



Association des conseils
des médecins, dentistes
et pharmaciens du Québec

TABLE DES PRÉSIDENTS

Comités d'évaluation de la qualité de l'acte

ACMDPQ

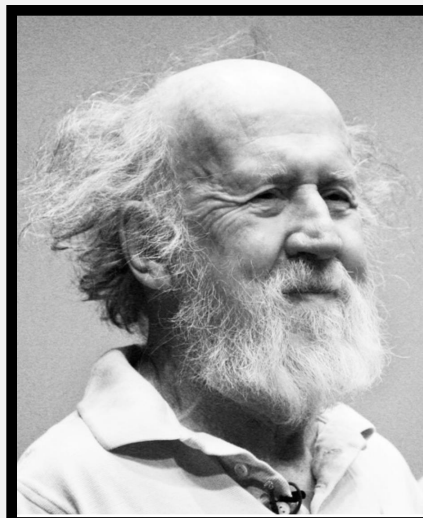
ORDRE DU JOUR

1.	Ouverture de la rencontre
2.	LECTURE ET APPROBATION DE L'ORDRE DU JOUR
3.	PRÉSENTATION DES MEMBRES 3.1 MEMBRES ORGANISATEURS 3.2 MEMBRES PRÉSENTS 3.3 RÉSIDENTS
4.	Attentes/préoccupations/visions des membres/Mandat – tour de table
5.	LES INDICATEURS QUÉBÉCOIS
5.1. 1	Benchmarking
5.2.	Réseautage
5.3.	Partage de conséquences
5.4.	Formations
6.	Pertinence
7.	Amélioration continue de la qualité
8.	Clôture de la séance
8.1.	Prochaine réunion- 3 mai 2023
8.2.	Organisation et responsabilités

Je n'aurai pas le temps : Mémoires de Hubert Reeves

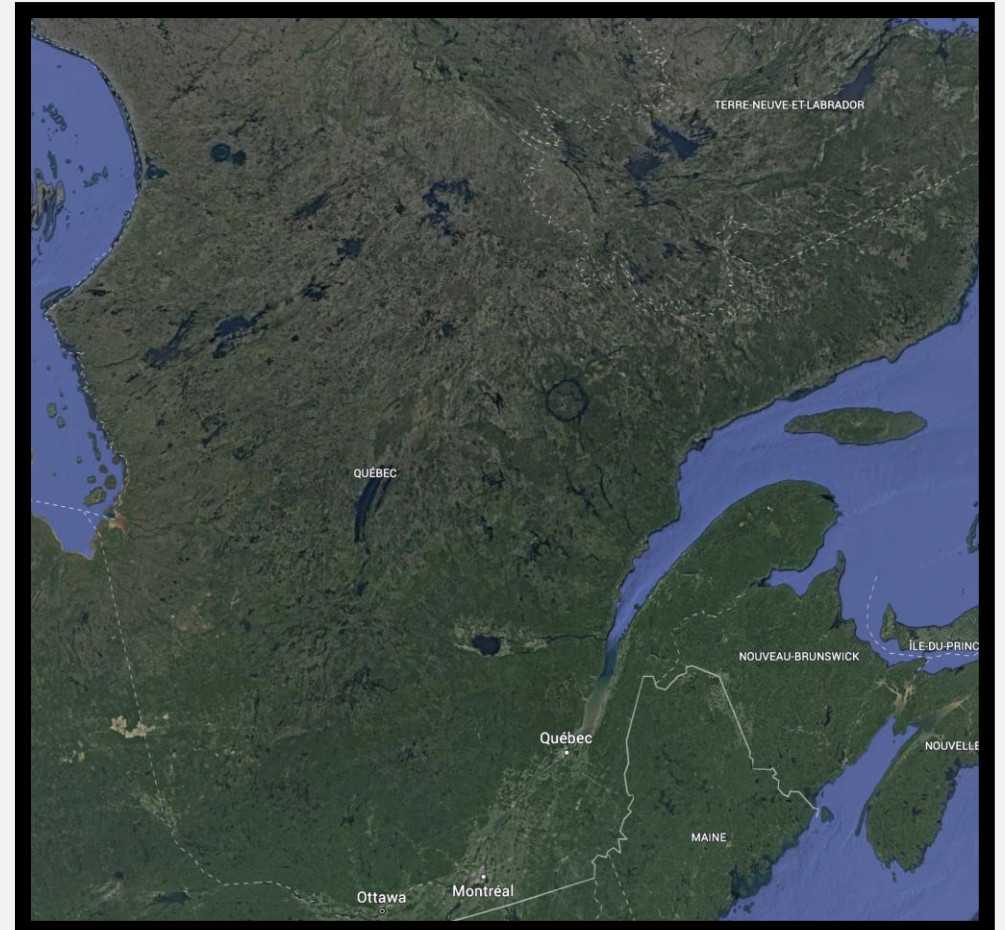
Celui qui fait un puzzle possède sur le scientifique deux avantages qui lui facilitent considérablement la tâche. D'abord, toutes les pièces lui sont procurées à l'avance, chacune étant indispensable. Aucune ne manque, aucune n'est en trop. En outre, il connaît le but à atteindre: recréer l'image qui figure sur la boîte du jeu.

Pour le savant, le parcours n'est pas fléché. De plus, il doit opérer un tri dans l'immense moisson d'informations qui lui parvient, pour ne conserver que celles qui lui permettront d'avancer.



PRÉSENTATION DES MEMBRES

- **Dr Martin Arata**
- **Dr David Trépanier**
- **Dre Valérie Gaudreault**
- **Et.... Chacun d'entre vous....**
- **Mais avant tout : La relève.....**



NOS RÉSIDENTS

- **Dre Catherine Blier**
- **Dr Simon Schreiber**



OBJECTIF COMMUN ...

- **« La capacité des activités professionnelles et des services de santé d'améliorer, de façon continue, la santé des individus et des populations en tenant compte de leurs attentes et de l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé »**

CMQ



LE DÉFI SOUS DIVERS ANGLES



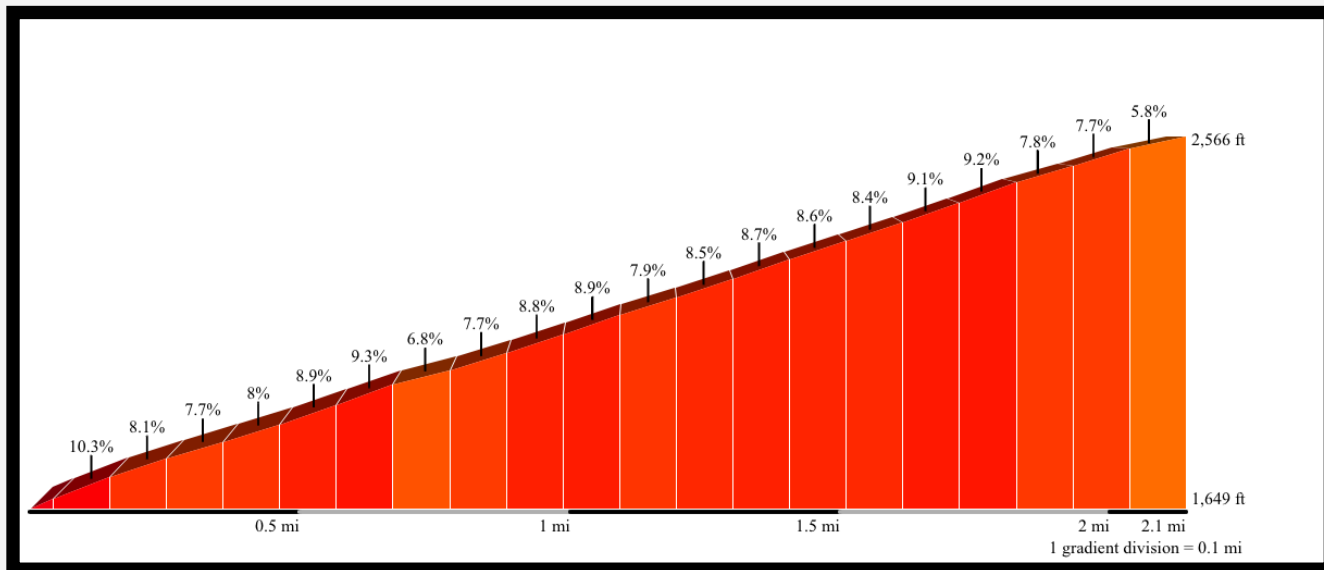
LE DÉFI SOUS DIVERS ANGLES



LE DÉFI SOUS DIVERS
ANGLES



LE DÉFI SOUS DIVERS ANGLES



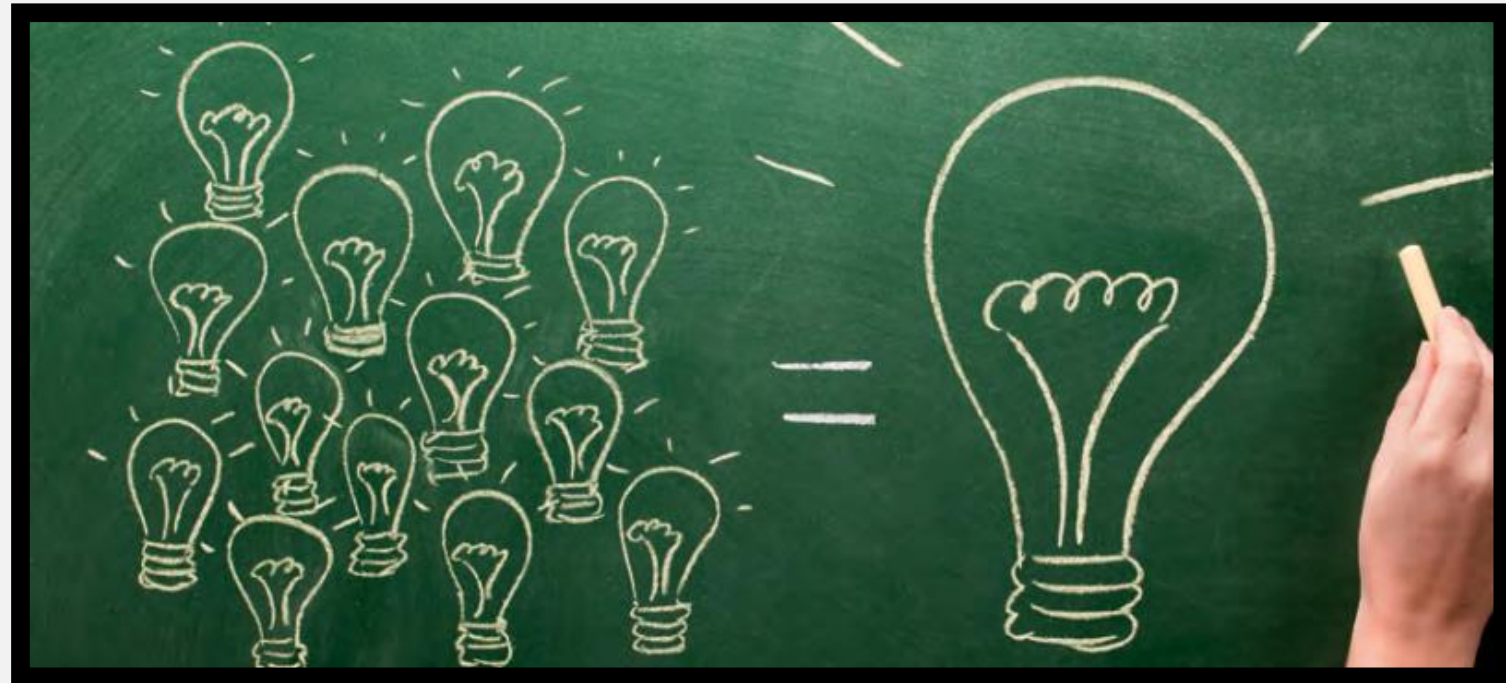
TOUR DE TABLE

- **Qui êtes vous?**
- **D'où venez-vous?**
- **Votre comité....**
- **Attentes**
- **Préoccupations**
- **Visions**
- **Mandat.....**



COLLABORATION QUÉBÉCOISE

- **Benchmarking**
- **Formation**
- **Standardisation**
- **Vision**



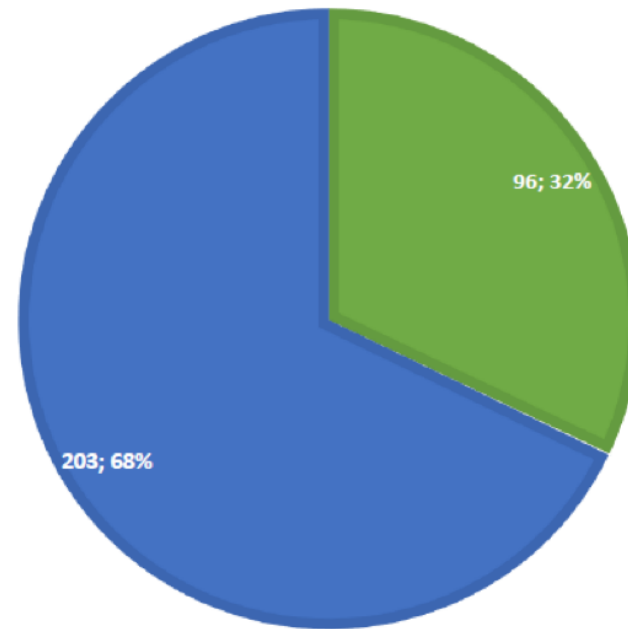
BENCHMARKING: INDICATEURS QUÉBÉCOIS

- Étude de taux de phénomènes ciblés
- Apprendre des disparités
- Conclusions à partager

3. Évaluation des accès vasculaires chez les patients dialysés (Résultats 2021-2022)

NOMBRE D'USAGERS SELON LA VOIE D'ACCÈS VASCULAIRE UTILISÉE


■ Fistule ou prothèse interne ■ Cathéter veineux central



FORMATION MEILLEURS ENSEMBLE !

- Besoins communs
- Outils développés
- Support demande de ressources



	
AUDIT DE CONFORMITÉ Application de la politique et procédure relative à la détermination des niveaux de soins Politique No 810-03	
Objectifs	Assurer l'application de la politique et procédure relative à la détermination des niveaux de soins. Mettre en place des mesures préventives ou correctives s'il y a lieu.
Période à auditer	2 février 2020 au 29 février 2020 (période financière # 12)
Nombre de dossiers par unités de soins	10 dossiers
Unités de soins ciblées	CHUL · BISC Soins intensifs coronarien · A1900 USI adulte · A1900 USI pédiatrique · A0100 Hémato-onco 0 à 17 ans · 4SE Médecine HEJ · P2000 USI · E4000 Unité coronarienne · C3000 Soins intermédiaire Neuro · C5000 · P2000 Traumatologie · E3000 Hématologie · P3000 Sciences neurologique HSFA · Soins intensifs coronarien · Soins intensifs · B8 Multiclientèle HSS · Soins intensifs coronarien · 2e Coulombe HDQ · 2470 Unité coronarienne · 4400 Multiclientèle · 4500 USI · 8500 Hématologie-oncologie · 7500 Médecine néphrologie · 7550 Greffe rénale
Méthodologie	Pour chaque unité de soins : · Sélectionner, de façon aléatoire, 10 dossiers de patient qui ont été admis pendant la période visée de l'audit, soit du 2 février 2020 au 29 février 2020. À partir de chacun des dossiers : · Inscrire l'hôpital; · Inscrire l'unité de soins; · Inscrire le numéro de dossier; · Inscrire la date d'admission du patient; · Valider si le formulaire de niveaux de soins (DT 9261) a été complété durant l'hospitalisation; · Si le formulaire de niveaux de soins a été complété : <input type="checkbox"/> Inscrire la date à laquelle le formulaire de niveaux de soins a été signé; <input type="checkbox"/> Calculer le délai entre la date d'admission et la date à laquelle le formulaire de niveau de soins a été signé. (sera fait par Amélie LeBrasseur) Transmettre le rapport d'audit à Amélie Le Brasseur

STANDARDISATION

- Normes
- Inspections
- S'inspirer



**COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

Projet

Contexte

Critères

Compilation

Dossiers

Rapport final

Collecte



DSM

Service des archives médicales

ÉVALUATION PAR CRITÈRES EXPLICITES

PROJET D'ÉVALUATION

SUJET : Dose de benzodiazépines administrée à l'urgence en status epilepticus

Contexte et justification des besoins de l'étude

Les status epilepticus est défini par des convulsions d'une durée de plus de 5 minutes ou l'absence de reprise de conscience entre deux convulsions.

C'est un problème assez courant à l'urgence, avec une incidence de 20 cas par 100 000 personnes mondialement, ou 50 000-150 000 personnes par année aux États-Unis.

Les impacts peuvent être majeurs, avec des séquelles neurologiques pouvant être observées après une durée de convulsion à partir de 30min, et une mortalité jusqu'à 30% chez l'adulte (1).

Il est bien connu que le premier traitement est une benzodiazépine, qui devrait être administrée dans les premières 5 minutes. Le taux de cessation de convulsion avec une première dose de benzos serait de 79%. (2)

La dose de benzodiazépine administrée aux patients en status epilepticus à l'urgence est souvent sous-dosée. En 2019 en évaluant les données de l'étude ESETT il a été rapporté que moins de 30% des patients en status recevaient une dose recommandée de benzos. Suite à cette publication les responsables de l'étude avaient fait parvenir du matériel éducatif aux centres impliqués.

Une étude publiée en 2021 dans le American Journal of Emergency Medicine par Weat et al. rapportait que la dose recommandée était administrée 1.5% du temps. À noter que les études mentionnées ci-haut incluent des administrations en pré-hospitalier, ce qui n'est pas notre réalité.

Les guidelines les plus récentes que nous avons présentement sur le SE sont celles de la American Epilepsy Society, publiées en 2016. Le but de ces guidelines est la termination rapide des convulsions en vue de diminuer les risques de mortalité et de séquelles neurologiques. Le traitement initial recommandé est une benzodiazépine : lorazepam IV 0,1 mg/kg max 4mg à répéter une fois après 4 minutes ou diazepam IV 0,15-0,2mg/kg max 10mg, ou si une voie n'est pas disponible, midazolam 10mg une fois. Ces doses sont une recommandation de niveau A.

Les conséquences de ceci sont non-négligeables, car en status epilepticus, plus les convulsions durent longtemps, plus elles seront difficiles à faire cesser. (4) Cela est dû au fait que pendant la convulsion, on perd les récepteurs GABA de la surface des neurones, principalement par internalisation. Ce sont eux qui répondent aux benzodiazépines, et ce processus débute après quelques minutes de convulsion seulement. (5)

Les raisons pour cela semblent surtout être une crainte de dépression cardiovasculaire secondaire à une grosse dose de benzodiazépines. Dans les guidelines de l'AES ils font une revue de littérature à ce sujet. Ils n'ont malheureusement pas comparé différentes doses de différents benzodiazépines, mais diverses études ont évalué la fréquence d'effets secondaires tels que la dépression respiratoire et l'hypotension, avec une fréquence qui revient toujours autour de 10% aux doses recommandées.(6) À noter qu'en 2001 une étude en pré-hospitalier montrait un taux de complications cardio-respiratoires de 22,5% en l'absence de traitement (7), menant donc l'AES à conclure que réussir à faire cesser la convulsion résulte en moins de dépression respiratoire, malgré l'utilisation de benzodiazépines.

Médecin responsable : Dr Hugh Scott

VISION

- Innover
- Efficacité
- Apprendre



CONFORMITÉ DE BASE		Norme atteinte	Norme non atteinte	Ne s'applique pas
1.	Le clinicien identifie-t-il adéquatement (carte RAMQ ...) le patient? *REF : Fiche 7 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
2.	Le clinicien identifie-t-il la localisation du patient? *REF : Fiche 8 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le clinicien s'assure-t-il que les lieux où se situent les différents acteurs permettent de préserver la confidentialité de la télésanté à réaliser? *REF : Fiche 4 et 7 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le clinicien a-t-il accès aux données médicales antérieures du patient? *REF: Fiche 4 et 7 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
5.	Les informations recueillies sont-elles consignées au dossier et les exigences d'une bonne tenue de dossier sont-elles respectées? *REF : Fiche 9 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
6.	Si applicable : le médecin fait-il le suivi des examens demandés? *REF : Fiche 4 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENCADREMENT DU PATIENT		Norme atteinte	Norme non atteinte	Ne s'applique pas
7.	Y a-t-il des contre-indications à la télésanté : surdité, langue, non-verbal, défiance, ...? i) recours présentiel ii) suivi effectué *REF : Fiche 2 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Le clinicien mentionne-t-il les limitations inhérentes à la télésanté? *REF : Fiche 11 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
9.	Si applicable : Le clinicien a-t-il établi une entente de service pour faciliter le complément d'examen physique ou les examens paracliniques *REF : Fiche 4 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	S'il y a prescription médicamenteuse; la prescription est-elle transmise verbalement ou par des outils numériques sécurisés? *REF : Fiche 5 ET 6 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSENTEMENT ET TRAITEMENT		Norme atteinte	Norme non atteinte	Ne s'applique pas
11.	Le patient consent-il au moyen de communication en télésanté? *REF : Fiche 2 et 11 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
12.	La raison de consultation (contrat thérapeutique) est-elle établie explicitement? *REF : Fiche 4 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
13.	Y a-t-il émission d'un diagnostic présomptif qui s'intègre dans un diagnostic différentiel pouvant être bien dégagé dans la structure de soins? *REF : Fiche 4 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
14.	Y a-t-il un plan thérapeutique (incluant la possibilité d'un traitement conservateur ou de réorientation)? *REF : Fiche 4 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
15.	Le suivi ou la conduite finale des soins ou les conseils adaptés à la condition sont-ils explicitement expliqués au patient? REF : Fiche 4 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
16.	Le clinicien valide-t-il la compréhension de ses conclusions et recommandations auprès du patient? Ceci mène-t-il à un plan thérapeutique sous forme de décision partagée avec le clinicien et le patient? *REF : Fiche 4 et 7 du CMQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	•
17.	Si applicable : le clinicien s'assure-t-il d'inscrire en copie conforme le nom du médecin de famille du patient (ou tout autre clinicien impliqué) même s'il demeure responsable des actes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERTINENCE

- **Le sujet de l'heure**
- **Votre implication dans vos comités de pertinence locaux**
- **Votre évaluation de la pertinence**
- **Vos études de pertinence**



AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

- **Qualité de l'acte 2.0**
- **Implantation dans votre milieu: guide !**
- **Formation: vos experts**
- **Votre rôle???... générer des idées**



AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Identifying Sources of Change Ideas

All improvement requires making changes, but not all changes result in improvement.

1. Eliminate things that are not used	28. Use proper measurements	51. Standardization (create a formal process)
2. Eliminate multiple entries	29. Take care of basics	52. Stop tampering
3. Reduce or eliminate overkill	30. Reduce demotivating aspects of the pay system	53. Develop operation definitions
4. Reduce controls on the system	31. Conduct training	54. Improve predictions
5. Recycle or reuse	32. Implement cross training	55. Develop contingency plans
6. Use substitution	33. Invest more resources in improvement	56. Sort product into grades
7. Reduce classifications	34. Focus on core process and purpose	57. Desensitize
8. Remove intermediaries	35. Share risks	58. Exploit variation
9. Match the amount to the need	36. Emphasize natural and logical consequences	59. Use reminders
10. Use sampling	37. Develop alliances and cooperative relationships	60. Use differentiation
11. Change targets or set points	38. Listen to customers	61. Use constraints
12. Synchronize	39. Coach the customer to use a product/service	62. Use affordance
13. Schedule into multiple processes		
14. Minimize handoffs		
15. Move steps in the process close together		
16. Find and remove bottlenecks		
17. Use automation	40. Focus on the outcome to a customer	63. Mass customize
18. Smooth workflow	41. Use a coordinator	64. Offer product/service anytime
19. Do tasks in parallel	42. Reach agreement on expectations	65. Offer product/service anyplace
20. Consider people as in the same system	43. Outsource for "free"	66. Emphasize intangibles
21. Use multiple processing units	44. Optimize level of inspection	67. Influence or take advantage of fashion trends
22. Adjust to peak demand	45. Work with suppliers	68. Reduce the number of components
23. Match inventory to predicted demand		69. Disguise defects or problems
24. Use pull systems		70. Differentiate product using quality dimensions
25. Reduce choice of features		
26. Reduce multiple brands of the same item		
27. Give people access to information		
	46. Reduce setup or start-up time	71. Change the order of process steps
	47. Set up timing to use discounts	
	48. Optimize maintenance	72. Manage uncertainty – not tasks
	49. Extend specialist's time	
	50. Reduce wait time	

Eliminate waste, improving workflow, optimising inventory (1-27, 40-45,71)

Enhancing producer-customer relationship and changing the work environment (28-40)

Better managing time (46-50)

Managing variation, designing systems to avoid mistakes (51-62)

Design of products and services (63-70, 72)

Elements of the PDSA Cycle

PLAN

- State the question you want to answer and make a prediction about what you think will happen.
- Plan the cycle (Who? What? When? Where?)
- Identify what data you

DO

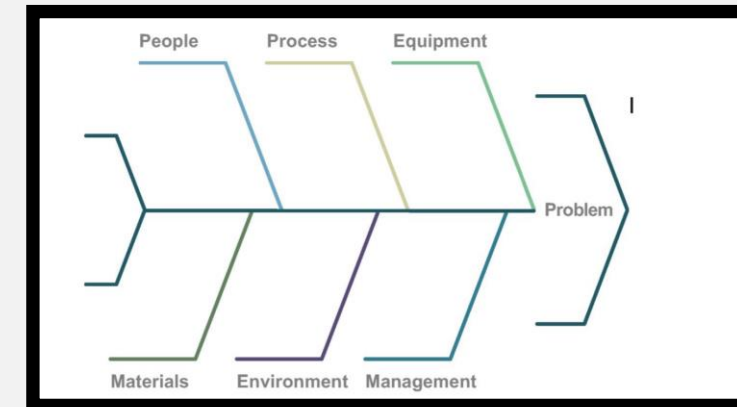
- Carry out the plan
- Document any problems encountered and any observations
- Gather data

ACT

- What changes need to be made to the next cycle?
- Adopt, adapt or abandon cycle
- If not changes roll out the improvement

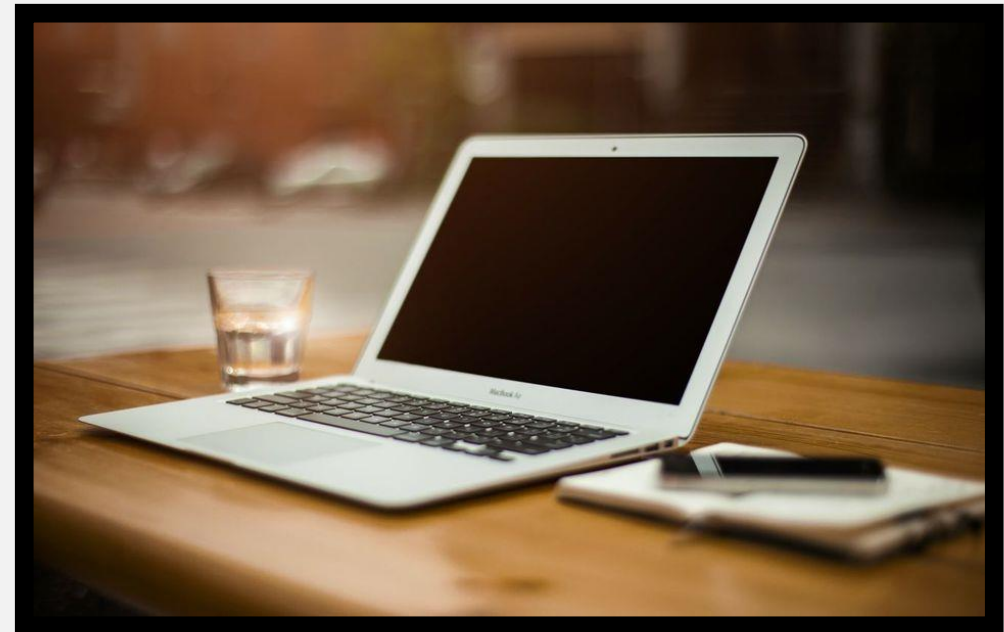
STUDY

- Fully analyze
- Compare data
- predictions
- Examine learning.



VOTRE VISION DE NOTRE TABLE DE TRAVAIL

- **Sous l'égide de l'ACDMPQ**
 - **Formations standardisées et élargies**
 - **Indicateurs de qualité provinciaux**
 - **Études par critères explicites transversales...**
 - **Discussion collégiale et saine compétition**
 - **Projets communs pour un système commun**
 - **Site internet : héberger vos réussites ... ?**
 - **Mandat évolutif !**



A VENIR....

- **Prochaine réunion**
 - **Format**
 - **Responsabilités**
 - **Participants**
 - **Formation**
 - **Exemples de projets**



A VENIR....

- **La route s'annonce belle ...**

