherche ont été trouvés depuis 2016. Une faiblesse possible avec le devis rétrospectif est la possibilité d'avoir sous-rapporté les questions de maîtrise dans l'asthme dans la note médicale par rapport à l'entrevue médicale. Bien qu'ils fassent partie des critères de maîtrise de l'asthme, le VEMS et le DEP sont difficilement évaluables dans un contexte de clinique de médecine familiale. Afin d'améliorer l'assiduité du médecin à rechercher les 8 critères: questionnaire standardisé mis à la disposition des résidents et des patrons de l'UMF. Un rappel des doses pédiatriques et des particularités de cette population a également été effectué.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 8 H 45 À 10 H 00
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 5

UTILISATION DES MÉTHODES NON-PHARMACOLOGIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSLIPIDÉMIE EN PRÉVENTION PRIMAIRE AU GFM-U DES ETCHEMINS

LESSARD, Annie-Pier, PERREAULT-VALLIÈRES, Valérie,

Présentatrices : LESSARD, Annie-Pier, PERREAULT-VALLIÈRES, Valérie,

Introduction :

La dyslipidémie est une condition fréquemment rencontrée en médecine familiale. Les plus récents guides de pratique soulignent que le changement des habitudes de vie est la pierre angulaire du traitement, non seulement pour contrôler les lipides, mais également pour améliorer la santé cardiovasculaire globale.

Objectifs :

Cette étude avait pour but de vérifier si les médecins et les résidents du GMF-U des Etchemins utilisent le traitement non-pharmacologique, visant à conseiller un changement des habitudes, chez les patients avec un nouveau diagnostic de dyslipidémie en prévention primaire.

Méthodologie

Un projet d'évaluation de l'acte a été réalisé. Le diagnostic devait être posé entre le 1er janvier 2017 et le 31 mars 2019 chez des adultes de 40 à 75 ans. Les patients avec un diagnostic antérieur, un dossier incomplet, une indication de prévention secondaire ou une condition particulière nécessitant une statine d'emblée étaient exclus. Pour chaque dossier, les différentes sections de notre plateforme électronique ont été révisées pour un diagnostic de dyslipidémie. Le counseling non pharmacologique était considéré fait si des recommandations sur au moins un habitus (tabagisme, poids, activité physique, alcool et alimentation) étaient abordées ou encore si une référence à un autre professionnel (infirmière GMF, nutritionniste ou kinésologue) était faite.

Résultats :

Des 876 dossiers étudiés, 72 ont été retenus. 63 % des patients présentaient une dyslipidémie à risque modérée et 37 % à risque élevée. Le traitement non-pharmacologique a été abordé avec 62 % des patients à risque modéré et avec 52 % des patients à risque élevé. Parmi ces derniers, 32 % des patients à risque modéré et 43 % des patients à risque élevé ont bénéficié d'une référence à l'infirmière GMF. Les conseils prodigués étaient le plus souvent en lien avec la diète. Enfin, la prise d'une statine n'a pas été discutée chez 41 % des patients à risque élevé.

Conclusion :

Nos résultats démontrent que l'approche non-pharmacologique n'est pas adoptée chez tous les patients malgré les recommandations qui la définissent comme le traitement initial de la dyslipidémie en association ou non avec une statine selon le risque cardiovasculaire.

Recommandations :

Le changement des habitudes de vie ainsi que le recours à l'expertise des infirmières GMF doivent être encouragés davantage dans notre milieu lors de la prise en charge de la dyslipidémie.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 8 H 45 À 10 H 00
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 6

GABARITS DE RÉDACTION

FOUCAULT, Gabriel, LAUZIÈRE, Gabriel,

Présentateurs : FOUCAULT, Gabriel, LAUZIÈRE, Gabriel,

Introduction :

Démontrer une amélioration de la qualité des notes des résidents en première année de formation post-doctorale dans le cadre de l'examen médical périodique grâce à l'instauration d'un gabarit de rédaction.

Objectifs :

Dans les dernières années, un nombre croissant de cliniques médicales en soins de première ligne ont fait la transition vers les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) pour faciliter la documentation, la communication et la prise en charge des patients. En revanche, aucune étude n'a évalué l'impact pédagogique de l'utilisation des gabarits de rédaction dans un contexte de rendez-vous en médecine familiale.

Méthode :

À la suite d'un sondage auprès des professionnels du GMF-U de Lévis, des nouveaux gabarits de rédaction ont été créés. Le gabarit de rédaction sur l'examen médical périodique (EMP) a été choisi afin d'évaluer si les notes rédigées grâce à son utilisation sont de meilleure qualité que les notes précédentes. Une grille d'évaluation objective adaptée de « QNOTE » a été utilisée. Cent notes médicales rédigées par deux cohortes de résidents en début de formation (R1) ont été sélectionnées, avant et après l'instauration des gabarits. Parmi les critères d'inclusion, les patients devaient avoir >18 ans et la note devait inclure des éléments de l'EMP. Les notes concernant une problématique ciblée, lors d'un sans rendez-vous par exemple, étaient exclues.

Résultats :

Les groupes sont comparables en âge et en sexe. Le résultat moyen global (%), pré et post-gabarit est de 61.3 et 61.0 respectivement. Le résultat moyen des notes écrites à l'automne 2018 (post-gabarit) avec l'utilisation du gabarit est de 63.4 % tandis que celui sans l'utilisation du gabarit est de 57.6%.

Conclusion et recommandation :

Les résultats obtenus n'ont pas démontré de différences significatives. Une légère amélioration de la section sur l'HMA avec l'usage des gabarits semble exister, sans être cliniquement significative. L'étude comporte malgré tout plusieurs limitations. Tout d'abord, ce n'est pas une étude randomisée, ni à double insu. Ensuite, certains items de l'EMP ont pu être reportés à un rendez-vous subséquent, ce qui n'a pas été évalué. Finalement, le gabarit de rédaction sur l'EMP englobe plusieurs éléments qu'il n'est pas toujours pertinent de questionner selon l'âge, le sexe et les comorbidités de la personne. En conclusion, il pourrait être possible de démontrer une différence statistiquement significative en choisissant une problématique plus ciblée afin d'augmenter la précision de l'étude.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC A : 8 H 45 À 10 H 00
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 7

ÉTUDE DE LA RELATION ENTRE LA PCR ET LE FARDEAU SYMPTÔMATOLOGIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER AVANCÉ AU DÉBUT DE LA TRAJECTOIRE DE LA MALADIE: POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE PRÉCOCE DES SOINS PALLIATIFS

AUDET-CROTEAU, Virginie,

Présentatrice : AUDET-CROTEAU, Virginie,

Introduction :

Les patients atteints de cancer de stade avancé ayant reçu des soins palliatifs intégrés tôt dans la trajectoire de soins oncologiques reçoivent des traitements médicaux moins invasifs à la fin de leur vie et ont un meilleur contrôle de leurs symptômes. Cependant, le profil symptomatologique de ces patients au moment du diagnostic est peu décrit et le moment optimal pour intégrer les soins palliatifs à la trajectoire médicale du patient reste indéfini. L'utilisation du taux de protéine C-réactive (PCR) en tant qu'indicateur de sévérité des symptômes chez les patients atteints de cancer est de plus en plus décrit dans la littérature.

Objectifs :

Cette étude vise à décrire le tableau symptomatologique des patients atteints de cancer de stade avancé avant le début des traitements oncologiques en lien avec leur taux de PCR.

Méthode :

Il s'agit d'une analyse secondaire d'une étude longitudinale prospective chez des patients nouvellement diagnostiqués avec un cancer avancé. Différentes échelles ont été utilisées pour mesurer les symptômes physiques, psychologiques et le statut fonctionnel au moment du diagnostic, en lien avec le taux de PCR. Des analyses de covariance et des tests de rang de Wilcoxon ont été effectués afin de comparer les groupes. Les résultats ont été ajustés pour le sexe et l'âge. Résultats : 203 patients ont été divisés en 2 groupes, basés sur le taux de PCR, soit PCR ≥ 10 mg/L (n=87) et PCR < 10 mg/L (n=116). Une PCR ≥ 10 mg/L a été associée à davantage de fatigue, de douleur, ainsi qu'à un moindre statut fonctionnel et une diminution de la qualité de vie.

Discussion :

Cette étude suggère qu'une PCR ≥ 10 mg/L au moment d'un diagnostic de cancer avancé est un indicateur pouvant aider à déterminer quels patients pourraient bénéficier d'une référence précoce en soins palliatifs afin d'évaluer de façon plus poussée les besoins quant à la prise en charge de leurs symptômes.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 10H40 À 11H55
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 8

LA RECHERCHE DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN MILIEU HOSPITALIER - INDICATIONS

VEILLETTE, Pier-Luc,

Présentateurs : VEILLETTE, Pier-Luc,

Introduction :

La recherche d'infection à Clostridium difficile en milieu hospitalier est courante vue sa prévalence et son important taux de morbidité et mortalité. Toutefois, les tests diagnostiques utilisés pour sa recherche sont coûteux et parfois imprécis. L'Infection Diseases Society of America (IDSA) a émis des recommandations claires sur les indications de dépistage de cette infection pour prévenir ces enjeux.

Objectifs :

Déterminer si le Centre hospitalier de Gaspé suit les recommandations en ce qui concerne les indications de procéder à la recherche de C.difficile en milieu hospitalier, soit : ≥ 3 diarrhées dans les 24h précédant le test, un test unique demandé initialement et aucun autre test demandé dans les 7 jours suivant le premier.

Méthodologie :

Étude rétrospective à critères explicites analysant les dossiers de 73 patients ayant eu une recherche de C.difficile pendant une hospitalisation entre le 1er juillet 2017 et le 30 juin 2018.

Résultats :

Des 58 dossiers retenus, 17 (29%) furent conformes pour la quantité de diarrhées précédant la recherche de C.difficile, 53 (91%) furent conformes pour le critère d'un seul prélèvement initial et 33 (57%) furent conformes pour l'absence de prélèvement subséquent. Au total, 6 (10%) dossiers furent conformes pour l'ensemble des 3 critères.

Conclusion :

Le Centre hospitalier de Gaspé suit les recommandations concernant un test unique initial, mais n'est pas conforme, sous réserve des limitations de l'étude, en ce qui concerne les recommandations sur la quantité de diarrhées requises avant de procéder à la recherche ainsi que sur la recherche subséquent dans les 7 jours suivant.

Recommandations :

Le personnel devrait être sensibilisé aux critères de recherche de C.difficile en milieu hospitalier. Un algorithme décisionnel pourrait être conçu et affiché dans le bureau des médecins ou des infirmières afin de retrouver rapidement les recommandations officielles en lien avec la recherche du pathogène.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 13 H 55 À 15 H 05
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 9

L'OMA AU SANS RENDEZ-VOUS, FRÉQUENT MAIS BIEN TRAITÉ?

BÉLANGER, Julie, ROY-BLOUIN, Alexandre,

Présentateurs : BÉLANGER, Julie, ROY-BLOUIN, Alexandre,

Introduction :

L'otite moyenne aigue est un motif de consultation très fréquent en médecine de première ligne chez la clientèle pédiatrique du sans rendez-vous.

Objectifs principaux

L'objectif est d'évaluer si la prise en charge de l'otite moyenne aigue au sans rendez-vous chez la clientèle pédiatrique de 3 mois à 5 ans est optimale au GMF-U Quatre-Bourgeois. - Déterminer si le choix d'antibiothérapie est adéquat d'après les recommandations émises - Déterminer si la durée d'antibiothérapie correspond aux recommandations émises Objectifs secondaires - Déterminer si le choix entre l'observation ou le traitement antibiotique est adéquat selon la présentation clinique du patient - Déterminer si la prise en charge varie entre les résidents et les patrons.

Méthode :

Une revue non exhaustive de la littérature en lien avec la prise en charge des otites moyennes aiguës non-complicquées a été effectuée, notamment le guide de pratique de l'INESSS ainsi que celui de l'Association Canadienne de Pédiatrie. La recherche consiste en une étude rétrospective des dossiers médicaux électroniques des patients avec un diagnostic d'otite moyenne aigue vus au sans rendez-vous entre le 1^e décembre 2017 et le 28 février 2018. Une randomisation des dossiers obtenus a été effectuée afin d'obtenir un total de 70 dossiers. Ces derniers ont été analysés via une grille portant sur les critères d'exclusion et de procédés essentiels élaborés préalablement. Les résultats obtenus ont ensuite été comptabilisés et analysés.

Résultats :

Pour les enfants de 3 à 6 mois, les 4 patients ont été traités par antibiothérapie de choix et de durée adéquate. Des 24 dossiers d'enfants de 6 à 24 mois, tous ont reçu une prescription d'antibiotique ; 2 se sont vus offrir une option d'observation alors que 9 avaient absence de critères de sévérité. 3 cas ont été traités pour une durée inférieure par rapport aux recommandations de l'INESSS. Sur les 32 dossiers de patients de 2 à 5 ans retenus, tous ont également reçu une prescription d'antibiotique, choix adéquat dans 27 des cas, et 6 se sont vus offrir l'option d'observation alors que 14 ne présentaient aucun critère de sévérité. La durée de traitement pour les enfants de plus de 2 ans est discutable puisqu'elle dépendra des diverses sources médicales canadiennes utilisées.

Conclusion :

Finalement, nous notons, à la lumière de ce projet, que l'otite moyenne aigue ne bénéficie pas encore d'un traitement optimal suivant les recommandations les plus à jour.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 13 H 55 À 15 H 05
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 10

ÉVALUATION DE LA TRAJECTOIRE DE L'INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE AVEC ÉLÉVATION DU SEGMENT ST (IAMEST) EN CÔTE-NORD

RODRIGUE, Julien

Présentateur : RODRIGUE, Julien,

Introduction :

L'IAMEST est une condition médicale courante et grave, nécessitant un traitement de toute urgence. L'INESSS reconnaît des cibles de prise en charge optimales de l'IAMEST au-delà desquelles la possibilité de conséquences défavorables s'accroît. La région administrative de la Côte-Nord revêt des défis organisationnels et géographiques quant à la prise en charge de l'IAMEST.

Objectifs :

Il est proposé dans cette évaluation de la qualité de l'acte, d'établir la conformité des établissements de la Côte-Nord aux deux indicateurs suivants reconnus par l'INESSS pour l'IAMEST, suivant une évaluation au triage de l'urgence: i) un délai inférieur à 10 minutes pour la réalisation d'un ECG, et; ii) un délai inférieur à 30 minutes pour l'administration d'une thrombolyse en l'absence de contre-indication.

Méthode :

L'ensemble des dossiers avec un diagnostic d'IAMEST ont été sollicités aux archives des établissements de santé sur le territoire de la Côte-Nord pour la période du 1er avril 2018 au 5 mai 2019. Les données ont été recueillies au moyen d'une grille de collecte systématique, et compilées dans la Banque de données virtuelles IM-Québec. Des compilations stratifiées selon le sexe des patients, de même que selon l'heure de présentation et le moyen de transport à l'urgence, ont été effectuées.

Résultats :

La région de la Côte-Nord respecte le délai de l'INESSS pour la réalisation d'un ECG suite à l'évaluation au triage, ce qui n'est en revanche pas le cas pour l'administration d'une thrombolyse, en l'absence de contre-indication. Les délais médians pour la thrombolyse sont notamment supérieurs aux cibles pour les patientes de sexe féminin, lors d'une présentation la fin de semaine ou par arrivée sur pied du patient. Il est aussi à noter que pour 2 patients domiciliés en communauté autochtone avec un diagnostic d'IAMEST, une fibrinolyse n'a pu être administrée, faute de plateau technique accessible dans les délais requis.

Conclusion et recommandations :

La période de la fin de semaine, et les patients arrivant à l'urgence sur pied peuvent être ciblés pour l'atteinte des cibles de traitement pour l'IAMEST sur la Côte-Nord. De même, une vigilance accrue demeure plus que jamais requise en présence d'une clientèle de sexe féminin au regard des délais de prise en charge de l'IAMEST. Enfin, l'optimisation du traitement offert aux clientèles autochtones est souhaitable, et une documentation rehaussée des délais pré-hospitaliers est suggérée.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 13 H 55 À 15 H 05
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 11

WIKIMEDI.CA À LA RENCONTRE DES DCC

FLORES-SOTO, Rodrigo Alejandro, SANSREGRET, Anne

Présentateurs : FLORES-SOTO, Rodrigo Alejandro, SANSREGRET, Anne

Introduction :

Connaissez vous les fameux DCC? Probablement. Et wikimedi.ca? Peut-être pas... Wikimedi.ca est une plateforme innovatrice collaborative basée sur le web. Elle permet de créer des pages de contenu, de les éditer, ou de simplement les consulter (à la manière de Wikipedia, mais avec du contenu médical et fiable seulement!) Elle est une initiative d'étudiants de l'Université Laval auxquels nous nous sommes greffés afin d'y tenter un projet pilote: celui d'y intégrer un DCC (santé voyage et santé des immigrants).

Objectifs :

Étant toujours à la recherche de moyens d'avoir accès facilement et rapidement à de l'information fiable au bureau ou à l'hôpital, et les DCC se voulant être davantage des documents complets que des références rapides, nous voulions répondre au besoin que nous avons identifié: celui de rendre les DCC à jour en continu et plus accessibles à la consultation rapide. Nos objectifs étaient donc de: réviser la DCC 50 « Santé voyage et santé des immigrants », faciliter l'accès rapide aux DCC via Wikimedi.ca. faire connaître notre page Wikimedi.ca et encourager nos collègues à devenir collaborateurs à leur tour de Wikimedi.ca en bref. Déjà utilisée par plus de 90-95% des étudiants du préclinique, les futurs résidents de médecine familiale seront déjà à l'aise avec le concept de Wikimedi.ca. Wikimedi.ca c'est aussi : 1287 pages de contenu; plus de 100 contributeurs ponctuels; une équipe de cinq administrateurs, deux résidents, dix externes, vingt étudiants du préclinique et trois spécialistes en science de l'information; information fiable : pas d'anonymat possible en éditant ou rédigeant du contenu, seuls les étudiants/professionnels en santé peuvent rédiger; suivi de toutes les modifications faites par historique; auteurs soumis au code de déontologie des médecins.

Méthode :

Création des pages Wikimedi.ca dédiées au DCC. Importation en bloc des anciens DCC sur la plateforme. Revue de la littérature afin de mettre le DCC à jour. Mise à jour du DCC directement sur la plateforme web, permettant un travail en équipe en temps réel.

Résultats :

Voyez par vous-même! Amusez-vous à naviguer et à découvrir les différentes fonctionnalités de Wikimedi.ca. L'inscription se fait rapidement: www.wikimedi.ca.

Conclusion :

Le concept et l'interface de Wikimedi.ca se prêtant parfaitement aux DCC, notre projet a permis de réviser et transposer un DCC en page web qui sera accessible sur appareil mobile et qui pourra être mise à jour en continu.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 13 H 55 À 15 H 05
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 12

APPRENTISSAGE PAR SIMULATIONS EN RÉGION: DU RÊVE À LA RÉALITÉ

LAVOIE, Patricia

Présentatrice : LAVOIE, Patricia

Introduction :

Le GMFU de Trois-Pistoles a deux fonctions, soit prodiguer des soins de santé aux patients et assurer une formation de qualité aux résidents qui y pratiquent. De par sa localisation géographique, l'urgence du GMFU reçoit peu de cas de traumatologie, ce qui sous-expose les résidents aux situations de réanimation. Il a été proposé d'optimiser la salle de simulation déjà existante pour pallier ce manque d'exposition.

Objectifs :

Une analyse des besoins des membres du GMFU en termes de simulations a donc été réalisée, ainsi qu'une revue de littérature concernant les bienfaits possibles de cette méthode d'apprentissage et la manière de l'utiliser le plus efficacement possible.

Méthodologie :

Étant donné la nature de la question de recherche, il a été impossible d'effectuer une revue systématique de la littérature. La base de données MEDLINE a donc été sondée à l'aide de l'outil PubMed Medical Queries, puis les références des articles les plus pertinents ont été consultées. En tout, 89 articles ont été révisés, dont 38 ont été inclus dans la revue de littérature.

Résultats :

De ces données, il ressort que l'apprentissage par simulations a de nombreux effets positifs, dont faciliter l'acquisition de connaissances, consolider les compétences, améliorer le sentiment de confiance de l'apprenant et favoriser l'acquisition d'aptitudes de leadership. Les seuls effets négatifs associés à cette méthode d'apprentissage sont un possible transfert négatif et le grand investissement de temps nécessaire pour les réaliser. Plusieurs applications des simulations sont décrites dans la littérature, dont consolider et évaluer les compétences des apprenants, mettre en place de nouvelles procédures et favoriser la pratique réflexive.

Conclusion et recommandations :

Le travail effectué dans le cadre de ce projet d'érudition sera utilisé pour mettre en place un programme régulier d'apprentissage par simulations destiné à tout le personnel du GMFU, mais plus particulièrement aux résidents. Un tel programme permettra aux résidents du GMFU de Trois-Pistoles de gérer avec plus d'aisance les situations de réanimation à l'urgence dans leur pratique future.

LISTE DES PRÉSENTATIONS ORALES

BLOC B : 13 H 55 À 15 H 05
MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION - 13

ÉVALUATION QUALITATIVE DES TRANSFERTS EN MÉDECINE D'URGENCE À HSFA

COURTEMANCHE, Jacob, FOREST, Marie-Michèle, ST-HILAIRE, Carol-Ann,

Présentateur : COURTEMANCHE, Jacob,

Introduction :

L'attention portée au phénomène de l'erreur médicale est récente dans la littérature médicale. Parmi ces erreurs, celles attribuables aux habiletés de communication sont particulièrement prévalentes et sont associées à des impacts cliniques plus significatifs. Les transferts d'information lors de changements de garde sont une étape de la prise en charge propice aux erreurs de communication et de continuité de soins.

Objectifs :

Démontrer la disparité dans la qualité des transferts d'information à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) et décrire les obstacles à leur efficacité et à leur efficience.

Méthode :

Évaluation qualitative structurée des transferts par une étude observationnelle impliquant un observateur interne (médecin receveur du transfert) à l'aide d'un outil d'évaluation à caractères explicites s'inspirant de l'outil mnémotechnique validé SBAR. Observation du transfert d'information entre les médecins d'urgence à HSFA lors du changement de quart soir-nuit de septembre 2018 à novembre 2018 (n = 30 visé).

Résultats :

26 transferts évalués (n = 26). Parmi ceux-ci, 68 % ont une durée de 15-30 minutes; 76 % utilisent deux méthodes de transfert (verbal, écrit, électronique/SIURGE); 23 % n'incluent pas la gravité du cas; 35 % incluent les quatre critères simplifiés du SBAR; 80 % sont considérés satisfaisants ou très satisfaisants par l'observateur.

Conclusion et recommandations :

La majorité des transferts observés présentent une transmission incomplète de l'information (tel que définie par le SBAR), ce qui peut être une source d'erreurs de communication et de bris de continuité de soins. La durée des transferts apparaît raisonnable et la satisfaction générale du médecin receveur envers le transfert est élevée. En ce sens, il serait profitable que les éléments d'un transfert d'information complet soient enseignés dans les différents cursus de résidence en se basant sur des modèles validés tels que le SBAR ou le IPASS. Il serait nécessaire d'étudier l'impact d'implantation d'outils mnémotechniques sur la qualité des transferts, l'incidence d'erreurs de communication et ultimement d'issues cliniques indésirables.