



2019 JOURNÉE
ÉRUDITION
RECHERCHE

**DIFFUSONS NOS
RÉALISATIONS!**

RÉSUMÉS DES AFFICHES

KIOSQUE - 1

SIMULATION IN SITU À L'URGENCE DU CHUL: PROJET-PILOTE

RAYMOND-DUFRESNE, Éliane

Introduction:

Le patient pédiatrique instable présente des défis uniques et rend inconfortable même les équipes de réanimation les plus aguerries. La simulation in situ est une modalité d'apprentissage de choix pour améliorer notre prise en charge de cette clientèle.

Objectifs :

- Introduire les concepts de gestion de crise auprès des membres de l'équipe de réanimation afin de favoriser un meilleur travail d'équipe ;
- Discuter de l'expertise médicale liée à certains cas ciblés de réanimation pédiatrique ;
- Identifier des erreurs latentes intégrées dans nos trajectoires de réanimation.

Méthode :

Une analyse de besoins préalable nous a permis d'identifier les besoins perçus par le personnel et les gestionnaires de l'urgence. À partir de ces suggestions, une banque de cas simulés a été élaborée. Le projet pilote s'est déroulé de mai à octobre 2018 inclusivement. Huit (8) simulations in situ interprofessionnelles ont été réalisées. Les simulations se déroulaient dans une des salles de réanimation de l'urgence du CHUL. Elles duraient entre 15 et 20 minutes et étaient suivies d'une séance de débriefage de 30 minutes. Nous avons utilisé un simulateur de patient pédiatrique de basse technologie (Laerdal) ainsi que l'application mobile « SimMon » qui nous a servi de moniteur physiologique. Les données sur les participants et leur évaluation des formations ont été collectées a posteriori à l'aide d'un sondage anonyme.

Résultats :

Identification de menaces latentes • Aides cognitives non disponibles dans les salles de réanimation • Prescriptions de radiologie non attachées au Réascribe • Réascribe non utilisé de façon routinière dans les cas de réanimation • Emplacement du coffret de salin 3% non connu de tout le personnel • Inconfort avec la procédure d'intubation si l'inhalothérapeute est absent

Amélioration de compétences de gestion de crise • Leadership • Communication assertive en boucles fermées • Modèle mental commun • Clarté des rôles

Appréciation des participants • Participants enthousiastes par rapport aux simulations • Amélioration de la confiance par rapport à la prise en charge du patient pédiatrique instable • Plus grand sentiment d'appartenance à l'équipe de réanimation de l'urgence du CHUL

Conclusion :

Le projet-pilote nous a permis d'identifier plusieurs problématiques à corriger dans le futur et les participants ont apprécié cette modalité d'apprentissage. Ces résultats nous permettent d'aller de l'avant avec le développement d'un programme de simulation in situ structuré à l'urgence du CHUL.

KIOSQUE - 2

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ INFANTILE AU GMF-U ST-CHARLES-BORROMÉE

VEILLEUX, Laurence, PAQUETTE, Jean-Sébastien, BREault, Pascale, BOUDREault, Samuel, DESCHAMBEault, Julie, LÉGARÉ, France, CHAMBERLAND, Nathalie, LANCTÔT, Gabrielle

Introduction:

L'obésité infantile est un problème de santé chronique préoccupant. Sa prévalence augmente mondialement et ses conséquences à court et à long terme sur la santé sont majeures. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a produit en 2012 un guide de pratique clinique pour améliorer la prise en charge de ce problème de santé. Il a été démontré que plus le diagnostic est posé rapidement, plus les traitements sont susceptibles d'être efficaces.

Objectif:

Dans le cadre de notre projet d'érudition, nous avons réalisé une revue de la qualité de l'acte afin de déterminer si les professionnels du GMF-U St-Charles-Borromée (GMF-U SCB) suivent les recommandations de l'INESSS en matière de diagnostic et prise en charge de l'obésité infantile.

Méthode:

Nous avons analysé les dossiers de tous les enfants de 5 à 12 ans ayant consulté au GMF-U SCB en 2017. Nous avons identifié 71 cas d'obésité infantile (IMC >97^e percentile selon la courbe de l'OMS). À l'aide d'une grille d'évaluation systématique, basée sur les recommandations de l'INESSS, nous avons observé si le diagnostic d'obésité avait été correctement posé par les professionnels et si la prise en charge était adéquate.

Résultats:

Parmi les 71 cas d'obésité identifiés par notre équipe de recherche en utilisant les critères de l'INESSS, seuls 40 ont été correctement diagnostiqués par les cliniciens. Parmi les 71 cas, 66,2% ont reçu des conseils alimentaires et 70% ont reçu des conseils sur l'activité physique. Seulement 28,17% ont été référés à d'autres professionnels de la santé et 18,57% ont bénéficié d'un suivi médical à l'intérieur de 6 mois. Les patients dont le diagnostic a été correctement posé ont bénéficié d'une prise en charge plus complète que les autres.

Conclusion

Le diagnostic et la prise en charge de l'obésité infantile chez les enfants de 5 à 12 ans selon les critères de l'INESSS sont sous-optimaux au GMF-U SCB. Ceci a pour conséquence de retarder le traitement de cette condition médicale. Un 2^e volet à notre travail est nécessaire afin d'identifier les barrières et facilitateurs de l'utilisation des recommandations de l'INESSS en GMF-U. Nous allons confirmer la validité interne de nos résultats et tenter d'augmenter leur validité externe. Nous réaliserons ce printemps des entrevues et un atelier délibératif auprès des professionnels du GMF-U SCB. Suite à ce projet, nous espérons pouvoir uniformiser et optimiser la prise en charge de l'obésité infantile non seulement dans notre milieu, mais dans toute la région de Lanaudière.

KIOSQUE - 3

INTÉGRER LES CONNAISSANCES ET L'EXPERTISE DES PATIENTS POUR AMÉLIORER LA COMMUNICATION DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE

NDJABOUE, Ruth, BOUDREAU, Bianca, FRIGON-TREMBLAY, Frédérique, CHIPENDA DANSOKHO, Selma, DOGBA, Joyce, PRICE, Elder Robert, DELGADO, Pascual, MCCOMBER, Alex, DRESCHER, Olivia, TREMBLAY, Marie-Claude, MCGAVOCK, Jon, WITTEMAN, Holly

Objectif :

Transmettre les connaissances des personnes atteintes de diabète sur les axes d'amélioration dans la communication médicale.

Méthodes :

En utilisant une approche descriptive qualitative, nous avons mené des entretiens vidéo avec 10 hommes et 11 femmes vivant avec le diabète (ou patients experts). Les patients experts provenaient de divers groupes, y compris des Autochtones et des immigrants du Canada. Ils ont été recrutés par l'entremise d'Action Diabète Canada, un réseau national de recherche axée sur le patient. Trois chercheurs, dont une personne atteinte de diabète, ont indépendamment analysé des vidéos en utilisant un cadre théorique. Nous avons créé des modules vidéo d'apprentissage à l'aide de récits de patients. Lors de leur projet d'érudition, deux résidents en médecine de famille ont observé de façon indépendante la présence de compétences fondée sur le cadre émis par la Direction de la formation médicale en médecine du Canada (CanMEDS-FM).

Résultats :

Les patients experts ont suggéré que l'amélioration des compétences en communication des professionnels de la santé est l'un des moyens les plus importants d'améliorer les soins du diabète. Plus précisément, les patients ont encouragé les professionnels de la santé à les engager dans un dialogue plus respectueux, honnête, empathique et ouvert; répondre aux préoccupations spécifiques des patients et de leurs familles; intégrer les valeurs et préférences des patients dans les soins; fournir des soins non marginalisés; partager des données scientifiques de grande qualité sur le diabète (par exemple, les risques de complications) avec les patients de manière à favoriser la prise de décision partagée et discuter de tous les aspects de la vie du patient liés à la gestion du diabète, y compris les émotions. Les patients experts autochtones ont souligné en particulier la nécessité pour les professionnels de la santé de mieux comprendre la vision du monde des peuples autochtones et de discuter de l'impact du colonialisme sur la santé des peuples autochtones. La forte présence des compétences CanMEDS-FM dans les modules de vidéo d'apprentissage suggère que ces outils pourraient être pertinents pour la formation médicale.

Conclusion :

Améliorer les compétences de communication des professionnels de la santé a le potentiel d'améliorer les soins du diabète. Étant donné que la perspective des patients experts s'aligne sur les compétences CanMEDS-FM, nos modules d'apprentissage peuvent compléter la formation théorique en soins du diabète. Nous évaluerons les effets des modules d'apprentissage sur les émotions, l'empathie et les intentions comportementales des professionnels de la santé actuels et futurs

KIOSQUE - 4

PRESCRIPTIONS PÉDAGOGIQUES POUR LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LES RÉSIDENTS EN DIFFICULTÉ - REVUE SYSTÉMATIQUE DES INTERVENTIONS ET RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES

LACASSE, Miriam, AUDÉTAT, Marie-Claude, BOILEAU, Élisabeth, CAIRE FON, Nathalie, DUFOUR, Marie-Hélène, LAFERRIÈRE, Marie-Claude, LAFLEUR, Alexandre, LA RUE, Ève, LEE, Shirley, NENDAZ, Mathieu, PAQUETTE-RAYNARD, Emmanuelle, SIMARD, Caroline, STEINERT, Yvonne, THÉORÊT, Johanne

Contexte :

Les cliniciens enseignants ont souvent du mal à signaler les apprenants en difficulté, en partie à cause du manque d'options de prescriptions pédagogiques démontrées efficaces.

Objectifs :

Répertorier les prescriptions pédagogiques destinées aux étudiants en médecine ou aux médecins résidents éprouvant des difficultés académiques, les lier à un cadre théorique et fournir des recommandations fondées sur la littérature concernant leur utilisation.

Méthode :

Cette revue systématique enregistrée par la collaboration Best Evidence in Medical Education (BEME) a recherché les bases de données MEDLINE, CINAHL, EMBASE, ERIC, Education Source et PsycINFO (1990-2016) en combinant ces concepts: éducation médicale, compétence professionnelle/difficultés professionnelles et soutien pédagogique. Les articles de recherche originale ou rapports d'innovations décrivant des interventions auprès des apprenants en médecine (pré/post gradué) ayant des difficultés académiques ont été inclus. L'extraction des données a été effectuée à l'aide de la taxonomie des Behaviour Change Techniques (BCT) de Michie et des modèles d'évaluation de programme de Stufflebeam et Kirkpatrick. L'évaluation de la qualité a utilisé l'outil Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Les auteurs ont synthétisé les données probantes en adaptant l'approche GRADE pour formuler des recommandations.

Résultats :

68 articles répondaient aux critères d'inclusion, ciblant des difficultés au niveau des connaissances (66,2%), habiletés (53,9%) et attitude (26,2%), ou encore les problèmes personnels de l'apprenant (41,5%). Les BCT les plus courantes étaient Shaping knowledge, Feedback/monitoring, et Repetition/substitution. La qualité des articles n'était pas constante (MMAT 0-100%). Une analyse de contenu thématique a identifié 109 interventions (premier cycle: n = 84, résidence: n = 58), fournissant 24 recommandations fortes, 48 recommandations modérées, 26 recommandations faibles et 11 recommandations très faibles.

Conclusion :

Cette revue fournit un répertoire d'interventions basées sur la littérature pour l'enseignement / apprentissage, la formation professorale et la recherche, disponible via l'application MedEd Dx Tx.

KIOSQUE – 5

ÉVALUATION COMPARATIVE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET «SOINS DE COURTE DURÉE POUR LES AÎNÉS» (ACE) DANS DEUX HÔPITAUX FRANCOPHONES AU CANADA: ÉTUDE DE CAS DE L'HÔPITAL MONTFORT

GHANDOUR, El Kebir, LEBLOND, Sarah, RIVARD, Josée, BINETTE, Sébastien, DENIS, Jean-Louis, LEMAY, Geneviève, JOANISSE, John, LESSARD, Linda, ANTOUIN, Thérèse, ARCHAMBAULT, Patrick, SINHA, Samir

Introduction :

En 2016, l'hôpital Montfort et l'hôpital Hôtel dieu de Lévis, du CISSS Chaudière-Appalaches, étaient les seuls hôpitaux francophone ayant participé à une collaboration nationale dirigée par le FCASS et l'hôpital Mount Sinai pour la mise en œuvre de la stratégie "Acute Care for Elders (ACE) / « soins aigus pour les aînés ». Chacun des deux hôpitaux a tenté d'adapter la stratégie ACE à son contexte local, mais avec des résultats mitigés.

Objectifs :

Comparer l'adaptation et la mise en œuvre de la stratégie ACE dans les deux hôpitaux. Nous nous concentrerons sur les résultats qualitatifs de l'étude actuelle à Montfort.

Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude de cas comparative et exploratoire selon une méthodologie mixte basée sur le Cadre stratégique pour une évaluation utile et utilisée et le modèle de pérennisation du *National Health Service(NHS) (NHS Sustainability Model)*. L'analyse des données a porté sur les contextes, les acteurs, les principales décisions, les stratégies privilégiées, les événements et les processus mis en place. Les sources de données sont l'analyse des documents des projets et 13 entretiens individuels auprès d'acteurs clés à l'hôpital Montfort (professionnels, décideurs/gestionnaires et patients-partenaires).

Résultats :

Les facilitateurs relevés: alignement avec la mission stratégique de l'hôpital, vision et objectifs clairs et partagés; planification minutieuse de projet, équipe de gestion de projet hautement qualifiée, expérience/compétences du coach de transition; leadership fort et équilibré : clinique et organisationnel; l'ouverture et la collaboration des équipes, la communication continue, l'engagement et le soutien des dirigeants, le soutien pour les meilleures pratiques de la FCASS. **Les barrières notées :** financement limité et non récurrent, changement des participants au cours du projet et charge de travail importante pour certains professionnels.

Conclusion

La collaboration ACE a sensibilisé et a amélioré les connaissances et les compétences des équipes en lien avec les défis de la transition des soins pour les aînés; a façonné les liens entre les aînés/familles, les cliniciens, les gestionnaires et les équipes de planification des congés; a créé un premier lien systématique entre l'hôpital et les cliniciens de la première ligne. Les leçons apprises ont aussi contribué à suggérer des stratégies pour la pérennisation de l'approche après la fin du projet. Ainsi, certaines des activités prioritaires du coach de transition ont été récupérées dans la nouvelle description de poste des infirmières de planification des départs pouvant ainsi soutenir la diffusion de l'intervention ACE ailleurs au Canada..

KIOSQUE – 6

ANNULÉ

RECHERCHE INTÉGRÉE AU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAUDIÈRE-APPALACHES : STRATÉGIES ET MODALITÉS DE PARTENARIAT ENTRE LA RECHERCHE ET L'ORGANISATION POUR SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION.

GHANDOUR , EL Kebir, ARCHAMBAULT, Patrick, RIVARD, Josée,

Contexte :

Depuis 2016, le centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches (CISSS-CA) connaît une expérience de recherche intégrée visant à soutenir les transformations de pratique et organisationnelles. Cette expérience s'inscrit dans le cadre d'une programmation de recherche d'un clinicien-chercheur (PA) intégré des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Un boursier postdoctoral du Programme de bourses d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé (BAISS) des IRSC s'est associé à cette expérience en 2017. Cette initiative s'est organisée au CISSS-CA autour de la planification de projets organisationnels pour répondre à des problématiques de transition des soins pour les personnes âgées grands utilisateurs des services d'urgences.

Objectif :

Nous discuterons dans cette présentation de l'expérience de partenariat entre les deux milieux, la recherche intégrée, chercheur intégré et boursier de la BAISS, et l'organisation de santé, ainsi que les facilitateurs et les barrières perçus envers l'atteinte de la synergie souhaitée entre les deux univers, et la mise en place au CISSS-CA de composantes du système de santé apprenant.

Approche :

Dans cette présentation, nous allons rapporter une synthèse narrative des discussions réalisées au cours de la première année d'expérience entre le boursier, son superviseur académique, chercheur intégré, et le superviseur organisationnel. Ces discussions ont eu lieu à l'occasion des rencontres statutaires avec chacun des superviseurs, aux deux semaines, et les rencontres trimestrielles entre les trois.

Résultats :

Plusieurs retombées de la recherche intégrée sont reconnues comme tangibles au sein de l'organisation par le décideur partenaire, le chercheur intégré et le boursier postdoctoral. Cependant, plusieurs enjeux et défis qui sont à relever ont été aussi identifiés.

Conclusion :

Le CISSS-CA connaît une première expérience très riche de partenariat/ collaboration entre décideurs organisationnels, une équipe de recherche intégrée et un boursier de la BAISS. Le bilan de cette première année de recherche intégrée et de BAISS dans l'organisation a permis d'atteindre plusieurs objectifs spécifiques et communs, mais plusieurs défis restent à relever pour atteindre des « vrais gains » pour chacun.

KIOSQUE - 7

COMPARAISON DU COÛT ET DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES À L'URGENCE ET EN SUPER-CLINIQUE

BOILARD, Christian, BERTHELOT, Simon, MALLET, Myriam, BOULET, Justine, FORTIER, Camielle, HUARD, Benoît, VACHON, Keven, LEAGE, Annika, LÉVESQUE, Émilie, MOKHTARI, Akram, BARIL, Laurence, OLIVIER, Pascale, GUERTIN, Jason, SIMONYAN, David, BLAIS, Sébastien, LÉTOURNEAU, Mélanie, PINEAULT, Amélie, LAFRENIÈRE, Michel, MOORE, Lynne

Introduction :

L'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) est la majorité du temps bénigne et auto-résolutive. Pourtant, elle représente une cause importante de surutilisation des services de santé et de prescription inappropriée d'antibiotiques qui accentue le risque de résistance. Nous avons comparé les coûts de prise en charge, le taux de radiographie et le taux de prescription d'antibiotiques pour l'IVRS à l'urgence et en clinique sans rendez-vous.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude de cohorte ambidirectionnelle (prospective et rétrospective) d'estimation du coût par activité en fonction du temps au département d'urgence du CHUL et à la Cité Médicale de Québec pour l'année financière 2015-16. Nous avons cartographié les processus de soin (ex : triage) dans l'IVRS dans les deux milieux en indiquant les ressources humaines (ex : infirmière) et matérielles (ex : appareil de radiographie) requises. Nous avons estimé le coût unitaire (\$/minute) de ces ressources et mesuré la durée de chaque processus de soin (minutes). Le coût de chaque processus fut calculé en multipliant le coût unitaire d'une ressource par la durée du processus. Nous avons estimé le coût moyen par patient en additionnant les coûts des processus administrés à chaque patient et l'avons ajusté pour l'âge, le sexe, les signes vitaux et les comorbidités (Charlson et nombre de médicaments réguliers). Nous avons mesuré la consommation de radiographie et la prescription d'antibiotiques, en ajustant pour les mêmes variables.

Résultats :

Nous avons analysé les dossiers de 51 patients du CHUL (34,5 ans d'âge moyen, 78% de femmes) et 156 de la Cité Médicale de Québec (38,8 ans d'âge moyen, 67% de femmes) ayant reçu le diagnostic d'IVRS. Le coût moyen par patient [IC95%] était plus élevé au CHUL (67,04\$ [61,37-72,70]) qu'à la Cité Médicale (51,05\$ [48,50-53,60]).

KIOSQUE - 8

PROJET ABC-DU: COMPARAISON DU COÛT DES SOINS POUR LA DOULEUR ABDOMINALE ET L'INFECTION URINAIRE EN CLINIQUE MÉDICALE ET À L'URGENCE

BOULET, Justine, BOILARD, Christian, FORTIER, Camille, HUARD, Benoît, VACHON, Keven, MALLET, Myriam, BERTHELOT, Simon, BERTHELOT, Simon, GUERTIN, Jason, SIMONYAN, David, LESAGE, Anika, LÉVESQUE, Émilie, MOKHTARI, Akram, BARIL, Laurence, BLAIS, Sébastien, LÉTOURNEAU, Mélanie, PINEAULT, Amélie, LAFRENIÈRE, Michel, MOORE, Lynne

Introduction:

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a implanté un réseau de super-cliniques au Québec afin, entre autres, de réduire l'achalandage dans les départements d'urgence. Elles permettent aux patients ambulatoires présentant une condition aiguë d'être traités dans des cliniques sans rendez-vous où le coût des soins est supposément moindre qu'aux urgences et la qualité des services, comparable. Nous avons donc comparé le coût et la qualité des soins pour l'infection urinaire (IU) et la douleur abdominale indifférenciée (DAI) dans ces deux milieux.

Méthodologie:

Nous avons mené une étude rétrospective à l'urgence du CHUL et à La Cité Médicale à Québec du 1er avril 2015 au 31 mars 2016, en incluant les adultes ambulatoires ayant consulté pour une IU ou une DAI. Nous avons utilisé une méthode d'estimation du coût par activité en fonction du temps qui utilise deux paramètres: le coût unitaire (\$/min) des ressources matérielles et humaines pour chaque processus, ainsi que le temps moyen (minutes) utilisé par la ressource pour compléter le processus. Nous avons comparé la qualité des soins administrés à l'urgence et en clinique en mesurant l'observance des recommandations de l'INESSS pour les antibiotiques (choix et durée) dans l'IU et en consultant les recommandations de « Choisir avec soin » pour la DAI.

Résultat:

Les dossiers de 50 patients de l'urgence et 85 patients de la clinique ont été révisés pour l'IU vs 51 et 49 pour la DAI. La moyenne d'âge et la proportion de femmes de la cohorte étaient comparables à l'urgence et à la clinique tant pour l'IU (35,8 ans et 90,0%) que la DAI (35,8 ans et 62,7%). Les coûts [IC 95%] ajustés pour l'âge, le sexe, les signes vitaux et les comorbidités (Charlson et nombre de médicaments réguliers) étaient significativement plus élevés pour une visite à l'urgence qu'une visite en clinique pour l'IU (78,87\$ [69,53-89,48] vs 53,29\$ [43,68-65,03]; $p < 0,0001$) ainsi que pour la DAI (145,06\$ [108,60-193,74] vs 54,54\$ [39,67-74,99] p

KIOSQUE - 9

LE SUIVI SYSTÉMATIQUE DES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR TROUBLES DE SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

CAMERON, Cynthia, LEMIEUX, Kathleen, QUESNEL, Catherine, LUSSIER, Marie-Thérèse, DUGAS, Michèle, AYOTTE, Patrick, MENEAR, Matthew

Introduction :

Les arrêts de travail pour troubles de santé mentale communs (TSMC), tels que les troubles dépressifs et anxieux, sont une raison de consultation de plus en plus fréquente en soins de première ligne, représentant près de 40 % des invalidités de courte durée (Bizier, 2015). Au Québec, les médecins de famille et, plus récemment, les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, sont les principaux prescripteurs d'arrêt de travail en TSMC. De fait, les cliniciens en première ligne ne sont pas spécifiquement formés à la planification des arrêts de travail, ne disposent d'aucun protocole de prise en charge ou de lignes directrices et n'ont pas facilement accès aux recommandations de la médecine occupationnelle à ce sujet. Grâce à l'obtention d'une subvention pour projets de développement de Réseau-1 Québec (2017-2018), nous avons constitué une équipe de recherche interdisciplinaire. Les réflexions et échanges de l'équipe ont permis l'élaboration d'un prototype préliminaire d'un canevas d'entrevue clinique standardisé permettant une évaluation systématique par l'intervenant en soins de première ligne des éléments pertinents à questionner dans le cadre du suivi d'un arrêt de travail pour TSMC.

Objectifs :

Création d'un protocole novateur visant à développer un canevas d'entrevue clinique standardisé permettant une évaluation systématique des éléments pertinents à questionner dans le cadre d'un arrêt de travail pour un trouble de santé mentale commun.

Méthode :

-Équipe interdisciplinaire : 2 médecins de famille, 1 clinicien-chercheur, 1 chercheur, 1 psychologue, 1 professionnelle de recherche, 1 patient partenaire provenant de deux réseaux de recherche axés sur les pratiques de première ligne (RRAPPLs) : RRAPPL de l'Université de Montréal et RRAPPL de l'Université Laval. -Revue de littérature exhaustive. -Rencontres en visioconférence. -Développement du canevas par une approche centrée sur l'utilisateur, création de persona (Nancy et Mario, et de 4 cycles de développement itératifs).

Conclusion :

Création d'un canevas d'entrevue servant de guide et d'outil d'éducation du médecin de famille permettant d'améliorer l'évaluation, le suivi et le retour au travail de la clientèle ciblée.

Discussion :

- Évaluer la validité apparente et la validité du contenu du canevas d'entrevue et de tous les aspects de l'outil susceptibles d'être améliorés. - Évaluer l'impact de l'outil sur les connaissances et l'implication des patients dans la prise de décision (pour les arrêts de travail et les traitements), sur les expériences de soins et sur la durée de l'arrêt de travail.

KIOSQUE - 10

L'INFLUENCE DE LA PEUR DE TOMBER SUR LES RETOURS À L'URGENCE ET LES CHUTES FUTURES CHEZ LA POPULATION GÉRIATRIQUE AUTONOME SE PRÉSENTANT POUR UN TRAUMA MINEUR

LANOUE, Marie-Pier, EMOND, Marcel, SIROIS, Marie-Josée, J. PERRY, Jeffrey, LEE, Jacques, DAOUST, Raoul, WOSTER, Andrew

Contexte :

Selon la WHO, 1/3 des patients de 65 ans et plus chutent à chaque année. Ces chutes comptent pour 25% des visites à l'urgence faites par la population gériatrique. La peur de tomber est un problème commun chez les patients âgés et est associée avec plusieurs problèmes de santé, dont une diminution de la mobilité.

Objectif :

Évaluer la relation entre la peur de tomber et les retours à l'urgence et les chutes futures chez les patients âgés se présentant à l'urgence.

Méthode :

Cette étude fait partie de l'étude prospective multicentrique CETle (Canadian Emergency Team Initiative in elderly) ayant été conduite de 2011 à 2015. Participants : Les patients de 65 ans et plus ont été évalués et libérés de l'urgence suivant une consultation pour trauma mineur. Afin d'être inclus, ils devaient être indépendants dans leurs activités de la vie quotidienne et devaient communiquer en français ou en anglais. Mesures : L'issue primaire était le retour à l'urgence and l'issue secondaire, les chutes subséquentes. Ces derniers étaient rapportés par les participants à 3 et 6 mois. Les patients étaient classifiés selon leur score SFES-I (Short Fall Efficacy Scale International), qui évalue la peur de tomber dans différentes situations du quotidien. Un score cumulatif est utilisé pour déterminer si la peur est légère, modérée ou sévère. La présence de chutes antérieures et le TUG (Time Up and Go) ont été utilisés pour évaluer la mobilité des patients. Les score OARS, ISAR et SOF ont été utilisés pour déterminer la fragilité des patients.

Résultats

Analyse : La peur de tomber était disponible pour 2899 participants, de ceux-ci, 2214 ont été rejoints au suivi à 3 mois et 2009 à 6 mois. Le Odds Ratio (OR) pour le retour à l'urgence à 3 mois était de 1,10 pour une peur de tomber modérée et 1,52 pour une peur sévère ($p=0,11$). À 6 mois, le OR est de 1,03 pour une peur de tomber modérée et 1,25 pour une peur sévère ($p=0,63$). Pour les chutes subséquentes à 3 mois, le OR est de 1,8 pour une peur modérée et de 2,18 pour une peur sévère ($p<0,001$). Finalement pour les chutes à 6 mois, le OR est de 1,63 à 3 mois et de 2,37 à 6 mois ($p<0,001$).

Cette étude multicentrique démontre une association statistiquement significative entre la peur de tomber et les chutes subséquentes à 6 mois chez les patients âgés autonomes se présentant à l'urgence pour un trauma mineur. Des études subséquentes devraient être faites pour déterminer l'association entre la peur de tomber sévère et le retour à l'urgence.

KIOSQUE - 11

ÉTUDE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS EN PREMIÈRE LIGNE

CARON, Danielle, GUAY-BÉLANGER, Sabrina, MICHAELS, Richard, LeAnn, TOTTEN, Annette, LÉGARÉ, France

Introduction :

La planification préalable des soins (PPS) est un processus qui permet d'identifier ce qui est le plus important pour les patients atteints de maladies graves afin de faire correspondre les soins qu'ils reçoivent à leurs objectifs, valeurs et préférences. Le programme de soins dans le cas de maladie grave (PSMG) est un programme de PPS qui permet d'aider les cliniciens à initier plus tôt une conversation sur la PPS avec les patients ayant une espérance de vie limitée. Les cliniciens œuvrant en première ligne sont bien placés pour initier ce type de conversation. Cependant, la meilleure façon de mettre en œuvre le PSMG en première ligne demeure inconnue.

Objectifs :

L'objectif est de comparer une approche centrée sur le clinicien et une approche axée sur le travail d'équipe pour la mise en œuvre du PSMG en première ligne. Plus spécifiquement, nous souhaitons évaluer l'efficacité comparative de ces deux approches sur la concordance des soins avec les objectifs des patients et le temps passé à la maison.

Méthodologie :

Cette étude est un essai contrôlé randomisé par grappes. 42 cliniques de première ligne situées dans 5 états américains et 2 provinces canadiennes seront recrutées et randomisées pour mettre en œuvre l'une des deux approches, et les cliniciens recevront une formation sur l'utilisation du PSMG qui sera adaptée en fonction de l'approche assignée. Les cliniciens seront invités à initier des conversations sur la PPS avec les patients souffrant de maladies graves qui ont une espérance de vie de deux ans ou moins. 1260 patients seront recrutés. Des questionnaires seront complétés par les patients lors de l'inclusion, à 6 mois et à 12 mois. Les issues primaires seront les soins qui correspondent aux objectifs du patient et le temps passé à la maison. Des analyses descriptives seront effectuées afin de s'assurer de la comparabilité des deux bras de l'étude.

Résultats :

Les données issues de cette étude permettront de déterminer l'approche de mise en œuvre du PSMG la plus efficace pour les cliniques de première ligne. Les professionnels de la santé auront en main des outils et seront plus confortables à initier des conversations sur la PPS avec leurs patients, en s'assurant que les soins qui leur sont prodigués concordent avec leurs valeurs et préférences.

KIOSQUE - 12

UNE TECHNOLOGIE POUR APPUYER LA PRISE DE DÉCISION SUR LE VIEILLISSEMENT À LA MAISON: COORDINATES - UN PROGRAMME DE RECHERCHE MENÉ AU CANADA / SUÈDE / PAYS-BAS

OUSSEINE, Youssoufa M., CARON, Danielle, MEIJERING, Louise, ELF, Marie, JONES, Allyson, GARVELINK, Mirjam, BÉRUBÉ, Pierre, LEE-GOSSELIN, Hélène, ROY, Noémie, LÉGARÉ, France

Introduction :

Divers outils et technologies existent afin d'appuyer la prise de décision partagée (PDP) relativement aux décisions en matière de logement chez les personnes âgées. Cependant, on sait peu de choses sur la manière dont ces outils peuvent être adaptés aux personnes avec des incapacités.

Objectifs :

Étudier les moyens d'adapter certaines technologies afin de mieux permettre l'autogestion des personnes âgées présentant des atteintes cognitives légères (ACL) et favoriser la PDP en matière de logement.

Méthode :

C'est un programme de recherche internationale, à méthodes mixtes, intégrant des activités de transfert des connaissances. Ce programme est mené au Canada, en Suède et aux Pays-Bas. Il regroupe diverses disciplines et professions et s'appuie sur un partenariat avec une entreprise de cybersanté. Le projet COORDINATES comprend trois phases: 1) l'évaluation du potentiel de la technologie des GPS pour évaluer spécifiquement l'autonomie et la mobilité des personnes âgées présentant des ACL; 2) intégrer la technologie GPS et adapter la plateforme SPINACH, afin d'améliorer la plateforme TakeCare en matière de support à la PDP en lien avec des options de logement pour les personnes âgées; 3) évaluer l'effet de la technologie nouvellement adaptée sur la prise en charge de l'autogestion et la PDP à une plus grande échelle. En utilisant des méthodes de recherche participatives respectant le transfert des connaissances, chaque phase est réalisée simultanément et en collaboration dans les 3 pays. Les données de toutes les phases seront triangulées et comparées en prenant compte les différences intra et inter-pays entre les personnes âgées, les systèmes de santé, les environnements géographiques et les réglementations.

Résultats :

Cette étude a débuté en avril 2018 et est en cours. Elle fournira des données auto-déclarées et mesurées objectivement sur l'autonomie et la mobilité, ainsi que sur les changements de l'état de santé des personnes âgées vivant à domicile dans les 3 pays. Elle permettra à terme à la mise en place d'une plate-forme de soutien améliorée pour l'autogestion des soins des personnes âgées présentant des ACL et à une technologie testée et adaptée aux utilisateurs concernant les décisions de logement.

Conclusion :

Les nouvelles technologies peuvent potentiellement fournir des informations sur divers changements de mode de vie, de santé et de sécurité. Ces informations pourraient aider les adultes plus âgés présentant des ACL, leurs aidants naturels et les professionnels de santé à prendre des décisions éclairées et communes concernant les options de logement.

KIOSQUE - 13

FACTEURS INFLUENÇANT L'INTENTION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES D'ADOPTER UN COMPORTEMENT ENSEIGNÉ DANS UNE FORMATION CONTINUE EN LIGNE

BERGERON, Lysa, LÉGARÉ, France

Il est connu que les changements de comportement médicaux sont parfois difficiles à instaurer dans le milieu clinique et la pratique quotidienne. En ce sens, il est primordial que dès le départ, les connaissances soient transmises de façon à maximiser le changement de comportement. L'application de comportements implantés lors des formations continues reçues par les médecins spécialistes est fondamentale. L'implantation directe de la théorie dans la pratique signifierait une efficacité parfaite du processus et assurerait le meilleur traitement possible, et le plus actuel pour les patients. Les organismes générateurs de formations manquent de connaissances pour mettre en application ce transfert de connaissances efficace. L'objectif est de capturer les facteurs en lien avec les changements de pratique pour les fournir à ces organismes. Un questionnaire à 12 items, le DPCReaction permettra la mesure de l'intention de changer un comportement traité dans des formations médicales. Ce questionnaire basé sur les théories sociocognitives du changement de comportement d'auto-évaluation en 12 points, comporte ces 5 construits relatifs à l'intention comportementale clinique. Les formations sélectionnées consistent en plusieurs programmes éducatifs numériques accessibles sur la plateforme interactive en ligne de la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec. Les données ont été récoltées parmi les médecins spécialistes ayant complété une des cinq formations en ligne disponible entre 2015 et 2019. Ces formations portent sur différentes compétences canMEDs, sont de durée différente et plusieurs de leurs caractéristiques les distinguent. Ces caractéristiques qui déterminent l'application subséquente du contenu des formations continues ont besoin d'être explorées. Considérant l'importance de la maximisation de l'efficacité des formations qui mettent à jour les connaissances des professionnels de la santé, l'évaluation de ces formations représente une occasion exceptionnelle de maintenir l'application des connaissances médicales.

Ce projet vise à identifier les facteurs influençant l'intention des médecins d'adopter un comportement clinique traité dans une formation continue.

Objectifs:

1. Mesurer l'intention moyenne d'adopter un comportement par construits traité dans une formation continue en ligne chez les médecins spécialistes;
2. Identifier les facteurs qui influent sur l'intention des médecins d'adopter un comportement clinique traité dans une formation continue;

Ces résultats assisteront les organismes générateurs de formations continues, surtout à caractère médical, intensifiant l'efficacité des ressources du domaine de la santé.

KIOSQUE - 14

ÉVALUATION DES CONSIDÉRATIONS LIÉES AU SEXE ET AU GENRE DANS LES LIGNES DIRECTRICES PUBLIÉES SUR LE RÉSEAU EQUATOR

GOGOVAR, Amédé, ADISSO ,Lionel, ZOMAHOUN,Hervé Tchala Vignon, RHEAULT, Nathalie, MOHER, David, LÉGARÉ, France

Introduction :

L'importance des considérations liées au sexe et au genre est de plus en plus reconnue dans la recherche en santé.

Objectifs :

Nous avons cherché à évaluer l'intégration des considérations liées au sexe et au genre dans les lignes directrices pour rapporter la conception et les résultats de recherche en santé.

Méthode :

Nous avons examiné toutes les lignes directrices publiées et répertoriées sur le site Web d'EQUATOR (www.equator-network.org) jusqu'en décembre 2018. Une ligne directrice est définie comme "une liste de contrôle, un diagramme de flux ou un texte explicite, élaborés selon une méthodologie explicite, pour guider les auteur.e.s pour rapporter un type particulier de recherche". Les critères d'inclusion étaient les lignes directrices (originaux et leurs extensions) répertoriées dans le registre d'EQUATOR. Nous avons utilisé Endnote pour construire une base de données de l'énoncé de chaque ligne directrice identifiée comme "référence bibliographique complète" sur EQUATOR, et nous avons récupéré les textes intégraux. Les données extraites comprenaient: l'auteur, l'année, le titre, l'acronyme, le type d'étude auquel s'appliquent les lignes directrices tel que documenté sur EQUATOR, la présence de mots liés au sexe et au genre dans la liste de contrôle / texte principal (par exemple sexe, genre, femme, homme) et l'utilisation appropriée du sexe et du genre, conformément à leur définition par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Pour évaluer l'intégration des considérations liées au sexe et au genre, nous avons recherché la présence ou l'absence des mots-clés "sexe" et "genre" dans le texte principal de l'énoncé de chaque ligne directrice et dans la liste de contrôle ou la liste des recommandations. Nous avons utilisé des statistiques descriptives pour analyser les données.

Résultats :

En décembre 2018, 408 lignes directrices étaient répertoriées sur EQUATOR. D'après les résultats préliminaires de 371 lignes directrices, 115 (31%) ont mentionné le "sexe" et/ou le "genre" dans la liste de contrôle et/ou le texte d'explication et ont utilisé de manière interchangeable le sexe avec le genre ; Parmi elles, 70 (61 %) ont mentionné uniquement le "sexe", 50 (44 %) uniquement le "genre" et 6 (5 %) les deux. Parmi les lignes directrices ayant mentionné le "sexe" et/ou le "genre", six ont fourni des informations détaillées, par exemple la ligne directrice Sex and Gender Equity in Research (SAGER).

Conclusion :

L'analyse est en cours, mais il apparaît que l'intégration des considérations liées au sexe et au genre dans les lignes directrices pour écrire les articles soit rare et limitée à une simple mention des termes.

KIOSQUE - 15

IMPACT DE L'INTERVENTION PEPS SUR LA POLYMÉDICATION ET LES MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS EN CHSLD

TISNADO GARLAND, Carolina, GUÉNETTE, Line, KRÖGER, Edeltraut, ROULEAU, Rachel, DURAND, Étienne, SIROIS, Caroline

Introduction :

La polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) sont fréquents chez l'aîné en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Une plus grande collaboration interdisciplinaire et une autonomie professionnelle accrue des pharmaciens et infirmières pourraient réduire ces problématiques. Le Projet d'Évaluation de la Personnalisation des Soins pharmaceutiques en soins de longue durée (PEPS) a été déployé pour atteindre cet objectif.

Objectifs :

Déterminer l'impact de PEPS sur la proportion d'individus (1) consommant 10 médicaments ou plus (polymédication excessive); (2) recevant au moins un MPI parmi les aînés en CHSLD.

Méthode :

Cette étude quasi expérimentale inclut des individus de 65 ans et plus de deux CHSLD exposés (359 lits) à PEPS et deux non-exposés (241 lits). Nous avons analysé les ordonnances actives à un jour précis, à 0, 3, 6, 9 et 12 mois suivant l'implantation de PEPS, avec des données provenant des dossiers électroniques de la pharmacie (logiciel GESPHARx) et des dossiers médicaux papier. Les MPI ont été évalués par les critères de Beers 2015. Des statistiques descriptives (moyennes/écart types, proportions) ont été réalisées sur les variables continues et catégoriques, respectivement. Le nombre d'ordonnances dans les milieux exposés et non-exposés a été comparé à l'aide d'un modèle de régression de Poisson mixte à mesures répétées et le nombre d'individus ayant au moins un MPI a été comparé avec un modèle de régression logistique mixte à mesures répétées.

Résultats :

En 12 mois, considérant les ordonnances régulières seulement, la proportion d'aînés recevant une polymédication excessive est passée de 44% à 22% (exposés) et de 47% à 40% (non-exposés). Le nombre moyen d'ordonnances par patient est passé de 9,17+/-4,02 à 7,05+/-3,42(exposés) et de 9,56+/-3,96 à 8,85+/-3,88(non- exposés). La différence initiale entre les groupes exposés et non-exposés est significative ($p=0.007$) et s'accroît ($p=0,0172$) au cours de l'année d'implantation de PEPS. La proportion d'aînés recevant au moins un MPI passe de 75% à 72% (exposés) et de 75% à 73% (non-exposés). Il n'y a pas de différence entre les groupes, ni au début, ni au cours de l'intervention.

Conclusion et recommandations :

Comparée aux soins usuels, l'intervention PEPS a diminué la polymédication excessive et le nombre moyen d'ordonnances. Toutefois, la proportion d'individus recevant au moins un MPI reste stable.

L'impact de PEPS sur la santé des aînés en CHSLD devra être analysé.

KIOSQUE - 16

SOINS PALLIATIFS AUPRÈS DES PATIENTS ATTEINTS DE NÉOPLASIE TERMINALE AU CHDL : PERSPECTIVES DES ÉQUIPES DE SOINS SUR L'IMPLICATION PRÉCOCE DE L'ÉQUIPE DES SOINS PALLIATIFS DANS LE CONTINUUM DE SOINS OFFERT

LESSARD, Carolane, BREAUULT, Pascale, DAOUST, Danielle, BOUDREAUULT, Samuel, PAQUETTE, Jean-Sébastien, PELLETIER, Mathieu,

Contexte :

Le plan de développement 2015-2020 pour les soins palliatifs et les soins de fin de vie élaboré par le MSSS recommande une identification précoce des besoins des patients en ce qui a trait aux soins de fin de vie. Les données probantes soutiennent les bénéfices d'une prise en charge hâtive des patients atteints d'un cancer avancé par une équipe de soins palliatifs. Actuellement, l'offre de soins palliatifs au CHDL est fragmentaire et le passage en soins palliatifs marque le plus souvent un bris de continuité avec les services assurés par le médecin de famille du patient.

Objectif du projet :

Explorer de quelle façon l'offre de soins palliatifs dans la région du Nord de Lanaudière peut être bonifiée d'une manière congruente avec les meilleures pratiques dans le domaine tout en valorisant l'expertise et la continuité des soins en médecine familiale

Méthodologie :

Étude exploratoire descriptive qualitative à devis séquentiel imbriqué. Démarche en 3 temps : 1) identification, à partir d'une revue de la littérature, des différents modèles et corridors de services existant entre les services de soins palliatifs et certaines spécialités concernées par le suivi de patients atteints de néoplasie terminale afin de mettre en évidence les principales barrières et facilitateurs communément identifiés dans la mise en place d'une implication précoce des équipes spécialisées en soins palliatifs 2) Réalisation de groupes de discussion (3) réunissant des experts en médecine de première et deuxième ligne du CISSS du Nord de Lanaudière. Une première phase de collecte de données a été réalisée auprès de l'équipe intra-hospitalière de soins palliatifs, des chirurgiens généraux et des oncologues du CHDL. Un questionnaire électronique a été distribué en mars 2019 auprès des médecins de famille œuvrant dans 6 GMF de la région afin de sonder leur intérêt, leur sentiment de compétence et leurs capacités à maintenir leur leadership et leur implication auprès du patient atteint d'une néoplasie terminale. Troisièmement, l'ensemble des participants ont été invités à commenter et valider la synthèse regroupant les données issues des deux premières étapes.

Résultats :

Les analyses préliminaires sont en cours. Elles serviront l'élaboration d'une proposition d'un continuum de soins intégrant à la fois les données probantes en la matière et les particularités locales. Ce modèle sera soumis à nouveau aux professionnels concernés – et éventuellement aux patients – à travers un processus itératif et guidera la mise en place d'un projet pilote destiné à assurer son implantation dans notre milieu.

KIOSQUE - 17

DÉTERMINANTS ET ISSUES DE COLLABORATION ENTRE CHERCHEURS FONDAMENTAUX ET CLINIENS DANS UN CONTEXTE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE: PROTOCOLE D'UNE REVUE DE LA PORTÉE

PAQUETTE , Jean-Sébastien, ZOMAHOUN, Hervé Tchala Vignon, DESPRÉS, Jean-Pierre, RHEAULT, Nathalie, DIENDERE, Ella, LÉGARÉ, France

Objectifs:

Mettre au point un protocole de revue de la portée (scoping review) afin d'identifier les déterminants et les issues de la collaboration entre les chercheurs fondamentaux et les cliniciens dans un contexte de première ligne.

Méthode:

Pour réaliser le protocole, nous avons suivi la démarche proposée par Arksey et O'Malley et améliorée par Levac. Ce type de synthèse exploratoire a été choisie car elle survole l'état des données probantes dans un domaine donné et en fait une synthèse reproductible. Elle offre une phase de consultation visant à compléter la littérature manquante publiée ou non ainsi que certains éléments contextuels. La synthèse se fait en 6 étapes. Étape 1 : Se familiariser avec la littérature et déterminer les questions de recherche. Étape 2 : Élaborer une stratégie de recherche documentaire dans différentes bases de données incluant la littérature grise. Cette recherche est développée avec une spécialiste de l'information afin d'identifier les mots-clés. Étape 3 : Sélection des articles et documents basée sur des critères d'inclusion en lien avec les questions de recherche. Étape 4 : Extraire les données. La grille d'extraction et le guide de codification sont développés à partir des éléments de cadres théoriques expliquant les déterminants de l'implantation du modèle (ex. : COM-B model) et son évaluation (ex. : RE-AIM framework). Étape 5 : Traiter les données et faire leur synthèse. Étape 6 : Consulter les parties prenantes incluant les chercheurs fondamentaux, chercheurs-cliniciens, cliniciens et patients partenaires.

Résultats:

Suivant ces étapes, nous avons identifié les questions de recherche (caractéristiques des collaborations, barrières et facilitateurs, les issues et les impacts de leur implantation), les mots-clés et les critères d'inclusion des articles. Les travaux sont en cours et les tableaux détaillés seront présentés.

Conclusion:

Identifier dans la littérature les initiatives de recherche de collaboration comporte un défi que ce protocole de revue de la portée a permis d'adresser.

KIOSQUE - 18

PROTOCOLE SUR L'IMPACT D'UNE FORMATION EN LIGNE SUR LES CONNAISSANCES ET LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE DANS LE CONTEXTE DU DÉPISTAGE PRÉNATAL POUR LE SYNDROME DE DOWN

POULIN-HERRON, Alex, TITILAYO, Tatiana Agbadje, CÔTÉ, Mélissa, RAVISKY, Vardit, LANGLOIS, Sylvie, FOREST, Jean-Claude, CAUCHON, Michel, ROCH, Geneviève, LÉGARÉ, France

Contexte :

Lors du suivi de grossesse, les professionnels offrent aux parents la possibilité d'un dépistage prénatal de la trisomie 21. Une formation en ligne a été créée pour aider les professionnels de la santé à appliquer la prise de décision partagée (PDP) dans le contexte de dépistage prénatal, toutefois elle n'a pas été évaluée.

But :

Évaluer l'impact d'une formation en ligne sur les connaissances et l'utilisation de la PDP lors du dépistage prénatal de la trisomie 21 chez les professionnels de la santé.

Méthode :

Étude contrôle randomisée avec mesures pré et post intervention auprès de professionnels de la santé (n = 36) aléatoirement assignés à un groupe intervention (formation en ligne de l'Université Laval sur la PDP dans le contexte de dépistage prénatal) ou à un groupe contrôle (formation en ligne du Ministère de la Santé et des Services Sociaux sur le dépistage prénatal de la trisomie 21). La randomisation sera faite selon la profession du participant (infirmières, médecins de famille, sages-femmes et obstétriciens).

Analyse prévue

Pour évaluer les connaissances acquises, il y aura des analyses statistiques descriptives ainsi qu'un test de Wilcoxon. Pour l'évaluation de l'intention d'implanter la PDP en pratique et l'évaluation de la formation, les statistiques descriptives des divers scores et les variables associées seront reportées. S'ensuivront des analyses bivariées et multivariées des composantes.

Résultats attendus :

Augmentation des connaissances en PDP, utilisation marquée de celles-ci dans la pratique et appréciation des effets d'une formation en ligne axée sur la PDP.

Recommandations

À venir

KIOSQUE - 19

NAISSANCE D'UN PREMIER CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE DANS UNE COMMUNAUTÉ AUTOCHTONE NON CONVENTIONNÉE : LE CENTRE MIHAWOSO DE MANAWAN

BREAUULT, Pascale, ECHAQUAN, Sandro, BACON, Patrick, BERNARDINO, Marie-Ève, BLACK, Kathy, COLLARD, Sylvain, DESLAURIERS ST-JEAN, Alexandre, DUBE, Thérèse, DUBE-VOLLANT, Annette, MOAR, Arna, OTTAWA, Joliane, PETIQUAY, Jacinthe, ROBERTSON, Josiane

Contexte:

L'enfant a toujours occupé une place prépondérante au sein de la culture et des traditions atikamekw. Près de la moitié de la population de la communauté de Manawan est âgée de moins de 18 ans. Parmi ces jeunes, un nombre critique font face à une adversité importante dans l'atteinte du meilleur état de santé physique, mental, spirituel et émotionnel pourtant reconnu comme un droit fondamental au regard des instruments juridiques nationaux et internationaux. L'approche préconisée par la pédiatrie sociale pour contribuer au mieux-être des enfants et des jeunes répond à la vision de la nation atikamekw à l'égard des enfants et des familles.

Objectifs:

1) Développer une offre de services cliniques et communautaires en pédiatrie sociale centrée sur une approche de sécurisation culturelle; 2) Assurer la sécurité et le mieux-être des enfants et des jeunes atikamekw tout en leur permettant de conserver leur langue, dans le respect de leur culture et traditions; 3) Développer, sur la base d'un projet participatif, un modèle de collaboration interprofessionnelle valorisant l'expertise professionnelle et culturelle de différents intervenants de 1^e ligne afin de proposer un modèle hybride en pédiatrie sociale répondant aux impératifs spécifiques de l'offre de services cliniques dans une communauté autochtone non conventionnée située en région éloignée.

Description:

Le projet de création du centre de pédiatrie sociale a impliqué les directions de différents secteurs de services de la communauté de Manawan et se fonde sur une approche collaborative entre les familles et l'ensemble des organisations œuvrant dans la communauté. La mise sur pied du Centre Mihawoso, le premier centre de pédiatrie sociale sur communauté au Canada, a requis un travail concerté de représentation auprès de multiples organismes et ministères des gouvernements fédéral et du Québec. Le Centre Mihawoso propose depuis janvier 2019 différentes activités cliniques et communautaires. L'offre de services cliniques se structure dans une approche collaborative inédite en pédiatrie sociale entre différents intervenants de 1^{re} ligne, notamment un médecin de famille, un infirmier praticien spécialisé, une infirmière clinicienne, une travailleuse sociale et une technicienne en éducation spécialisée. Une majorité des professionnels est issue de la communauté.

Résultats attendus:

Contribuer à l'amélioration de la santé des enfants de la communauté en offrant des services en pédiatrie sociale misant sur le renforcement des facteurs de protection afin de favoriser leur épanouissement à moyen et long terme tel que l'indique le segment enfance jeunesse de la Politique sociale atikamekw.

KIOSQUE - 20

ENSEIGNEMENT DE L'ÉRUDITION ET DE LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES D'UN PROGRAMME DE RECHERCHE-ACTION AUPRÈS DES EXTERNES, DES RÉSIDENTS, DES MÉDECINS ET PROFESSIONNELS DU GMF-U ST-CHARLES-BORROMÉE

BREAULT, Pascale, BOUDREAULT, Samuel, PAQUETTE, Jean-Sébastien, PELLETIER, Mathieu, MARTEL, Elise, TESSIER, Valérie, DESCHAMBEAULT, Julie, LAGANIÈRE, Marie-Josée, TURGEON, SÉBASTIEN, LAFORTUNE, Frantz-Danie, DESMEULES, Julie

Contexte:

L'érudition est une des compétences du référentiel CanMEDS-MF. Des revues systématiques en éducation médicale ont démontré que l'inclusion de l'enseignement et des apprentissages liés aux différentes dimensions de la médecine fondée sur les données probantes a un impact plus grand lorsqu'ils sont liés et intégrés à la pratique clinique. Après une évaluation des activités d'enseignement en lien avec l'érudition au GMF-U SCB, une refonte complète des activités destinées aux externes et aux résidents en médecine familiale fréquentant le GMF-U a été réalisée de manière à proposer une approche intégrée et longitudinale du développement des différentes dimensions associées à cette compétence.

Objectifs:

1) Promouvoir le développement des différentes dimensions de la compétence "érudition" dans un environnement stimulant, collant directement à la réalité et aux préoccupations cliniques de la médecine de première ligne; 2) Favoriser une meilleure participation et intégration de nos collègues enseignants aux activités d'érudition; 3) Étudier et documenter les différentes dimensions et les impacts des changements pédagogiques auprès des résidents et des cliniciens enseignants afin d'éventuellement exporter la formule et l'expertise vers d'autres milieux d'enseignement associés au DMFMU.

Méthodologie:

La refonte du programme d'enseignement se base sur le modèle de design pédagogique ADDIE (Analysis, Design, Development, Implantation, Evaluation). L'enseignement de l'érudition étant un sujet encore peu abordé dans la littérature, un programme de recherche-action a été greffé au développement pédagogique afin de comprendre et offrir une rétroaction rapide aux besoins des différentes parties impliquées dans le projet. La collecte de données a été réalisée à travers une série de rencontres de discussion et des questionnaires électroniques auprès de cinq groupes distincts : 1) les externes du programme de formation décentralisée de la FMED-UL; 2) les résidents en médecine familiale; 3) l'équipe de médecins « experts » en érudition; 4) les médecins cliniciens-enseignants « réguliers » et 5) les autres professionnels de la santé (non médecins) œuvrant au GMF-U SCB.

Résultat:

Le programme de recherche-action a permis de corriger rapidement certains éléments en lien avec le format de l'activité. L'analyse thématique des résultats des groupes de discussion est en cours. Des résultats préliminaires mettent de l'avant l'importance de stratégies explicites de « role modelling » en érudition et l'impact positif de la refonte du programme d'enseignement sur la perception du leadership et du rôle d'expert des médecins de famille œuvrant au sein d'une unité d'enseignement.

KIOSQUE - 21

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ UN MOYEN PROPICE POUR PROMOUVOIR LES PRATIQUES RÉFLEXIVES EN PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE

DIOUF, Ndeye Thiab, LÉGARÉ, France, DOGBA, Joyce, TREMBLAY, Marie-Claude,

Contexte:

Les recommandations issues de la conférence d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires a soulevé plusieurs mouvements qui prônent le concept de « participation de la population ». La notion de participation si elle s'applique en milieu clinique, elle est appelée participation des patients (PP). Également, la PP peut prendre différentes formes et à différents niveaux. Dans une dynamique de partenariat entre l'équipe de soin et le patient elle est appelée prise de décision partagée (PDP). La PDP est une stratégie d'intervention qui découle du courant de soins centrés sur le patient. Elle est expérimentée dans plusieurs pays et certains l'ont même institutionnalisée dans leurs politiques de santé. Cependant, l'implantation de la PDP est complexe. Parmi les interventions jugées pertinentes afin de faciliter l'implantation de la PDP en contexte de soins, la formation des professionnels de santé est citée en premier. Par contre, nous soutenons l'idée que les formations actuelles en PDP sont nombreuses et hétérogènes et semblent peu efficaces. La formation des professionnels de la santé sur les pratiques réflexives constitue une intervention favorable à l'amélioration des interventions en santé. Nous soutenons donc l'idée selon laquelle l'introduction des pratiques réflexives dans les formations en PDP pourrait aider à améliorer le processus d'implantation. Il importe aussi de s'arrêter sur l'acceptabilité et la faisabilité organisationnelle aux Québec.

Objectifs:

L'objectif de ce projet de thèses est de décrire comment une formation en PDP qui intègre des pratiques réflexives est jugée acceptable et faisable dans les organisations de première ligne au Québec.

Méthodologie:

La méthode prévue est une étude multi méthodes composée de trois parties : une revue de littérature sur la formation en PDP, une autre qui consiste à proposer un programme de formation qui prend en compte les pratiques réflexives en PDP et une troisième qui teste l'acceptabilité et la faisabilité dans des unités de soutien à domicile au Québec. Pour réaliser ces étapes, nous allons nous inspirer de trois cadres théoriques : celui sur la collaboration interprofessionnelle en PDP de de Légaré et al. (2011), un sur la formation réflexive en santé de Boud (1985) et un sur l'ouverture organisationnelle à de nouvelles pratiques en santé d'Oostendorp et al. (2015).

Résultat:

Les résultats attendus sont : un état des connaissances sur les contenus de formation en PDP, un programme de formation en PDP et un résumé des éléments qui expliquent l'acceptabilité et la faisabilité dans un contexte organisationnel du Québec.

KIOSQUE - 22

MISE EN PLACE D'UN GUIDE DES COMPORTEMENTS OBSERVABLES EN SUPERVISION CLINIQUE (DIRECTE ET INDIRECTE)

LACASSE, Miriam, D'AMOURS, Josée, CARIGNAN, Lucie, GRAVEL, Chantal

Contexte:

Le cursus de médecine familiale repose sur une approche par compétences. Pour développer ses compétences, le résident doit bénéficier d'activités de formation qui se déroulent en milieu clinique authentique, recevoir une rétroaction fréquente sur son travail, et apprendre à autogérer ses apprentissages en développant une pratique réflexive continue sur ses compétences suite aux rétroactions reçues. Afin de procurer une rétroaction quotidienne de qualité, le médecin superviseur doit pouvoir observer et commenter spécifiquement la performance clinique de l'apprenant en relation avec les compétences attendues afin d'encourager la mise en œuvre de nouvelles connaissances, aptitudes et attitudes, le tout dans une approche de coaching.

Problématique:

Le superviseur clinique a un double rôle, celui d'assurer la qualité des soins au patient, mais également celui d'accompagner le développement des compétences de l'apprenant grâce à des rétroactions constructives et fréquentes. Il lui est souvent plus facile de se prononcer sur le problème clinique et de restreindre la rétroaction à cet aspect. En effet, il peut être complexe pour le clinicien enseignant de préciser comment observer les compétences et les traduire en comportements spécifiques, ce qui permettrait d'enrichir le contenu de la rétroaction quotidienne. Il est donc apparu nécessaire de créer un outil facilitant ce rôle essentiel du superviseur.

Objectif :

Outiller le superviseur pour lui permettre de structurer son observation afin de la rendre davantage spécifique.

Méthode:

Un recensement de documents maison des GMF-U du réseau évoquant des comportements observables en lien avec les compétences, ainsi que différents outils déjà disponibles sur ce sujet en lien avec les référentiels de compétences et d'évaluation du CMFC a été effectué. Le référentiel des indicateurs de développement du DMFMU a également été consulté. Un consensus sur les éléments à retenir a été obtenu auprès d'un groupe de cliniciens éducateurs. Les comportements en question furent regroupés selon le référentiel CanMEDS

Conclusion:

Grâce à ce recensement, un outil intitulé : *Guide des comportements observables en supervision clinique (directe et indirecte)* fut créé. Il est disponible sur le portail de résidence en médecine familiale www.monportail.ulaval.ca. L'outil proposé permet de traduire les compétences à acquérir en médecine familiale en comportements attendus. De plus, il sert à mieux comprendre et préciser les attentes auprès des supervisés selon leur niveau de formation. Il oriente l'observation et aide à structurer la supervision et la rétroaction en offrant un vocabulaire spécifique. Dans le futur, l'outil pourrait également servir à mieux saisir les combinaisons spécifiques de compétences requises pour réaliser les différentes activités professionnelles confiées (APC).

LISTE DES KIOSQUES ET DES THÉMATIQUES (SUITE)

KIOSQUE - 23

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.

GRESHNER , Erika, BOUCHER, Raphaëlle, BREault, Pascale, BOUDREAULT, Samuel, DESCHAMBEAULT, Julie, PAQUETTE, Jean-Sébastien, PELLETIER, Mathieu

Contexte:

Le rôle du mdF dans le dépistage des cancers est central. Au Québec, cinq types de cancer font l'objet de programmes ou de recommandations officielles de dépistage (sein, col de l'utérus, côlon, poumon, 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. Une des modalités les plus souvent reconnues dans la littérature est l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique.

Objectif:

Harmoniser les pratiques entre les cliniciens enseignants et de développer une boîte à outils d'aide à la décision clinique commune pour faciliter l'enseignement de la décision partagée en matière de dépistage des cancers en première ligne.

Méthodologie:

Processus délibératif en trois phases auprès des cliniciens-enseignants du GMF-U SCB : 1) Présentation des données probantes supportant les lignes directrices applicables à notre contexte de pratique; 2) Tenue de groupes de discussion (3) regroupant au total 22 cliniciens-enseignants du GMF-U SCB afin d'explorer leur approche du dépistage du cancer, les lignes directrices qu'ils suivent ainsi que les facteurs influençant la manière dont ils l'enseignent; 3) Atelier délibératif regroupant les cliniciens-enseignant afin de présenter les éléments dégagés des groupes de discussion et de dégager un consensus sur les recommandations qui seraient appliquées dans l'enseignement aux résidents

Résultats:

Un consensus sur les lignes directrices retenues par l'équipe enseignante a été dégagé et schématisé au moyen d'une fiche synthèse sur l'enseignement du dépistage des cancers au GMF-U SCB. Une analyse thématique préliminaire des échanges durant le processus délibératif laisse voir 4 enjeux dominants dans l'enseignement et la mise en œuvre du dépistage en première ligne : 1) Critique du caractère systématique du dépistage; 2) Critique des facteurs sociopolitiques sous-tendant les recommandations; 3) L'association entre le caractère défensif du suivi et de l'application des recommandations en matière de dépistage et des facteurs en lien avec l'environnement social (pratiques différentes des médecins spécialistes, niveau de littératie limitée des patients) et 4) une utilisation partielle des outils d'aide à la décision clinique par le clinicien.

Conclusion et retombées

Ces résultats ont guidé l'élaboration d'une boîte à outils commune à l'ensemble du personnel médical du GMF-U SCB et au développement d'un atelier de formation à la décision partagée en matière de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon, du poumon et de la prostate.

KIOSQUE - 24

METTRE À L'ÉCHELLE LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE POUR LES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT

LEGARÉ, France, RHUGENDA, SYLVIE-MARIANNE, PLOURDE, KARINE, BEN CHARIF, Ali, OUSSEINE, Youssoufa, GOGOVOR, Amede

Introduction:

Les soins à domicile constituent un cadre dans lequel les aînés et les proches aidants sont confrontés à des décisions difficiles ayant une incidence importante sur leur bien-être. La prise de décision partagée (PDP) est un processus collaboratif de soutien des prestataires de soins de santé à prendre des décisions fondées sur les meilleures preuves et sur ce qui compte le plus pour eux. Bien que la PDP mène à de bons résultats, la plupart des Canadiens ne font pas l'expérience de la PDP et encore moins les aînés. Pour en faire bénéficier plus de Canadiens, la PDP doit être mise à l'échelle. Cependant, il y a des lacunes persistantes à le faire et la mise à l'échelle reste une phase peu étudiée de l'application des connaissances (AC). Depuis 2007, nous avons évalué la mise en œuvre de la PDP dans les soins à domicile en mettant l'accent sur le contexte local/régional et son impact positif. Nous proposons maintenant de réduire les lacunes dans les connaissances sur la PDP dans les soins à domicile au Canada.

Objectifs:

Développer et tester de nouvelles approches pour la mise à l'échelle de la PDP dans les soins à domicile. Les premiers objectifs spécifiques sont 1) Évaluer le potentiel de mise à l'échelle des interventions en PDP qui s'adressent à la décision principale identifiée comme une priorité par les utilisateurs de connaissances. 2) Développer un plan de mise à l'échelle basé sur la théorie et les données probantes.

Méthode:

Nous utiliserons des méthodes/études mixtes. Il est prévu dans l'objectif 1 de faire un sondage afin de définir les besoins décisionnels 1) des aînés et proches aidant à travers le Canada; 2) des fournisseurs de soins auprès des aînés à travers le Canada. Également, des entrevues semi-structurées avec les intervenants et les aînés vont permettre d'identifier le point de décision prioritaire ainsi qu'un programme de soins à domicile qui pourrait bénéficier de la prise de la PDP. Pour l'objectif 2, nous allons créer une revue systématique vivante (LSR) sur les évidences de mise à l'échelle. Ainsi qu'une revue réaliste afin d'identifier comment et pourquoi les stratégies de mise à l'échelle sont supposées fonctionner et dans quelles circonstances elles peuvent fonctionner.

Résultats:

Le projet est à ses tout débuts, nous n'avons pas de résultats préliminaires pour l'instant.

Retombées :

Les données issues de cette étude permettront de déterminer la stratégie la plus efficace afin que les aînés Canadiens bénéficieront de la PDP dans leurs soins à domicile et deviendront pleinement engagés comme partenaires dans leurs soins.

KIOSQUE - 25

ÉVALUER L'UTILISABILITÉ ET L'ACCEPTABILITÉ D'UNE APPLICATION MOBILE NUMÉRIQUE POUR SUPPORTER LES FEMMES ENCEINTES ET LEUR PARTENAIRE POUR LA DÉCISION CONCERNANT LE DÉPISTAGE PRÉNATAL

LÉGARÉ , France, ABBASGHOLIZADEH RAHIMI, Samira, ROUSSEAU, François, FOREST, Jean-Claude, AGBADJÉ, Titilayo Tatiana, GIGUÈRE, Yves, BOURDON, Gertrude, CÔTÉ, Mélissa,

Introduction:

Au cours de leur grossesse, les femmes enceintes doivent prendre une décision concernant le test de dépistage prénatal de la trisomie 21 (T21). La décision de faire ou non le test de dépistage de la T21 est une décision difficile. Nous avons donc développé une application mobile numérique en partenariat avec la compagnie Greybox Solutions Inc. pour aider les femmes enceintes et leur partenaire à prendre une décision en lien avec le test de dépistage prénatal de la T21.

Objectifs:

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'utilisabilité et l'acceptabilité d'une application mobile numérique pour aider les femmes enceintes et leur partenaire à faire un choix éclairé en matière de dépistage prénatal.

Méthode:

Il s'agit d'une étude mixte avec collecte de données quantitatives et qualitatives. Le recrutement sera effectué sur trois sites : la Maison de naissances de la Capitale-Nationale, le département d'obstétrique et gynécologie du CHU de Québec et l'Unité de Médecine Familiale de l'Hôpital Saint-François d'Assise. Pour être éligibles, les femmes doivent : a) être âgées de 18 ans et plus, b) être au second trimestre de grossesse, c) parler et écrire en français ou en anglais, d) consentir à participer à l'étude et e) ne pas avoir une grossesse à risque. Les partenaires doivent également donner leur consentement pour participer à l'étude. Les femmes enceintes et leur partenaire seront approchés dans les salles d'attentes des sites cliniques où un agent de recrutement les informera du projet et évaluera leur intérêt à participer à l'étude. Les participants volontaires à participer à l'étude seront invités à une rencontre. Au cours de la rencontre, les participants seront invités à consulter l'outil numérique, répondre à un questionnaire structuré (System Usability Scale, Preparation for Decision Making Scale, Mobile App Rating Scale...) suivie d'une entrevue qualitative avec des questions semi-structurés. Les entrevues sont enregistrées sur support audio et transcrites verbatim. Nous effectuerons une analyse quantitative en utilisant SAS 9.4 et une analyse qualitative en utilisant le logiciel N'vivo.

Résultats:

Résultats à venir

Conclusion

Il s'agit d'une première étude permettant d'évaluer l'utilisabilité et l'acceptabilité d'une application mobile en lien avec le dépistage prénatal. Cette application permet un accès facile à l'information en lien avec le dépistage prénatal et pourrait faciliter le processus de prise de décision.