



Préparons-nous ensemble à l'avenir !



THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

# Forum en médecine familiale Présentations d'affiches

Nov 8–13, 2021



#myfmf #monfmf

@FamilyMedicineForum



@FamilyMedForum



@familymedforum

# Présentations d'affiches

Cette activité n'a pas été formellement revue par le CMFC ; cependant, elle est admissible pour des crédits non certifiés d'autoapprentissage. Les participants Mainpro+ peuvent également obtenir des crédits certifiés additionnels en effectuant un [exercice Relier l'apprentissage](#).

## Affiche sur la recherche

### Éducation médicale, résident/étudiant/enseignement

#### 358 Lieux de pratique des médecins diplômés francophones uOttawa

Zacchary Fredette, MD ; Jean Henri Sagne, MSc ; Daniel Hubert, MBA  
Salomon Fotsing, MD ; Manon Denis-LeBlanc\*, MD, CCMF

#### Objectifs d'apprentissage :

À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :

1. Identifier les lieux de pratique au Canada des médecins diplômés francophones de l'université d'Ottawa
2. Déterminer l'effectif de médecins qui retournent pratiquer dans leur province d'origine
3. Comparer les effectifs de médecins retournant dans leur province d'origine et ceux qui vont ailleurs

#### Description :

**Type d'étude :** Analyse rétrospective et comparative de plusieurs sources de données, notamment des documents administratifs de la FMUO afin de dresser la liste des participants. Les lieux de pratique et de résidence en médecine ont été obtenus à partir du Scott's Medical Directory, du Canadian Residency Matching Service, enfin du Collège des médecins et chirurgiens des provinces canadiennes de l'étude. **Lieu :** Neuf provinces du Canada réparties en deux zones francophones : l'Est d'Ottawa et le Québec pour la zone majoritaire, le reste de l'Ontario et les autres provinces pour la zone minoritaire.

**Participants/population cible :** 863 diplômés de la FMUO entre 1996 et 2020. **Principaux paramètres de l'évaluation :** Les données recueillies ont été traitées et analysées à différents niveaux dans Excel. **Résultats/constats :** Les 863 diplômés viennent de l'Ontario (68%), du Québec (13,4%), du Nouveau-Brunswick (5,2%), du Manitoba (4,7%), de l'Alberta (3,1%), de la Colombie-Britannique (2,2%), de la Nouvelle-Écosse (1,5%), de la Saskatchewan (0,8%), enfin de Terre-Neuve-et-Labrador (0,2%). 591 médecins diplômés ont leur lieu de pratique au Canada connu. 71% pratiquent dans leur province d'origine, dont 87% y ont effectué leur résidence en médecine. 28% des médecins de la zone

majoritaire pratiquent en dehors de leur province d'origine, tandis que c'est 32% de ceux de la zone minoritaire qui restent à Ottawa ou vont pratiquer dans la province de Québec. **Conclusion :** La majorité des diplômés retournent pratiquer dans leur province d'origine. Ce retour est renforcé si la résidence en médecine y a eu lieu. Des médecins de la zone minoritaire restent pratiquer à Ottawa, leur lieu de formation ou dans la province du Québec. Une étude empirique pourrait se pencher sur l'offre active des services en français desdits médecins afin d'identifier les défis contextuels qu'elle engage.

### **392 Implantation de l'OAE du CMFC dans les GMF-U**

M.T. Lussier, MD, MSc ; B. Vachon, PhD ; J. Volpato, MD, PhD ; J. Haggerty, MD, MSc ; I. Samson, MD ; M.C. Beaulieu, MD ; M. Breton, PhD ; M. J. Dogba, PhD ; E. Rosenberg, MD ; A. Duhoux, PhD ; M.C. Vanier, MSc ; M.J. Levert ; P. Pluye, MD, PhD ; J. Kaczorowski, PhD

#### **Objectifs d'apprentissage :**

**À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :**

1. Implanter l'OAE du CMFC dans le cadre d'une activité d'amélioration continue de la qualité
2. Identifier les barrières et les facilitateurs de l'implantation de l'OAE dans un CMF
3. Explorer l'acceptabilité de l'utilisation de l'OAE par les professionnels en première ligne

#### **Description :**

**Introduction :** En 2017, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a développé un outil d'auto-évaluation (OAE) pour aider les milieux de première ligne à adopter la vision du centre de médecine de famille (CMF) basé sur 10 piliers. **Objectifs :** Implanter l'OAE du CMFC dans les Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) dans le cadre d'une activité d'amélioration continue de la qualité. **Méthodologie :** Devis : étude mixte, descriptive, exploratoire. **Participants :** 4 GMF-U. 15 à 20 professionnels par site. **Intervention :** 4 GMF-U ont complété l'outil d'auto-évaluation entre décembre 2017 et octobre 2018. Dans une deuxième phase, les milieux ont participé à un atelier de pratique réflexive qui s'est déroulé en deux rencontres espacées de 6 mois, entre juillet 2018 et septembre 2019 pour cibler un pilier prioritaire, en identifier les causes racines, établir un plan d'action pour améliorer les résultats de ce pilier. L'OAE a été à nouveau soumis à la fin du projet pour monitorer le pilier ciblé. **Principaux paramètres de l'étude :** mesure de la validité, applicabilité et acceptabilité de l'OAE par les professionnels. **Résultats :** 3 milieux sur 4 ont complété les 2 phases. Majoritairement, les 59 questions de l'OAE étaient jugées claires et pertinentes. Le pilier prioritaire identifié objectivement par l'OAE, correspondait à celui perçu subjectivement par les professionnels. Tous les milieux ont apprécié utiliser l'OAE selon la démarche proposée dans ce projet et ont amélioré leurs résultats concernant le pilier ciblé prioritaire par l'OAE.

**Conclusion :** L'OAE est considéré valide et acceptable par les professionnels pour être utilisé en GMF-U. Il aide les GMF-U à adopter la vision du CMF. Cette approche peut aider les professionnels à utiliser l'OAE en GMF-U dans le cadre d'activités d'amélioration continue de la qualité et améliorer les pratiques de première ligne telles que définit par le CMFC.

## Affiche sur les soins cliniques

### 296 Intervention en nature et aventure: expérimentation d'outils d'autogestion

Marie-Ève Langelier\*, MD ; Isabelle Bradette\*, MDCM, CCMF (MU) ;

Marie-Ève Le Bouthillier, MD ; Richard Marchand, MD ; Maude Morency-Lemieux, MD

#### Objectifs d'apprentissage :

À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :

1. Définir la modalité d'intervention en contexte de nature et d'aventure
2. Nommer les bénéfices de cette modalité d'intervention
3. Démontrer les résultats d'une étude élaborée à partir de cette modalité d'intervention

#### Description :

**Objectif :** Cette étude vise à décrire qualitativement les trajectoires d'améliorations vécues des adultes souffrant de troubles anxio-dépressifs mixtes suite à l'intervention par la nature et l'aventure (INA) Aventure Vert Soi (AVS) qui visait l'expérimentation d'outils d'autogestion de l'anxiété. **Type d'étude :** Devis qualitatif exploratoire préexpérimental Protocole approuvé par le comité d'éthique du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean **Lieu :** Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec **Participants visés:** Adultes entre 20 à 45 ans; avoir soit un diagnostic de trouble anxieux, dépression ou de trouble d'adaptation et/ou se sentir régulièrement stressés; avoir la motivation de découvrir de nouveaux outils d'autogestion; ne pas être en psychose aiguë ni avoir un trouble d'abus de substance actif. Au total, huit participants ont été recrutés sein de la clientèle utilisant les services du GMF-U Alma et de la Fondation Vivre ma santé mentale. **Intervention :** L'INA AVS consiste en six rencontres préparatoires, une expédition en nature d'une durée de 4 jours et d'une rencontre de célébration. **Principaux paramètres d'évaluation :** Données récoltées suite à deux groupes de discussion et à l'aide de quatre questionnaires portant sur l'intensité des symptômes anxieux, le niveau de fonctionnement et le niveau de conviction et de confiance quant aux outils d'autogestion proposés remplis à T0, T1 et T2. **Constats :** Les outils proposés sont toujours utilisés deux semaines (T1) après l'INA AVS et sont davantage intégrés après 14 semaines (T2). Les plus appréciés sont le contact avec la nature, l'exercice physique et le soutien social. L'utilisation de ces outils permet une amélioration du niveau de fonctionnement, notamment au travail. Malgré une persistance de l'anxiété, les participants se sentent mieux outillés pour y faire face. **Conclusion :** L'INA AVS a permis l'intégration rapide et durable d'outils d'autogestion de l'anxiété. Ce projet novateur met

en lumière la pertinence d'intégrer l'INA dans une approche multimodale des troubles anxieux.

### **341 Recherche translationnelle globale incluant fondamental et première ligne**

Jean-Sébastien Paquette\*, MD, MSc, CCMF ; Hervé Tchala Vignon Zomahoun, PhD ; Ella Diendere, MSc ; Gardy Lavertu ; Nathalie Rheault ; Jean-Pierre Després, CQ, PhD, FAHA, FIAS ; France Légaré, MD, PhD, CCFP

#### **Objectifs d'apprentissage :**

#### **À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :**

1. Identifier les modèles de collaboration existants entre les chercheurs fondamentaux et la première ligne
2. Identifier les facilitateurs de la collaboration entre les chercheurs fondamentaux et la première ligne
3. Identifier les barrières de la collaboration entre les chercheurs fondamentaux et la première ligne

#### **Description :**

**Contexte :** La recherche fondamentale biomédicale et la première ligne sont les 2 extrêmes du continuum de la recherche. La collaboration entre ces 2 pôles est essentielle pour avoir de l'impact sur la santé de la population. **Objectif :** Identifier et décrire les collaborations qui associent la recherche biomédicale aux soins de santé primaires axées sur la communauté dans la lutte contre les maladies chroniques **Type d'étude :** Revue de la portée de la littérature incluant la littérature grise **Lieu :** non applicable (revue de littérature) **Population :** Populations atteintes de diabète ou de ses complications, d'obésité ou de ses complications, de maladies cardiovasculaires et de leurs complications ou de toute autre maladie chronique associée au vieillissement. **Intervention :** Collaboration entre recherche biomédicale et soins de santé primaires de la recherche. **Principaux paramètres d'évaluation :** Caractéristiques des études, des participants, des modèles de collaboration ; Obstacles et facteurs facilitant la mise en œuvre des collaborations ; Impact des modèles de collaboration **Résultats :** Treize études présentant 20 modèles collaboratifs ont été incluses. Plusieurs profils cliniques, de recherche et de domaines d'expertise sont représentés. 7 modèles ont rapporté des impacts positifs. 6 impliquaient des patients, des citoyens, des utilisateurs ou des médecins spécialistes, et cinq avaient une structure en réseau plutôt que hiérarchique. Les résultats nous ont permis de proposer un modèle logique qui identifie les éléments importants pour une implantation. **Conclusion :** Il existe des exemples de succès de collaborations, mais il y a peu de littérature sur le sujet. Les indicateurs de succès décrits dans les articles sont très hétérogènes. Des études supplémentaires sur le processus de collaboration sont nécessaires afin d'améliorer nos connaissances et d'établir des lignes directrices pour favoriser la collaboration entre les deux extrêmes du continuum de la recherche, c'est-à-dire la recherche translationnelle globale.

## **268 règle SHARED Phase 1 : étude rétrospective observationnelle**

Stéphanie Lapointe, MD, CCMFC (MU) ; Antoine Herman-Lemelin, MD, CCMFC (MU) ; Julien Bouchard, MD, CCMFC (MU) ; Alex Gagné, MD, CCMFC (MU) ; Laurence Tremblay, MD , CCMFC (MU) ; Catherine Desmeules, MD, CCMFC (MU) ; David Simard, MD ; Annie Plourde; Vanessa Bouchard ; Ariane Bellemare, MD, CCMFC (MU) ; Jean-Philippe Desbiens, MD, CCMFC (MU)

### **Objectifs d'apprentissage :**

#### **À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :**

1. Décrire les facteurs prédisant la survenue de réactions biphasiques
2. Découvrir une règle de décision clinique avec les facteurs prédisant les réactions biphasiques significatives
3. Établir la fréquence de réaction biphasique dans nos milieux

### **Description :**

L'anaphylaxie est une pathologie potentiellement mortelle dont la prévalence se situe entre 0,05 et 2% dans la population générale. Le traitement est basé sur l'administration d'épinéphrine intra-musculaire et le support hémodynamique du patient, si nécessaire. Il existe un risque de réaction rebond, ou biphasique, jusqu'à 72 heures après l'événement initial. En ce sens, une revue systématique (phase 0) visant à identifier les caractéristiques cliniques considérées comme des facteurs de risque de réaction biphasique a été effectuée et a été acceptée pour publication dans le CJEM pour 2021. La phase 1 de l'étude consistait en une étude rétrospective observationnelle de patients ayant eu un diagnostic d'anaphylaxie dans les urgences de Chicoutimi, Jonquière et Alma. 130 dossiers ont été retenus et analysés sur les 406 identifiés par recherche de mots clés. 2 règles de décisions cliniques ont été dérivées avec des sensibilités de 90% et 100%. La première règle établie qu'on devrait observer les patients si une des éléments suivants est présent: 1. nombre de doses d'épinéphrine IM à l'urgence > 1, 2. Doses d'épinéphrine données différentes des doses standards (ped: 0,01mg/kg, adulte 0,3 à 0,5 mg/kg), 3. Symptômes de diarrhées 4. ATCD d'allergie à un agent différent que celui en cause 5. Réaction anaphylactique secondaire à l'iode 6. Réaction anaphylactique secondaire à une piqûre ou morsure 7. Réaction anaphylactique secondaire à un allergène inconnu La deuxième contient les critères suivant: 1. ATCD d'allergie à un agent différent que celui en cause 2. Symptômes de diarrhées 3. ATCD d'allergie au même agent que celui en cause 4. Nombre de doses d'épinéphrine IM à l'urgence >1 5. Allergène alimentaire (autre que lait, œuf, arachides, fruits de mer) 6. Nombre de doses d'épinéphrine IM avant l'arrivée à l'urgence > 1 7. Symptômes touchant la sphère ORL La phase 2 de l'étude est en cours pour valider prospectivement de façon observationnelle ces 2 règles

## **393 Suivi des patients DB2 en téléconsultation en GMF-U**

Géraldine Layani, MD, MSc ; Brigitte Vachon, PhD ; Arnaud Duhoux, PhD

## **Objectifs d'apprentissage :**

### **À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :**

1. Implanter le suivi en télésoins des patients diabétiques de type 2 en GMF-U
2. Adapter les recommandations de Kiran et al. publiées dans CFP à la pratique clinique
3. Discuter des modalités du suivi pluridisciplinaire en télésoins des patients diabétiques de type 2

## **Description :**

**Contexte :** Depuis le début de la pandémie à COVID-19, la littérature indique que les patients souffrant de diabète de type 2 (DB2) sont plus à risque de développer des complications et de décéder de la COVID-19. Présentement, les bénéficiaires d'une visite médicale pour ces patients doivent être confrontés aux risques qu'ils ont de contracter la COVID-19 en se présentant à la clinique. Afin d'optimiser les soins offerts à cette population Kiran et al. ont développé un modèle de soins axé sur la téléconsultation (TC), pour le suivi des patients DB2, basé sur les lignes directrices de Diabète Canada (2018) (CFP, octobre 2020). **Objectif :** adapter et implanter les recommandations de Kiran et al. pour améliorer le suivi des patients DB2 en TC par les professionnels de la santé du GMF-U Cité-de-la-Santé (CSL). **Méthode :** Devis : étude descriptive, approche mixte. **Site :** GMF-U Cité de la santé (CSL) **Participants :** médecins de famille, résidents, infirmières (praticiennes spécialisées et cliniciennes). **Intervention :** un questionnaire en ligne sera complété par les professionnels afin de collecter leur opinion sur l'application des recommandations de Kiran et al. Un groupe de discussion sera ensuite réalisé pour valider une version modifiée des recommandations de Kiran et al. **Variables et instruments :** Questionnaire en ligne. Mesure de la pertinence des recommandations de Kiran et al., évaluation de l'implantation de la TC et des modalités de suivi des patients DB2. Analyses descriptives avec SPSS. Enregistrement des discussions et analyse du verbatim. **Conclusion :** Cette étude permettra de disposer de recommandations validées et standardisées pour le suivi des patients DB2 en TC au GMF-U CSL et de maintenir des soins de haute qualité pour ces patients pendant et après la pandémie. Par la suite, une mise à l'échelle pourrait être considérée pour le suivi d'autres maladies chroniques.

## **371 Nouveau modèle de soins pour les jeunes (travail\_en\_cours)**

Emmanuelle Trépanier, MD, MSc, CCMF ; Manon Duchesne, MD ; Laurence Lebel, MD

## **Objectifs d'apprentissage :**

### **À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :**

1. Décrire un nouveau modèle de soins de première ligne offrant des soins adaptés aux jeunes
2. Évaluer les forces et faiblesses de la clinique par rapport aux perceptions des utilisateurs

3. Évaluer les forces et faibles de la clinique par rapport aux perceptions des collaborateurs

### **Description :**

**Contexte:** Les jeunes recevant les services de la protection de la jeunesse forment une population particulièrement vulnérable en regard de leur état de santé, notamment en termes de santé mentale. La clinique Ados+, mise sur pied en 2016 à Montréal, est un modèle de soins de première ligne qui vise à offrir des soins et services adaptés aux jeunes en difficulté de 12 à 24 ans et à favoriser la continuité entre les services de protection de la jeunesse et ceux de la communauté. **Objectifs:** 1) décrire le profil des jeunes référés à la clinique ; 2) explorer leur perception à l'égard du modèle de la clinique ; 3) explorer la perception des collaborateurs quant au modèle proposé. **Type d'étude:** Étude exploratoire et descriptive. L'étude a été soumise au comité d'éthique de la recherche en Dépendances, Inégalités sociales et Santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (en attente d'approbation). **Lieu:** La clinique Ados+ est établie à Montréal, au sein du GMF-U de Verdun, une clinique de médecine de famille académique. **Participants:** Les jeunes recevant des services de la clinique Ados+ et les professionnels impliqués auprès d'eux dans la communauté. Principaux paramètres d'évaluation. La collecte de données issue des dossiers patients et de questionnaires en ligne permettra de décrire les besoins des jeunes et leur trajectoire de soins, en relation avec les caractéristiques du modèle proposé, en termes d'accessibilité, de continuité, d'intégration et de qualité des soins. **Résultats:** Les résultats permettront de mieux comprendre les besoins des jeunes en difficulté et d'assurer l'adéquation entre ceux-ci et le modèle de soins proposé par la clinique Ados+. **Conclusion:** Cette étude permettra d'améliorer le modèle de soins en place et contribuera, plus largement, à améliorer les services aux jeunes en déploiement au Québec.

### **310 L'intérêt des résidents en médecine familiale à pratiquer en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD (travail\_en\_cours))**

Jessica Lapointe\*, MD, CCMF ; Marie-Victoria Dorimain, MSc ;  
Marie-Josée Hotte, MD, CCMF (SPA) ; Geneviève Brassard, MD, CCMF (SPA) ;  
Mireille Luc, PhD

### **Objectifs d'apprentissage :**

#### **À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :**

1. Identifier les facteurs influençant les résidents en médecine familiale à la pratique en CHSLD
2. Déterminer les barrières perçues par les résidents en médecine familiale à la pratique en CHSLD

### **Description :**

**Mise en contexte et objectifs :** Malgré le vieillissement de la population et les besoins médicaux grandissants en gériatrie de première ligne, peu de médecins décident d'orienter leur pratique en CHSLD. Les données actuelles de l'Association Médicale Canadienne démontrent que seulement 1.7% des omnipraticiens en font leur lieu de pratique principal. Alors que l'on prévoit le double des utilisateurs des CHSLD d'ici 2031, une pénurie d'omnipraticiens dans ce domaine est à anticiper. Nous nous sommes donc questionnés sur l'intérêt des résidents en médecine familiale à choisir ce type de pratique et quels facteurs influencent leur choix. Une revue de la littérature a été effectuée sur le sujet. **Méthodologie :** Les banques de données MEDLINE, CINHAI et SCOPUS ont été ciblées. Les mots clés utilisés englobent les trois thèmes suivants : les médecins résidents, la médecine familiale et les CHSLD. La revue a été faite par deux évaluateurs indépendants. Les critères de sélections ont été révisés par un comité externe. Les articles antérieurs à 2005 ont été exclus. **Résultats :** L'analyse des résultats est en cours. Les différents articles retenus fourniront des pistes de réflexion afin d'expliquer l'intérêt et le choix des résidents en médecine familiale à travailler en CHSLD. **En conclusion :** Une étude sur le sujet serait donc pertinente afin de cibler les barrières et intérêts des résidents dans le but d'améliorer le recrutement dans ce domaine.

### **340 Outil clinique: les chutes, travail en cours**

Andreea Pop ; Juan Manuel Villalpando, MD, M.Sc. ; Johanne Filiatrault, erg., PhD ; Jonathan Sebag, MD

#### **Objectifs d'apprentissage :**

#### **À la fin de cette activité, les participants seront en mesure de :**

1. Connaître les principaux facteurs de risques de blessures graves associés aux chutes
2. Trouver les critères d'un outil d'évaluation et de communication idéal
3. Comment augmenter la satisfaction des médecins et des infirmiers(infirmières) sur la gestion des chutes

#### **Description:**

**Contexte :** Chez les aînés hébergés dans les centres de longue durée, les chutes sont un phénomène inévitable. Plusieurs efforts sont faits dans la prévention, mais moins d'effort est accordé à l'amélioration de la qualité de la prise en charge post chute. **Objectif :** Notre objectif est de créer un outil d'évaluation et de communication lors des chutes chez nos patients. Nous voulons créer un aide-mémoire complet, uniformiser la transmission de l'information entre le cadre infirmier et les médecins de garde et faciliter le travail décisionnel sur la prise en charge après une chute. **Type d'étude :** Il s'agit d'une étude qualitative. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. **Lieu :** Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (IUGM). **Participants :** Les soignants des centres d'hébergement de longue durée. **Méthodologie :** Le travail se divise en trois étapes. La première a consisté en une revue de littérature sur les facteurs de risque et les signes de

gravité associés aux chutes. La deuxième étape est présentement en cours. Il s'agira d'une analyse qualitative sur des entrevues que nous avons conduit avec des infirmiers(infirmières) et des médecins pour avoir leur perspective sur la prise en charge actuelle des à l'IUGM. En dernier lieu, nous allons formuler un outil préliminaire et organiser un essai d'implantation. **Résultats :** Les éléments les plus importants à inclure dans notre outil sont la présence d'impact crânien, l'utilisation d'anticoagulants, la présence de déformations appendiculaires et lacérations. L'outil devra être simple et rapide à compléter. **Conclusion :** Les études et les professionnels interrogés s'entendent sur les lacunes dans le domaine d'évaluation post chute. Si la phase d'implantation de l'outil préliminaire s'avère fructueuse, nous planifierons à élargir le projet à une plus grande population, soit à l'extérieur de l'IUGM.