



Réseau-1 Québec

Présentation en rafale d'affiches





Déroulement

- Projets financés par le RIQ
- Visite des affiches après les rafales, salles 3232 et 3240
- Déroulement de la rafale : 45 secondes par affiche





BESOINS DE FORMATION EN RECHERCHE AXÉE SUR LE PATIENT

@Reseau1Quebec
@UniteSoutien



Mélanie Ann Smithman^{1,2}, Isabelle Godbout³, Annie LeBlanc^{3,4}, Matthew Menear^{2,4}, Émilie Grenier³, Michèle Dugas¹
1. Université de Sherbrooke, 2. Réseau-1 Québec, 3. Unité de soutien SRAP du Québec, 4. Université Laval

??? SONDRAGE ???

BESOINS ET INTÉRÊTS DE FORMATION RAPPORTÉS

Le Réseau-1 et l'Unité de soutien SRAP, en collaboration avec les autres réseaux SRAP du Québec, ont réalisé à l'automne 2018 un sondage en ligne portant sur les **besoins et intérêts de formation** en recherche axée sur le patient des étudiants, jeunes chercheurs et cliniciens.

RÉPONDANTS

78 répondants

Régions

- 41 % Montréal
- 23 % Capitale-N.
- 10 % Estrie
- 8 % Montérégie
- 5 % Chaudière-A.

Langues

- 64 % francophones
- 36 % anglophones

Profils

- 47 % étudiants
- 22 % chercheurs
- 21 % cliniciens
- 18 % autres (professionnels de recherche, patients, gestionnaires)

Réseaux

- 55 % Réseau-1
- 35 % Unité Soutien
- 24 % ACCESS Esprit O.
- 12 % Autres
- 3 % Action Diabète C.
- 1 % R.Q.R. Douleur

Compétences professionnelles transversales

COMPÉTENCES FAIBLES	INTÉRÊTS ÉLEVÉS
Demande de financement	Pensée critique
Gestion de projet	Gestion de projet
Réseautage	Transfert de connaissance
Transfert de connaissance	Enseignement
Planification de carrière	Communication interpersonnelle

Compétences méthodologiques

COMPÉTENCES FAIBLES	INTÉRÊTS ÉLEVÉS
Recherches inter-juridictionnelles	Recherche inter-juridictionnelles
Analyses économiques	Mesures d'impact
Études quasi expérimentales	Recherche en partenariat décideurs et patients
Études de cas politiques	Amélioration de la qualité
Mesures d'impact	Système de santé québécois

Mentorat

57 %

des répondants sont satisfaits de leurs relations de mentorat.



1/3 des répondants ont des besoins élevés ou très élevés de mentorat.

Principaux domaines de mentorat souhaités :

- Compétences en recherche
- Conseils de carrière
- Conciliation travail-vie personnelle
- Réseautage
- Compétences professionnelles

Recherche axée sur le patient

69 %

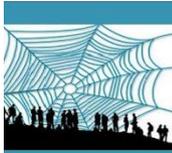
des répondants ont été ou sont impliqués dans la recherche axée sur le patient.



73 % des répondants se disent peu familiers ou détenir des connaissances de base en recherche axée sur le patient.

m.smithman@usherbrooke.ca





Lussier MT
Greiver M
Dahrouge S
Vachon B
Duhoux A
Pomey MP
Gaboury I
Motulsky M
Tremblay JL
Menseur M
Skrobik Y
Martin E

SPIDER-NET: Une collaboration entre un processus structuré de recherche et d'amélioration de la qualité afin de soutenir les cliniciens de première ligne dans l'optimisation de la gestion des soins pour les patients aux besoins complexes: l'exemple de la polypharmacie chez les aînés

CONTEXTE:

En 2005-2006, 65,1% des Québécois âgés de 65 ans et plus prenaient 5 médicaments ou plus (Conseil du médicament, 2009).

Chez les patients ontariens âgés de 65 ans et plus, la prise de 10 médicaments ou plus s'est avérée un indice fiable identifiant 95,3% des aînés ayant des besoins chroniquement complexes (Dahrouge, 2017).

Le Réseau Canadien pour la déprescription et Choisir avec soin ont identifié quatre médicaments potentiellement inappropriés chez les patients âgés; les inhibiteurs de la pompe à protons, les sédatifs-hypnotiques, les hypoglycémifiants longue durée d'action et les antipsychotiques.

OBJECTIF:

Valider la faisabilité de mettre en œuvre et d'évaluer le modèle CoMPAS+ SPIDER dans les équipes interdisciplinaires de première ligne (PL) œuvrant au Québec en termes d'efficacité, d'implantation, de pérennisation et de coût.

MÉTHODE:

Devis: Étude de faisabilité imbriquée dans un essai clinique randomisé contrôlé canadien. Devis observationnel, mixte, qualitatif et quantitatif.

Sites d'implantation: GMF-U Laval, GMF-U du Marigot, GMF-CLSC Sainte-Rose et CLSC des Mille Îles, du CISSS Laval.

Participants: Les intervenants de PL et le personnel administratif formant l'équipe d'amélioration continue de la qualité (ACQ); deux médecins de famille ou plus, une infirmière, un pharmacien, un agent d'amélioration continue de la qualité (si applicable), un gestionnaire et un usager ressource.

Patients ciblés: Patients de 65 ans et plus inscrits au GMF, dont le prestataire de soins (Sentinelle) participe au Réseau Canadien de Surveillance Sentinelle en Soins Primaires (RCSSSP), ayant 10 médicaments actifs et plus au DMF.

Collecte de données 12 mois après l'implantation:

Équipe ACQ:

- Questionnaire sur l'expérience du processus SPIDER et de son impact sur leur capacité à prendre en charge ces patients;
- Groupes de discussion sur leurs expériences SPIDER; l'acceptabilité du processus, la capacité à mettre en œuvre les changements et les obstacles rencontrés.

Données patients:

- Données extraites du DMF 12 mois avant, pendant et 12 mois après l'implantation du processus;
- Questionnaires portant sur la qualité de vie (EuroQol-5D), l'expérience des soins de santé, le processus de soins, les symptômes (améliorations/nouveaux), la relation avec le prescripteur, l'autonomisation, la coordination des soins et les cinq dimensions liées à la polypharmacie et à la déprescription:
 - Problèmes avec la médication
 - Connaissance du prestataire
 - Intérêt à arrêter les médicaments
 - Manque de connaissance envers les médicaments
 - Implication du patient dans la prise de décision
- Entretiens individuels semi-structurés explorant la satisfaction à l'égard des soins et axés sur la gestion des médicaments.



MODÈLE CoMPAS+ SPIDER



RÉSULTATS:

PARTICIPANTS AUX ATeliers	Nombre (n)
Médecins de famille	14 (50%)
Infirmières	1 (4%)
Usager ressource	7 (25%)
Pharmacien et GMF	2 (8%)
Pharmacien externe (CLSC)	1 (4%)
Agent d'amélioration continue de la qualité	1 (4%)
Secrétaire	1 (4%)
Directeur infirmerie	1 (4%)
Adj. en pharmacologie	1 (4%)
TOTAL MÉDECINS DES PATIENTS	N = 2340
Âge d'entrée (PI)	47,7 (13)
Nombre de visites de soins (1 dernier visit, moyen (PI))	46,1 (49)
Nombre de médicaments (moyenne (ET))	15,3 (1,7)
Proportion de patients ayant un médicament à arrêter	82,1
RÉPARTITION DES SÉVÉRITÉS DES PATIENTS	
Nombre de visites en soins primaires (ET)	20,1 (1,3)
Nombre de visites en soins secondaires (ET)	28,3 (2,1)

- Mettre en place un plan d'intervention de déprescription (PI) pour tous les cas complexes afin de réduire la polypharmacie et les prescriptions potentiellement inappropriées.
 - Améliorer l'utilisation des données pharmaco-épidémiologiques afin de passer au niveau d'information sur l'identification de la liste afin de réduire le temps pour arrêter la déprescription.
 - Optimiser l'information transmise aux usagers et leurs proches pour favoriser la gestion de la polypharmacie et la déprescription de médicaments potentiellement inappropriés.
- Mettre en place de manière adéquate un processus structuré de révision systématique de la médication des aînés poly-médicamenteux avec l'PI dans lequel les rôles et responsabilités de chacun sont définis.

CONCLUSION:

Les ateliers CoMPAS+ SPIDER sur la polypharmacie permettent de diffuser les meilleures pratiques et d'impliquer activement les équipes de PL dans l'identification des améliorations à apporter à la gestion de la polypharmacie chez les aînés.

L'étude de faisabilité a permis de confirmer l'intérêt des équipes cliniques à participer à des activités de pratique réflexive sur les problèmes de la polypharmacie et des besoins complexes et permettra d'adapter les outils et la formation au contexte québécois.

PROCHAINES ÉTAPES:

À l'automne 2019, les ateliers de suivi seront offerts pour les quatre sites participants afin d'évaluer les progrès accomplis et d'adapter le plan d'action au besoin.

Aussi, huit GMF-U seront invités à participer à l'évaluation du programme dans le cadre d'une étude randomisée contrôlée pancanadienne.

« C'est la première fois en 34 ans de pratique qu'une proposition aussi structurée nous est faite pour améliorer la qualité de l'acte » Médecin

LES ÉLÉMENTS EN PLACE APPRÉHÉS	LES ÉLÉMENTS À AMÉLIORER
<ul style="list-style-type: none"> Les échanges et interactions interdisciplinaires Le processus de résolution de problèmes L'implémentation des pratiques basées sur les données probantes Les données spécifiques concernant leur utilisation Li-formation, éducation L'intégration des usagers ressources Les outils à intégrer dans leur pratique La qualité de l'organisation, de la gestion du temps et de l'information 	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la durée des ateliers afin d'avoir suffisamment de temps pour l'élaboration du plan d'action Limiter le nombre de participants pour faciliter la gestion du temps Offrir plus de préparation et d'accompagnement pour les usagers ressources Préciser certains indicateurs (coût de transférabilité, utilisation des urgences et hospitalisation) en fonction du profil pharmacologique S'assurer que le projet soit intégré dans le plan local d'amélioration continue de la qualité Planifier plusieurs mois à l'avance les ressources dédiées au projet SPIDER

ÉQUIPE ACQ
deux médecins de famille
une infirmière
un pharmacien
un AACC (si applicable)
un gestionnaire
un usager ressource

SOURCES DE DONNÉES
• Banques de données clinico-administratives jumelées
• DMF (Medsync par Telus); données extraites, nettoyées et codifiées par les algorithmes du projet RCSSSP





Adaptation et implantation d'un outil pour aider les patients à préparer leur consultation au sans rendez-vous et à l'urgence

L'expérience du CISSS de Laval

CONTEXTE / OBJECTIFS

Mise en contexte

- En contexte de sans rendez-vous et à l'urgence, le médecin dispose d'un temps limité pour évaluer l'état clinique du patient.
- Les patients peuvent être insuffisamment préparés à fournir l'information concernant leur problème de santé dans cet environnement de soins stressant.
- Le site Web Discutons Santé (DS) est reconnu pour soutenir le patient dans la préparation de sa consultation de routine en soins de première ligne.

Énoncé du problème

Comment aider le patient à décrire son problème de santé et partager ses préoccupations, de manière concise et précise, au sans rendez-vous ou à l'urgence?

Objectifs

- Offrir un outil aux patients pour les aider à structurer l'information à propos de leur problème de santé;
- Évaluer, du point de vue des patients et des médecins, l'appréciation de l'outil et son impact sur la consultation.

ÉTAT ET ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

État de la situation

- Discussions avec les équipes médicales et les gestionnaires des 2 GMF-U et de l'urgence du CISSS de Laval pour identifier :
 - les enjeux liés à la communication médecin-patient;
 - des solutions applicables dans ces contextes de soins.

Conclusions des discussions

- La période d'attente peut permettre aux patients de compléter une fiche décrivant les aspects biomédicaux du problème de santé ET son expérience du problème.
- Préférence pour une fiche papier plutôt que la plateforme Web DS pour des raisons logistiques : absence d'accès à un ordinateur ou à un réseau WIFI dans les salles d'attente;
- Préférence des médecins de disposer de la fiche de préparation du patient avant de le rencontrer.

INNOVATION ET PLAN D'ACTION

Solution retenue

- Adaptation au format papier de la préparation de la consultation offerte par le site Web de Discutons Santé, en collaboration avec des cliniciens, des gestionnaires et des patients.

Plan d'action

- Automne 2018 : Pré-test de la fiche de préparation de la consultation (FPC) auprès des utilisateurs (patients et médecins)
- Décembre 2018 – mai 2019 : Étude de faisabilité de l'implantation de la FPC à l'urgence. Implantation de la FPC prévue à l'été 2019.
- Janvier 2019 – maintenant : Implantation de la FPC au « sans rendez-vous » des 2 GMF-U.
- Automne 2019 : Évaluation, pour les deux contextes de soins, de la FPC et de son impact sur la consultation par les patients et les médecins à l'aide d'entrevues semi-dirigées.



RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES / ACTIONS DE PÉRENNISATION

Consultations au sans rendez-vous

Distribution systématique de la FPC (> 3000 FPC depuis janvier 2019)

> 1500 FPC anonymisées complétées ont été recueillies à des fins d'amélioration continue

Utilisation appréciée par les professionnels (commentaires informels)

Taux de réponse par question : > 90% pour 10 des 17 questions

Consultations à l'urgence (étude de faisabilité)

Appréciation de la FPC par les patients (n=13)

- Considérée utile : 77 %
- Simple à comprendre : 100 %
- Désire en avoir toujours à leur disposition : 62 %
- Préfère qu'elle soit remise au médecin avant la consultation : 87 %

Appréciation de la FPC par les médecins (n=9)

- Préfère la consulter avant la consultation : 100 %
- Pertinence davantage perçue pour les cas cliniques complexes.

Actions de pérennisation prévues à la fin du projet

- Distribution de la version papier de la FPC aux patients consultant au sans rendez-vous et à l'urgence;
- Mise en ligne de la FPC sur le site Web Discutons Santé et du CISSS Laval pour téléchargement par les patients avant leur consultation;
- Conversion de la FPC en format électronique interactif pour être complétée à l'aide d'une tablette électronique ou d'un ordinateur.

IMPACTS ATTENDUS ET LEÇONS RETENUES

Impacts attendus

- Communication médecin-patient plus facile, notamment par une optimisation de la collecte des informations nécessaires au diagnostic et à l'instauration d'un traitement par le médecin, surtout dans les cas plus complexes;
- Augmentation de la satisfaction des patients quant à leur consultation médicale et de leur adhésion aux recommandations.

Leçons retenues

- L'implication et la collaboration des gestionnaires, des équipes médicales et des patients dans le processus d'implantation sont essentielles au succès de la démarche;
- La Direction multidisciplinaire et du partenariat de soins et services du CISSS de Laval est un partenaire important.

Équipe

Membres de l'équipe

Marie-Thérèse Lusier
Co-concepteur

Claude Richard
Co-concepteur

Marie-Eve Lavoie
Coordonnatrice

Collaborateurs

Capsana

Paul-André Lachance
Urgentologue

Mélanie Sesteric
Urgentologue et stagiaire post-doctorale

Personnes contact

Marie-Thérèse Lusier
Courriel : marie.therese.lusier@umontreal.ca

Marie-Eve Lavoie
Courriel : marie.eve.lavoie.cisslav@cisslav.gouv.qc.ca





I Kudrina^{1,2}, S Long¹, JM Buregeya³, J Gagnon¹, SP Adler¹, S Morin Chabane², G Bartlett¹, G Page², M Choinière⁴, Y Shir², I Vede¹

¹McGill Department of Family Medicine, ²McGill University Health Center, ³University of Sherbrooke, ⁴University of Montreal

Special thank you to family medicine residents: Vanessa Paszor, Michael Souleidan, Joyce Chen and AEPMU team members: Brian Bradley, Krista Brecht, Louise Larochelle



BACKGROUND:

- 12-17% of Quebec youth (18-35yo) suffer from chronic non-cancerous pain (YWP).
- Primary care providers (PCPs) and their teams should form a **safety net** for the YWP transitioning to adult care.

OBJECTIVES:

- To evaluate existing McGill RIUS practices as viewed by YWP, their caregivers, PCPs.
- Formulate multi-disciplinary recommendations on care transition process optimisation.



METHODS:

- Sequential-consensual 3-phase qualitative **design**, with a participatory component: (1) Interviews with patient-experts and their caregivers. (2) Semi-structured interviews with PCPs. (3) Three deliberative dialogue groups consultations (clinicians, allied health professionals, YWP and their caregivers).
- Participants:** AEPMU (12 members), 2 primary care academic units, 12 PCPs, 10 patient-partners /-experts.
- Analysis:** Thematic deductive-inductive analysis.



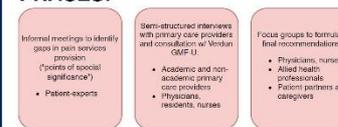
McGill

Department of Family Medicine

Clinicians, allied health professionals, and patients all agree that improvements to transitions should be first made at the system-level

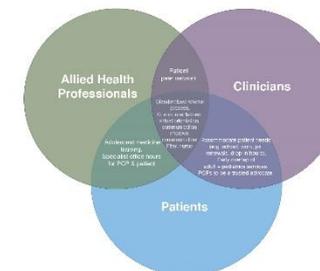
		RECOMMENDATIONS BY GROUP EXPERTS			
		PHASE 2 PRIMARY CARE PROVIDERS (PCP)	PHASE 2 ALLIED HEALTH PROFESSIONALS (AHP)	PHASE 2 CLINICIANS (CL)	PHASE 2 PATIENTS (PT)
PATIENT-LEVEL	"On-demand" appointment slots		Patient peer network	PT orientation	
	Direct "crisis" hotline		AHP to have PCPs contact for assistance PT engagement	Telephone helpline PT introduced to adult pain team early on Common e-Platform (digital orientation, communication, "PT feedback")	Accommodation of individual needs (drop-in hours)
			Communication pathway (AHP to provide detailed reports to PCP, regular updates about AHP appointments to referral source)	Online communications & information flow (CL accessible by email to PT, AC-consultations to PCPs) CL as "safety net" for patients during transition Early "overlap" between specialist and PCP before transition	Accommodation of individual needs (drop-in hours) Dedicated age-based programs, List of recommended alternative resources (e.g. physio, psych, holistic, etc.)
			Pain specialist visits to PCP, PCPs receive tour of pain clinic		PCP as trusted and understanding presence PCP present for first adult appointment
CLINICAL SERVICES	Pivot nurse		Pivot nurse	Pivot nurse	Pivot nurse
	Common platform (referrals, PCP & specialist communication)		Common e-Platform (standardized referral process, youth profile)	Common e-Platform (general patient information, PCP, socials, patient communication)	Common e-Platform (general patient information)
	Standardized referral process		Standardized transition process across the province	Standardized transition process across the province	Standardize referral process
SYSTEM	Training (adolescent medicine, pain management)		Training (adolescent medicine, practitioners referring high volume of patients)		Training (adolescent medicine, administrative staff to communicate with patients/caregivers)
	Additional resources needed (specialist office hours for PCP, CRSD system for pain services)		Additional resources needed (specialist office hours for PCP, 1 psychology services)		
	Direct access telephone consult for CL and PCP		Communication loop to/from specialist	Accommodation of individual needs (school work) Age-friendly clinic design Inform pain team about incoming youth patients.	Accommodation of individual needs (school work, px renewals) Age friendly clinic hours Improved communication between specialist and PCP "Overlap" between pediatric & adult services

PHASES:



Patient-experts / patient-partners involvement

RECOMMENDATIONS



CONCLUSION:

- YWP face multiple life transitions
- Successful transitions to adult services is impossible without primary care.
- Recommendations by clinicians, allied health professionals, and patients differ significantly at the micro (patient) & meso (services) levels.
- Interdisciplinary treatment approach does not consider YWP transition needs.
- YWP recommendations were focused on individual providers.



Réseau-1 Québec



@reseau1quebec
#RIQJA2019



INTRODUCTION

Many academic teaching clinics have moved towards Advanced Access (AA) to improve accessibility to care and to give future family physicians exposure to this scheduling model. Few published studies have evaluated patient perception of accessibility relative to AA. We examined this in 6 teaching clinics belonging to two academic primary care practice-based research networks (PBRN) in Quebec, Canada. Our hypothesis was that access to care would be better in clinics with longer experience with AA scheduling.

OBJECTIVE

To compare patient's perceptions of five dimensions of accessibility according to the time since AA implementation.

METHODS AND MATERIALS

Design: Observational cross-sectional descriptive study
Setting: Four urban and two rural teaching clinics. Clinics were selected on the basis of the length of their experience with advanced access:

- Level 1 : <1 year up to 2 years (n=2)
- Level 2 : 2-4-3 years (n=3)
- Level 3 : >3 years (n=1).

Each clinic director answered a survey describing their organisational accessibility structures and processes.

Participants 1279 adults consulting during sampled periods representing all service hours. Surveyed March to May 2018.

Instrument: Pre and post visit self-administered questionnaires developed based on the patient-centered accessibility model.

RESULTS – Participants' characteristics

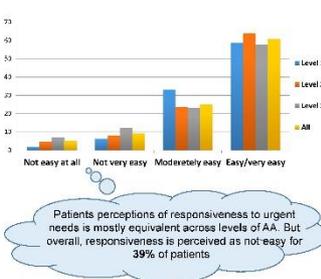
N : 1279
Sex: 69% female
Median age: 43 years; range (18 to 95)
Language: 89% French or English: 11% other
Self perceived financial status: 31% poor; 56% comfortable; 13% very comfortable
Educational Level : 34% high school or less; 23% Cégep; 39% university
Reason for consulting today : 70 % for a routine or follow-up; 30 % for an semi-urgent or a new health problem
Provider responsible for care: 67% staff family physician; 22% resident family physician, 11% nurse practitioner

RESULTS – Patients' rating of usual wait time for an appointment



Responsiveness to urgent need

If you need to be seen quickly, how easy would it be to be seen sooner than the usual appointment time?



RESULTS : Scores by Advanced Access level of patients' perceptions accessibility

Dimensions according to level of implantation	Level 1	Level 2	Level 3
	Score/5 Mean (SD)	Score/5 Mean (SD)	Score/5 Mean (SD)
Acceptability (rating usual delay)	3,4 (1,0)	3,4 (1,0)	3,3 (1,1)
Accommodation (ease of accessing clinic, getting information, responsiveness)	2,7 (0,7)	2,5 (0,6)	2,5 (0,6)

Clinics' scores on perceived patient accessibility is not consistently associated with longer experience with AA. In fact there is still room for improvement specially for accommodation.

Dimensions according to level of implantation	Level 1	Level 2	Level 3
	Score/4 Mean (SD)	Score/4 Mean (SD)	Score/4 Mean (SD)
Appropriateness -1 (needs met, enough time spent with you)	3,5 (0,4)	3,4 (0,5)	3,5 (0,4)
Appropriateness -2 (enabled to understand health status)	3,2 (0,8)	3,3 (0,8)	3,3 (0,8)
Appropriateness -3 (patient centered communication)	3,8 (0,3)	3,7 (0,4)	3,9 (0,3)

Despite Advanced Access, patients still consult elsewhere. In the last 12 months:
22% consulted another clinic
31% consulted the emergency room

Reasons for consulting elsewhere in the last 12 months (n=272, more than one reason possible)



DISCUSSION

Our hypothesis that patient's perception of access to care is better with longer experience with the AA model was not confirmed. Neither did it affect the different dimensions of access or the rating of the wait time for an appointment. Clinic mean scores of acceptability and accommodation under 4/5 (80%) imply there is still room for improvement.

Many factors may explain these results. Among them, implementation of AA is sub-optimal and differ among the clinics (ex: schedules open for 2, 3 or 4 weeks). Some patients might not know they could consult at one of the service points when their own clinic was closed. Also, some clinics explained these results by the increase in caseload that was not compensated by adaptations in the AA scheduling.

CONCLUSION

These results indicate that advanced access is feasible in teaching clinics but that implementation remains a challenge. Reconciling patient needs for timely access with continuity of care is both a service and training concern.

Reporting our results to teaching clinics at the two PBRNs will help staff physicians discuss how to address concerns while still meeting patients' accessibility needs.





Question pour un pharmacien: un service de téléconsultation offert par des pharmaciens pour prodiguer des soins de santé de qualité au Québec

Line Guénette^{1,4}, Alexandre Chagnon⁵, Véronique Turcotte¹, Richi Dossa¹

1. Centre de Recherche du CHU de Québec, Avis Santé des Populations et Pratiques Optimales en Santé, Québec, Québec. 2. Faculté de Pharmacie, Université Laval, Québec, Québec. 3. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, Québec, Québec. 4. Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, Québec, Québec. 5. CIUSSS de l'Estrie, Sherbrooke, Québec.



INTRODUCTION

- Les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont de plus en plus utilisées par la population pour rechercher de l'information thérapeutique
- L'information obtenue par les TIC n'est pas toujours fiable



- «Question pour un pharmacien – QPUP» est une plateforme d'information fiable, rapide, personnalisée et confidentielle
- Développé par A. Chagnon, pharmacien
- ≥160 pharmaciens disponibles pour des consultations en ligne
- Des questions courantes et leurs réponses sont également publiées de manière anonyme

OBJECTIFS

- Évaluer le site web «Question pour un pharmacien» en recueillant:
 - l'expérience et l'appréciation des utilisateurs (patients et pharmaciens),
 - le point de vue de différents professionnels de la santé et des services sociaux offrant des services de 1ère ligne.

MÉTHODOLOGIE

Devis de l'étude: approche mixte

Sondage en ligne (N=80)

Patients ayant utilisé QPUP (N=53)

Pharmaciens ayant prodigué des consultations sur QPUP (N=27)

3 vagues de collecte (été, automne, hiver 2018)

Analyses descriptives

Entrevues téléphoniques semi-dirigées (N=29)

Différents professionnels de la santé (N=21) et patients (N=8)

Pharmaciens (N=3) ne s'impliquant pas sur QPUP

11-2018 à 04-2019

Transcription intégrale

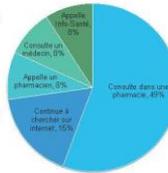
Analyse de contenu thématique

RÉSULTATS PATIENTS

PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE

- 60 % n'avait pas consulté un professionnel de la santé au sujet de la situation discutée avec le pharmacien sur QPUP
- 89 % ont dit que la réponse avait tout à fait répondu à leur besoin
- 75 % sont tout à fait d'accord qu'ils n'auraient pas à consulter de nouveau
- 94 % a trouvé le délai de réponse raisonnable ou très raisonnable et qu'il y avait juste assez d'informations dans la réponse fournie
- 100 % a trouvé la réponse fournie facile ou très facile à comprendre

Si QPUP n'existait pas..



PRINCIPAUX RÉSULTATS DES ENTREVUES

Utilité perçue

Informations/conseils sur la prise de médicaments, les effets indésirables
 Problématiques moins ou non urgentes
 Situations simples, générales
 Enseignement (auto-soins)
 Obtention d'un autre avis, confrontation de points de vue

Retombées perçues

Rassurance, normalisation face aux questionnements
 Orientation vers le bon professionnel, référence vers d'autres services
 Enrichissement d'une réflexion, prise de décision plus éclairée
 Développement de liens avec le pharmacien, réponses personnalisées
 Obtention de réponses précises, détaillées
 Utilisation plus sécuritaire de mes médicaments
 Meilleure connaissance de mon dossier et de mes médicaments

Avantages perçus

Simple d'utilisation et de compréhension
 Grande accessibilité, disponibilité
 Fiabilité des informations, professionnalisme
 Réponse rapide, en temps voulu
 Évite les déplacements
 Moins de gêne, plus grande aisance face à l'anonymat ou la distance
 Évite l'attente en personne ou au téléphone

RÉSULTATS PROFESSIONNELS

UTILITÉ PERÇUE

Pour les pharmaciens	Pour les autres professionnels	Pour le système de santé
<ul style="list-style-type: none"> Outil complémentaire pour les patients, permet de consacrer plus de temps aux questions Augmente le lien de confiance avec les patients Permet d'optimiser le temps, de diminuer le nombre de consultations en pharmacie Moyen de se rapprocher des patients Permet mise à jour et approfondissement des connaissances Versatilité, gratification, sentiment d'utilité ou d'accomplissement 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution de la lourdeur des tâches des infirmières (auto-soins) Diminution du nombre d'appels aux infirmières praticiennes ou aux médecins Augmentation du sentiment d'efficacité des patients 	<ul style="list-style-type: none"> Diminution du recours aux services d'urgence, des visites médicales Complément aux services d'Info-Santé Diminution des hospitalisations Amélioration de l'accessibilité aux soins

Difficultés, limites ou préoccupations

- Niveau d'urgence, situations plus complexes ou personnalisées, informations diffusées non valables pour tout le monde
- Manque d'information sur le patient
- Accessibilité restreinte aux clientèles habiles avec l'informatique
- Non perception de certaines facettes, comportements non-verbaux ou signaux d'alarme visibles du patient
- Usage limité aux pharmaciens inscrits, peu de pharmaciens inscrits
- Délai entre les questions et les réponses
- Difficulté de savoir quand il est pertinent de se référer au pharmacien
- Impossibilité de poser une question de manière anonyme
- Réticence à l'égard de la responsabilité professionnelle

CONCLUSION

- Globalement, les utilisateurs semblent satisfaits de leur usage de QPUP
- QPUP est utile pour fournir des informations fiables et crédibles aux patients et des conseils concernant les médicaments en utilisant l'expertise des pharmaciens
- QPUP pourrait aussi être utile pour les différents professionnels de la santé en termes d'outil à offrir aux patients ou comme source d'informations pour améliorer les services offerts ou pour l'obtention d'un avis pharmaceutique
- QPUP semble prometteur, notamment pour diminuer le recours aux services médicaux pour des problématiques simples et non urgentes
- Les résultats ont permis de dresser des pistes pour QPUP et faire en sorte que celui-ci réponde davantage aux besoins des utilisateurs.

Contact: Line Guénette: line.guennette@rps1.chu.ql.ca Site internet QPUP: www.qpuppharmacist.ca
Avec le soutien financier de Réseau-1 Québec





Application des connaissances : utilisation d'un outil de soutien à l'autogestion de troubles dépressifs, anxieux et bipolaires en 1^{re} ligne

Saint-Onge, K., Beaudin, A., Gamache, C., Lussier, M.-T., Roberge, P., Hudon, C., Provencher, M.D., Menear, M., Lévesque, G., Marcheterre, L., Coulombe, S., Labelle, P. et Houle, J.¹

¹Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, houle.janie@uqam.ca

Aller mieux... à ma façon

SOUTIEN À L'AUTOGESTION
@pourallermieux.ca
vitalite.uqam.ca

Contexte

*Aller mieux à ma façon*¹ suscite un intérêt grandissant, notamment en première ligne :
> 1 300 demandes de l'outil en PDF
> 12 300 copies papier distribuées
> 95 formations auprès de professionnels
Une étude scientifique² financée par le Réseau-1 Québec a permis de :

1. Montrer l'utilité et l'acceptabilité de l'outil.
2. Identifier des bonnes pratiques de l'utilisation de l'outil en première ligne.

Objectif

Soutenir l'utilisation de l'outil *Aller mieux à ma façon* dans un contexte de première ligne en santé mentale adulte.

Méthode

- Jun à déc. 2016 Étude de cas comparative²
- Mai à juillet 2018 Entretiens de suivi avec des professionnels de la santé
- Août 2018 Appel à la **réaction** par courriel auprès des personnes ayant demandé l'outil (n=91600)
- Sep. à déc. 2018 Révision de l'outil (FR/AN) avec l'équipe de développement *Aller mieux à ma façon* (version 3)³
- Jan. à mars 2019 Développement de **6 vidéos** : 2 @ intervenants (FR) 2 @ utilisateurs (FR) 1 explication version 3 (FR/AN)
- Mai 2019 Envoi 1^{re} infolettre aux personnes ayant demandé l'outil (n=861) avec invitation au **sondage** concernant l'appréciation des vidéos

Résultats

Les statistiques ont été compilées par Mailchimp™

838 adresses courriel ont reçu l'infolettre (23 envois rebondis)

13 se sont désabonnées (0.01 %)

60 % l'ont ouvert (n=502)

20 % ont cliqué (n=163)

84 (23%) ont cliqué sur la vidéo expliquant les différences de la version 2 à la version 3

ont cliqué sur la vidéo expliquant les différences de la version 2 à la version 3

Pays où l'envoi a été ouvert

Canada	1313	97.6%
USA	222	9.8%
France	150	9.7%
United Kingdom	9	0.5%
Belgium	5	0.3%

177 ont téléchargé l'outil FR

37 ont téléchargé l'outil AN

16 ont ouvert le sondage

13 ont participé au sondage (anonyme)

4 ont envoyé un courriel (+)

1 a suggéré un sujet de capsule :

« Comment faire pour faire participer l'entourage de la personne en besoin d'aide... »

« Enfin de l'information sur comment utiliser l'outil! Nous sommes toujours en attente de notre demande de formation sur l'outil alors nous demeurons sur nos questionnements. Cette capsule nous permet de voir comment l'outil peut être utilisé avec la clientèle. »

« La professionnalisme est bien ainsi que les alternatives possible. »

Vidéo 1 « Cette capsule est intéressante et pertinente, mais elle aurait pu être plus détaillée. »
Vidéo 2 « Cette capsule vient compléter et préciser la précédente en donnant plus de détails. »

Conclusions

L'infolettre a attiré un certain intérêt.

Les capsules vidéo semblent être appréciées et jugées utiles, mais doivent être intégrées au courriel d'envoi.

L'intérêt montre un besoin de la part des intervenants d'être outillés, eux aussi, en matière de soutien à l'autogestion.

Suite

- Développement d'autres capsules vidéo.
- Animation d'une **communauté de pratique** virtuelle par infolettre et YouTube.
- Évaluation du **site web** interactif (FR/AN).

Références

1. Vilaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Menear, S., Radziszewski, S., Hudon, C., ... & Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2.
2. Houle, J., Radziszewski, S., Labelle, P., Coulombe, S., Menear, M., Roberge, P., ... & Lavoie, B. (2016). Getting better my way: Feasibility study of a self-management support tool for people with mood and anxiety disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*.
3. Houle, J., Radziszewski, S., Beaudin, A., Saint-Onge, K., Martel, B., Jourdain, Y., Doray, P., Lavoie, B., Labelle, P., Cloutier, G., Collard, B., Coulombe, S., Gilbert, M., Jette, F. et Brouillet, H. (2018). *Aller mieux... à ma façon* - Soutien à l'autogestion (version 3). Montréal : Laboratoire de recherche sur la santé Vitalité, 16 pages.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement chacun des co-chercheurs et collaborateurs pour leur précieuse contribution au projet, Réseau-1 Québec pour le financement ainsi que Yves Jourdain, Annie Beaudin, Jessica Delorme et Dre Claire Gamache pour leur participation aux capsules vidéo.





Prescriptions potentiellement inappropriées chez la personne âgée de 65 ans et plus: transfert des connaissances chez les cliniciens par l'utilisation d'un publiportage et code QR

Jean-Sébastien Paquette^{1,2,3}, Mathieu Pelletier^{1,3}, Sabrina Leclair^{1,3}, Samuel Boudreault^{1,3}, Pascale Breault^{1,3}, Julie Desmeules^{1,3}, France Légaré^{2,3,4}



¹Laboratoire de recherche et d'innovation en médecine de première ligne (ARIMED), Groupe de médecine de famille universitaire de St-Charles-Borromée, CISSS Lanaudière; ²Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval; ³Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec, Canada; ⁴Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et l'application des connaissances, Québec, Canada.

▶ CONTEXTE

- ❖ En 2016, un projet d'érudition mené par 2 résidentes en médecine familiale du GMF-U Saint-Charles-Borromée a évalué:
 - ❖ La prévalence de prescriptions potentiellement inappropriées (PIM) dans un échantillon de dossiers de deux milieux de pratique de première ligne
 - ❖ Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs associés aux PIM
 - ❖ Les principales classes de PIM
- ❖ Les résultats ont été publiés dans un Supplément du Médecin de Famille Canadien (2017)
- ❖ Un transfert des connaissances des résultats du projet auprès des cliniciens est pertinent pour amorcer une approche réflexive et offrir des outils de déprescription.
- ❖ La revue mensuelle *Le Médecin du Québec* rejoint 10 000 lecteurs:
 - ❖ Omnipraticiens et résidents en médecine familiale (principaux lecteurs)
 - ❖ Une cinquantaine de pharmaciens et infirmières praticiennes

▶ OBJECTIF

- ❖ Effectuer un transfert des connaissances à l'aide d'un publiportage dans le *Médecin du Québec* auprès des cliniciens afin de les sensibiliser à la problématique des PIM et de leur offrir un lien internet vers une page offrant des outils de déprescription.
- ❖ Mesurer l'impact du publiportage selon les limites des ressources disponibles.

▶ MÉTHODE

- ❖ Rencontre « *brainstorming* »
- ❖ Rencontre « *organisation des idées* » et *identification des outils pour la page web*
- ❖ Rencontre avec une *infographiste*
 - ❖ Production du *publiportage*
 - ❖ Code QR
 - ❖ Production de la page web
- ❖ Mise en ligne de la page web
- ❖ Publication dans le *numéro d'avril 2018 du Médecin du Québec* (page 38)
 - ❖ Inclus un code QR qui mène au site web
- ❖ *Compilation des données du site web avec Google Analytic*

▶ BUDGET

- ❖ Bourse d'application des connaissances Réseau-1 Québec: 1500\$ + 750\$ = 2250\$
- ❖ Coûts de publication (noir et blanc) 1page dans le *Médecin du Québec*: 1540\$
- ❖ Infographiste: 450\$
- ❖ Hébergement page web: en nature (Dre France Légaré)
- ❖ Frais informatique: 300\$
- ❖ Total: 2290\$

❖ Figure 1. Produit final du publiportage



▶ Résultats

- ❖ Google analytic (Avril-Mai 2018): 72 pages vues (23 directement – via code QR)
- ❖ Temps moyen: 2:55

▶ CONCLUSIONS

- ❖ L'utilisation d'un publiportage dans le *Médecin du Québec* est un médium qui rejoint les cliniciens
- ❖ Le code QR est peu utilisé, il permet de faire le pont entre le publiportage et un lien en ligne
- ❖ Davantage de fonds est nécessaire pour réaliser cette stratégie (site web, page couleur)
- ❖ La mesure de l'impact réel de cette stratégie de transfert des connaissances nécessite l'utilisation de ressources plus importantes comme des sondages auprès des utilisateurs





Les consultations au sans rendez-vous à l'ère de l'accès adapté: Perspective du patient

Faculté de médecine
Université de Montréal

Élise Lévesque¹, Julie Michaud¹, Marie Authier², Nancy McLaughlin¹
¹ Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université de Montréal
² RRSFUM



Objectif

Comprendre les raisons poussant un patient à consulter au sans rendez-vous (SRV) alors que son médecin offre des plages de rendez-vous (RDV) d'accès adapté

Méthodologie

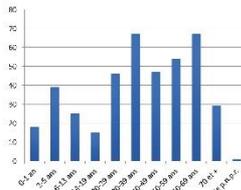
- 1) Revue de la littérature sur *Pub Med*;
- 2) Création du questionnaire: 11 de nos 23 questions sont des traductions libres de questions déjà utilisées dans des articles publiés
- 3) Approbation par le comité d'éthique du CIUSSS-MCQ
- 4) Pré-test sur une cohorte de 10 patients
- 5) Questionnaire distribué auprès de 500 patients de mars à avril 2018: Total 416 questionnaires remplis

Répartition des questions

Questions sur le profil démographique: 1 à 4
Questions sur la raison de consultation: 5 à 7
Questions sur la notion d'urgence: 8 à 12
Questions sur l'accès au médecin de famille: 13 à 16
Questions sur les habitudes de consultations: 17 à 21
Questions sur la satisfaction des services: 22 à 23

Résultats

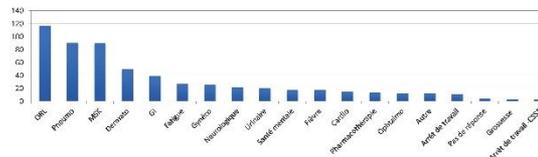
1- « Quel âge avez-vous? Si vous répondez pour votre enfant, indiquez son âge



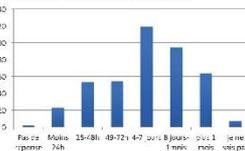
Femmes 55% vs Hommes 35%

Résultats

2- « Pour quel(s) problème(s) de santé ou préoccupation(s) vous présentez-vous aujourd'hui au SRV? Cochez TOUTES les raisons qui s'appliquent



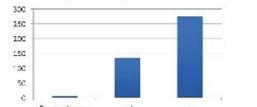
3- « Quand cette préoccupation ou ce problème de santé est-il apparu?



4- « Considérant le problème de santé pour lequel vous consultez aujourd'hui, quel aurait été, selon vous, le délai acceptable pour voir un médecin?

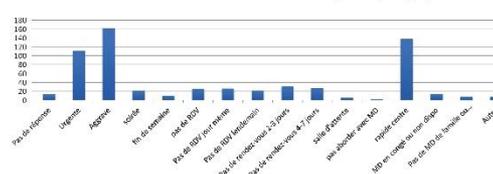


5- « Avant de venir au SRV de l'UMF, avez-vous tenté d'obtenir un RDV avec votre médecin de famille pour votre problème de santé?



58% des patients ont obtenu leur rencontre au SRV via le système *Bonjour Santé*

7- « Pourquoi avez-vous choisi de consulter au sans rendez-vous plutôt que de prendre un rendez-vous avec votre médecin de famille? Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent



Discussion

- Limites:
- Monocentrique
 - Milieu universitaire
 - Questionnaire non standardisé
 - Questionnaire auto-administré
 - Collecte de données sur une période limitée de l'année

- Discussion:
- Clientèles avec plaintes subaiguës, discordant avec leur délais jugé acceptable pour un RDV
 - Desir d'être vus très rapidement
 - Méconnaissance de l'accès adapté bien qu'implanté depuis 2 ans à l'UMF de Trois-Rivières car les patients ne choisissent pas cette option
 - Accessibilité à la prise de RDV limitée (ligne téléphonique) vs le SRV (accès Internet *Bonjour Santé*)

Conclusions

Les patients semblent consulter au SRV afin d'obtenir une visite médicale dans un délais rapide (moins de 24h), centré sur leur problème, le plus souvent subaigu.

La possibilité de prendre un RDV en accès adapté avec leur propre médecin de famille demeure méconnue.

Bibliographie

- Barnesley, J., et al. (2002). Who provides walk-in services? *Canadian Family Physician*, 48, 519-526.
- Boekhuis, M. S., Wouter D. V., Gleeson P. & Pavlantis, A. (2014). Walk in clinics in Quebec, Canada: patients and doctors do not agree on appropriateness of visits. *Family Practice*, 31(1), 92-101.
- Forest, B. C. & Starfield, B. (1988). Entry into primary care and continuity: The effects of access. *American Journal of Public Health*, 88(9), 1330-1336.
- Raud, S. E., Hjortdal, P. & Natvig, B. (2016). Is it a matter of urgency? A survey of assessments by walk-in patients and doctors of the urgency level of their encounters at a general emergency outpatient clinic in Oslo, Norway. *BMC Emergency Medicine*, 6(22).
- Tsai, J. C.-H., & Liang Y.-W., & Pearson W.S. (2010). Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc*, 109 (7), 533-542.
- Van Charente, E.P.M., Ter Riet, G. & Bindels, P. (2008). Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patient's motives and characteristics. *Patient education and counselling*, 70, 256-265.





- Équipe de Soins Primaires Intégrés auprès des personnes itinérantes: Une intervention pilote de scaling-up du projet ESPI
 - Arnaud Duhoux, Damien Contandriopoulos, Christine Loignon, Marie-Thérèse Lussier, , Christine Perrouty, Michelle Poirier





Prochainement

- Visite des affiches salles 3232 et 3240
- Dîner et breuvages froids seront servis à **11h45** dans le salon étudiant
- Merci de revenir à l'amphithéâtre **avant 12h45** pour la reprise des activités en après-midi

