

Soins vasculaires : choisir judicieusement

Dr David Trépanier

Médecin Omnipraticien

Service hospitalisation

Traumatologie, HEJ , Québec

Urgentologue, HSS, Québec

Président comité Pro-Acte CHU Québec

dtmd2@icloud.com

Congrès SSVQ : 20 novembre 2020



Conflit d'intérêt

- Je n'ai aucune influence affectant le présent exposé.



Objectifs:

- Comprendre les enjeux de pertinence et de qualité de l'acte particulièrement en santé vasculaire.
- Réviser les recommandations d'intérêt et d'actualité en santé vasculaire publiées par l'organisme « Choisir avec Soins ».
- Réviser par des exemples concrets les modalités d'évaluation de la pratique au sein d'une organisation de soins.



Objectifs:

Surtout mettre en lumière ..

- Pertinence / Qualité
- Cadre légal et professionnel
- Auto-évaluation
- Réflexions collectives
- Comfort décisionnel
- Plaisir lié à l'amélioration



Contexte:

Parce que tous ressentent un malaise...



TROP D'EXAMENS INAPPROPRIÉS

Selon l'Agence canadienne des médicaments et de la santé, de 10 à 20 % des examens de tomodensitométrie prescrits sont inappropriés au pays. À l'Association médicale du Québec, on parle de 15 à 35 % d'examens évitables. Selon diverses études internationales, cette proportion grimpe parfois à 50 %.

Qualité et pertinence en santé vasculaire

- Partenariat
- Information et recadrage
- Décision partagée
- Évolution naturelle maladie
- Physiopathologie

QUATRE QUESTIONS

À POSER À VOTRE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

- 1) Ai-je vraiment besoin de cet examen, de ce traitement ou de cette intervention?
- 2) Quels sont les côtés négatifs?
- 3) Y a-t-il des options plus simples et plus sécuritaires?
- 4) Que se passe-t-il si je ne fais rien?

Qualité et pertinence en santé vasculaire

- Une médecine de qualité s'exerce dans un contexte organisationnel:

- ASSEMBLÉE NATIONALE
Trente-quatrième Législature, première session

- 1991, chapitre 102
LOI CONCERNANT LES SERVICES
DE SANTÉ DU QUÉBEC

- **Projet de loi 291**

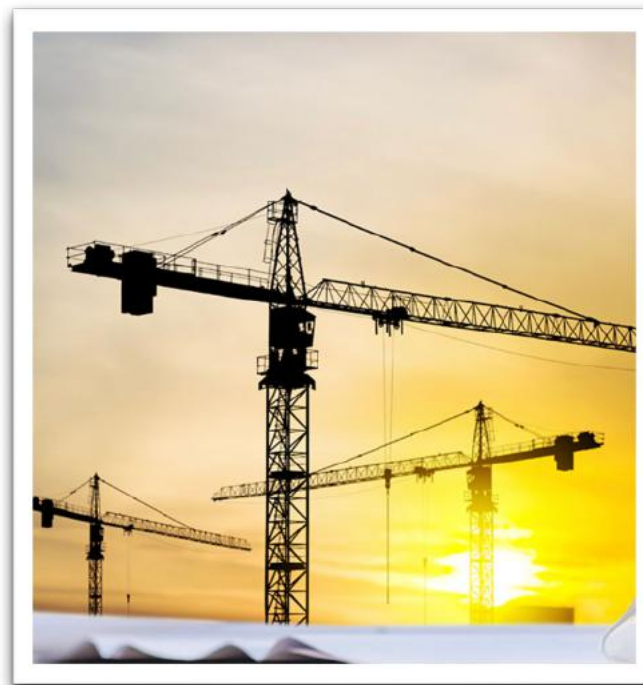
- présenté par M. Réjean Doyon, député de Louis-Hébert

- Présenté le 14 novembre 1991

- Principe adopté le 5 décembre 1991

- Adopté le 5 décembre 1991

- **Sanctionné le 5 décembre 1991**



Qualité et pertinence en santé vasculaire

- Une médecine de qualité s'exerce dans un contexte organisationnel:



L'ÉVALUATION
DE L'ACTE MÉDICAL

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec



- Une médecine de qualité implique un processus d'évaluation :

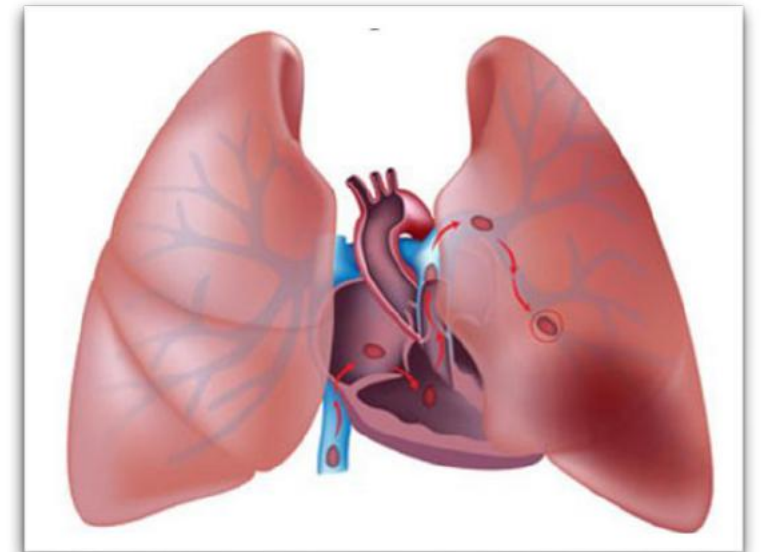
Tableau comparatif des méthodes d'évaluation				
	Études par critères implicites		Études par critères explicites	Indicateurs de qualité
	Conventionnelles	Revue de mortalité et de morbidité (RMM)		
Forces	• Regard sur l'ensemble d'un dossier • Analyse détaillée	• Regard d'ensemble sur l'événement • Cohésion d'un groupe	• Démarche d'évaluation rétrospective comparée aux normes/consensus • Plusieurs dossiers étudiés • Étude de contrôle possible	• Mesure objective périodique • Permet suivi interne • Permet comparaison
Faiblesses ou limitations	• Variabilité selon l'expertise de l'évaluateur • Cas par cas • Subjectivité possible	• Nécessite un bon leadership de l'animateur et discipline du groupe • Cas par cas • Subjectivité possible	• Délai entre les événements et l'étude • Soutien des archivistes préférable • Analyse détaillée limitée	• Un indicateur seul ne peut évaluer la qualité des soins • Interprétation variable des données

Exemple 1: la RMM

(Mortalités-morbidités)

Lorsque vous soupçonnez une embolie pulmonaire, ne demandez pas d'angiographie tomographique pulmonaire (CTPA) ni de scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion avant de faire une stratification du risque avec règle de décision clinique et d'obtenir les résultats de la concentration des D-dimères en tant que biomarqueurs.

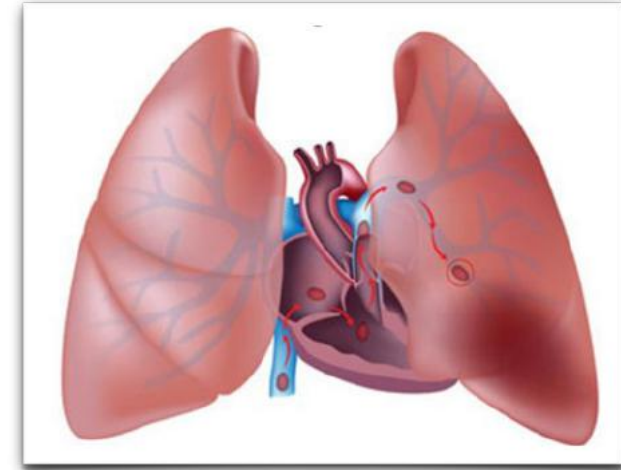
- **Cas : H 56 , bonne santé , suivi radiologique x 5 ans lésion pancréatique type TIPMP. Anxiété sous citalopram. Douleur jonction thoraco-abdominale partiellement pleurétique. RC 96, T.r N, saturation 96%.**



Exemple 1: la RMM

(Mortalités-morbidités)

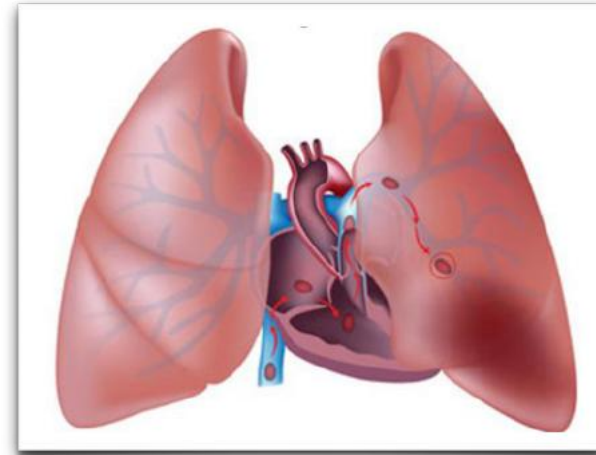
- Urgence bien achalandée
- Flair clinique: angiographie d'emblée, pas attente D-dimères
- Réaction contraste iodée sévère et inattendue
- Salle réanimation
- IET, PAV, ATB , séjour hospitalier prolongé
- PPT : wells 3.0 , D-dimères reçus : 675 mcg/L
- Angiotdm négative quoique limite dx considérant la réaction
- Dx: pleurésie , TbPx per hospitalisation, pas TEV à 30 jours



Exemple 1: la RMM

(Mortalités-morbidités)

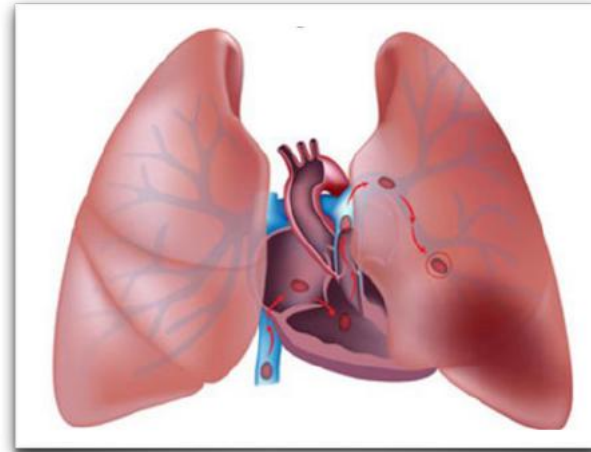
- **Données scientifiques et contexte :**
 - Crainte de manqué ce dx : présentation non classique, 30 % sans FDR
 - Mortalité 30 % à 3 mois si non traitée
 - Peu de patients rencontre règle d'exclusion PERC
 - Population référence et prévalence
 - Score Wells à 2 ou 3 niveaux, Genève modifié
 - D-dimères / angioscan / scinti V-Q ???
 - PCPT et D-dimères ajustés: ADJUST-PE 2014, YEARS 2017, PEG-ED (Nov 2019)
 - Réduction usage de l'imagerie de façon sécuritaire ??



Exemple 1: la RMM

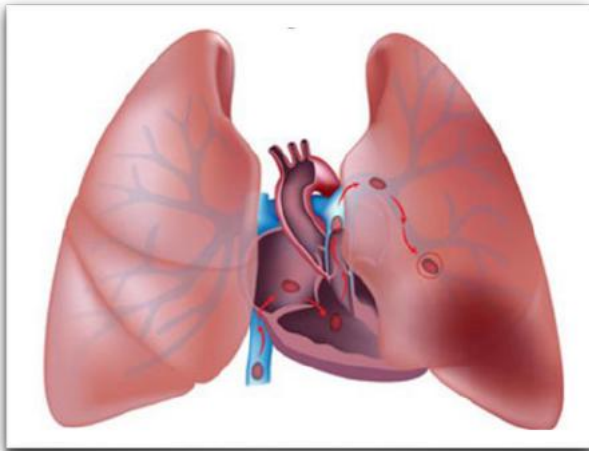
(Mortalités-morbidités)

- **Type d'étude : Revue mortalités-morbidités**
 - Approche constructive et formative
 - Discussion pouvant impliquer le prestataire de soins
 - Apports des membres du service concerné
 - Étude de l'ensemble du cas dans son entièreté
 - Modifications - recommandations - formation



Exemple 1: la RMM

(Mortalités-morbidités)



Service: <u>Urgence</u>	Code du médecin: <u>XXXX</u>
N° dossier: _____	Établissement: _____
Âge: <u>56</u>	Date d'admission: _____
Raison(s) justifiant l'étude de ce dossier: <u>Complications suite à un examen diagnostique</u>	

QUALITÉ DE L'INFORMATION AU DOSSIER

☐ insuffisante ☒ acceptable ☐ très bonne

FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À UNE COMPLICATION DE L'ÉVÉNEMENT OU AU DÉCÈS

	OUI	NON
Évaluation clinique à l'admission et durant l'hospitalisation	☒	☐
Choix des examens complémentaires et interprétation	☒	☐
Choix des traitements	☐	☒
Utilisation de la médication	☐	☒
Équipement/matériel utilisé	☐	☒
Protocole/procédure de soins	☒	☐
Erreur humaine	☐	☒
Communication entre les intervenants	☐	☒
Délai entre décision clinique et intervention	☐	☒

PRÉJUDICES DÉCOULANT D'UN ACTE MÉDICAL QUI AURAIENT PU ÊTRE ÉVITÉS

	OUI	NON
Des souffrances physiques ou morales	☐	☒
Une prolongation du séjour	☒	☐
Une invalidité à moyen ou long terme	☐	☒
Un décès	☐	☒

Exemple 1: la RMM



COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS

Malgré les enjeux de débit au département d'urgence, le groupe reconnaît que l'usage d'un score clinique permettrait d'assurer la juste exposition des patients aux examens diagnostiques. Nous croyons ainsi diminuer le nombre de tests non-indiqués et possiblement réduire la durée moyenne de séjours.

RECOMMANDATIONS

Le groupe croit que les données canadiennes issues de l'étude PEG-ED permettent d'appliquer maintenant une conduite uniforme avec interprétation des D-Dimères ajustés sur la PCPT pour les patients à faible risque. La prudence s'impose pour les risques intermédiaires. Une discussion de groupe à ce sujet et sur les réactions aux produits de contraste a été réalisée.

Dossier adressé à un autre département ou service:

☐ OUI ☒ NON

Signature du médecin responsable:

Date: XXXX

Retourner le tout à: Comité qualité de l'acte

Archiviste ressource, archives médicales:

Exemple 2 : l'EPCE

(Critères implicites)

N'administrez pas d'emblée de transfusions de culots globulaires à des patients hémodynamiquement stables dont le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 70 g/L (un seuil de 80 g/L peut être considéré chez les patients qui doivent subir une chirurgie cardiaque ou orthopédique, et ceux qui souffrent de maladie cardiovasculaire évolutive).

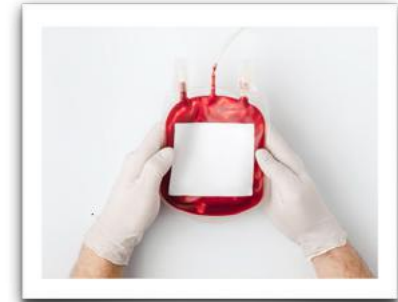
- Cas : F 38, jour no 3 post accident scooter, Hospit en traumatologie
- TCCLC, HSA minime , plaie cuir chevelu réparée urgence, Fx plateau tibial G ROFI & fx fémur G enclouage (ps 600 cc). Imagerie TAP: pas LL, Vx N
- Hb initiale 103, Hb ce jour 74 , plaquettes 108, coag N , Bhcg neg, RC 87, 125/82, sat N. 2 culots urgence, 2 culots SOP



Exemple 2 : l'EPCE

(Critères implicites)

- Résident de garde interpellé par infirmière : culot ?
- Révision des paramètres : RC 87, T.a N, T N, pas de saignement actif à la RDS
- Considération qu'elle fera réadaptation : 2 culots
- Avait déjà K + à 5.4 au matin
- Appel pour bradycardie
- Série d'examens ; ECG, QRS augmenté. K+ 6.7 : monitoring, USI , Lasix , Ca+,...
- Bonne récupération ...
- Dossier étudié suite à demande inter-services



Exemple 2 : l'EPCI

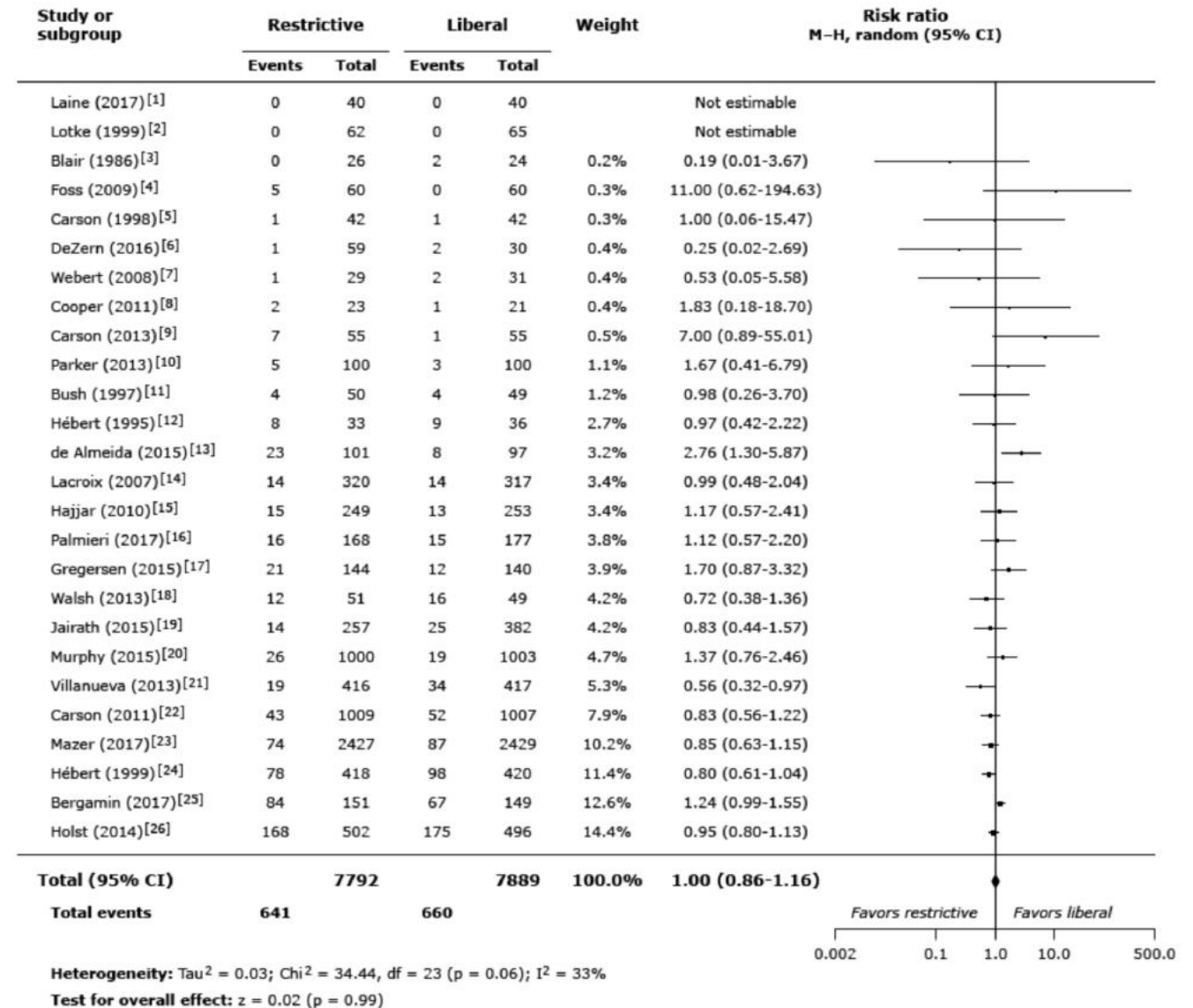
(Critères implicites)

- Données scientifiques:
- Risques : infectieux , volume,

Thresholds for red blood cell transfusion in adults

Condition
Symptomatic patient (eg, myocardial ischemia)
Hospitalized patient
Preexisting coronary artery disease
Acute coronary syndromes
Intensive care unit (hemodynamically stable)
Gastrointestinal bleeding (hemodynamically stable)
Non-cardiac surgery
Cardiac surgery

Meta-analysis of restrictive versus liberal transfusion thresholds: Mortality at 30 days



Exemple 2 : l'EPCI

(Critères implicites)

- **Type d'étude : étude par critères implicites**
 - N'implique pas le prestataire de soins
 - Animateur neutre étudiant l'Hx de soins de façon narrative
 - Plus de subjectivité: étude d'une séquence d'événements
 - Appuyée par des critères pré-définis : causes immédiates et profondes
 - Interrogations sur chaque étape de soins : contenu et processus
 - Pas de rétrospectoscope
 - Qualité du processus : éviter la survenue d'un tel cas



Exemple 2 : l'EPCI



Algorithme gestion de l'anémie projet épargne sanguine SFA

Clientèle :

Arthroplastie de la hanche,
Révision d'arthroplastie de la hanche
Révision d'arthroplastie du genou

Critères de sélection	Hb = Entre 115 et 140 g/L pour homme Hb = Entre 105 et 120 g/L pour femme			Hb : inférieure à 115 g/L homme Hb : inférieure à 105 g/L femme		
	Compléter le bilan avec test de ferritine DT 5696 ou prescription individuelle			Compléter le bilan avec test de ferritine DT 5696 ou prescription individuelle		
Résultats	Ferritine : inférieur à 30	Ferritine : entre 30 et 100	Ferritine : plus grand que 100	Ferritine : inférieur à 30	Ferritine : entre 30 et 100	Ferritine : supérieur à 100
	Débuter thérapie martiale DT 5330	Débuter thérapie martiale DT 5330	Pas d'intervention pour thérapie martiale	Débuter thérapie martiale DT 5330	Débuter thérapie martiale DT 5330	Pas d'intervention pour thérapie martiale
Interventions	Consultation en gastro	Aucune consultation	Aucune consultation	Consultation en gastro	Consultation médecine interne	Consultation médecine interne
	HBHT le jour de la chirurgie	HBHT le jour de la chirurgie		HBHT le jour de la chirurgie	HBHT le jour de la chirurgie	
Remettre DT 6806 au départ du patient post chirurgie						

MÉDICATIONS ASSOCIÉES À LA TRANSFUSION

- ☐ Diphenhydramine _____ mg ☐ PO ☐ IV 30 minutes avant l'administration du produit sanguin
☐ Furosémide _____ mg ☐ PO ☐ IV ☐ Préciser le moment d'administration : _____
☐ Acétaminophène _____ mg PO 30 minutes avant l'administration du produit sanguin

sanguin
g/l

biles
que, Unité de biovigilance)

DE PRODUIT SANGUIN

ette	Plasma
680	1 sur 1 800
250	1 sur 440
200	1 sur 5 700
7 500	1 sur 6 900
55 000	----
250 000	----
55 000	1 sur 120 000
100 000	

aison et
mie)

sanguins transfusés
ou probable)

Exemple 3 : l'EPCE

(Critères explicites)

Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée au cours de la première évaluation des patients qui n'ont pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.

- **Cas : F 62, perte de conscience brève 20 minutes après la fin d'une randonnée à vélo par journée chaude . Chute au sol après avoir ramassé bidon vide. Pas de TCC, de sx neuro, ou de convulsion. Arrive aux urgences sur pieds accompagnée .**
- **SV initiaux N (RC 91)**



Exemple 3: l'EPCE

(Critères explicites)

- **Patiente inscrite à la mineure: triage ?**
- **Inquiétudes : lien avec l'exercice ??**
- **Biais de rappel : cas ayant mal évolués**
- **Tout ou rien : RAD vs observation et examens**
- **TDM tête ???**
- **Guide de pratique: ECG, tropo, B-Base**



Exemple 3: l'EPCE

(Critères explicites)

- Données scientifiques et contexte :
 - Syncopes: 1 à 2 % des consultations
 - 43 % cause vaso-vagale, 14% cardiaque
 - Taux de mortalité à 30 jours : mo
 - Taux événements majeurs non fa
 - Taux d'admission : 13-83%
 - Craintes: examens , multisystèm
 - Score clinique ??? : identification

Predisposition to vasovagal symptoms Triggered by being in a warm crowded place, prolonged standing, fear, emotion, or pain	No 0	Yes -1						
Heart disease history CAD, atrial fibrillation or flutter, CHF, valvular disease	No 0	Yes +1						
<u>sBP</u> <90 or >180 mmHg On any reading	No 0	Yes +2						
Elevated troponin >99th percentile of normal population	No 0	Yes +2						
Abnormal QRS axis <-30° or >100°	No 0	Yes +1						
QRS duration >130 ms	No 0	Yes +1						
<u>Corrected QT interval</u> >480 ms	No 0	Yes +2						
ED diagnosis Based on ED evaluation	<table><tr><td>Vasovagal syncope</td><td>-2</td></tr><tr><td>Cardiac syncope</td><td>+2</td></tr><tr><td>Neither</td><td>0</td></tr></table>		Vasovagal syncope	-2	Cardiac syncope	+2	Neither	0
Vasovagal syncope	-2							
Cardiac syncope	+2							
Neither	0							

Exemple 2 : l'EPCE

(Critères explicites)

- **Type d'étude: étude par critères explicites**
- **Validation de l'atteinte ou non d'une norme ou d'un processus**
- **Supporté par le services des archives**
- **Processus objectif basé sur une question clinique claire**
- **Critères pré-établis : repérables, mesurables et scientifiquement reconnus**
- **Résultat: % atteinte de la norme (30-50 dossiers)**
- **Rétroaction si atteinte insuffisante de la norme**
- **Discussion en comité local, formation , uniformisation, justification allocation ressources**



Exemple 2 : l'EPCE

(Critères explicites)



SUJET : Chez les patients de plus de 18 ans se présentant pour une syncope idiopathique à l'urgence , y a-t-il usage approprié des données de stratification du risque ?
50 dossiers à étudier .

Critères	ÉLÉMENTS (exception)	Nombres de dossiers		Pourcentage	
		Conforme s	Non- conformes	Conforme s	Non- conformes
1	Les signes vitaux initiaux ont-ils notés par le md ?	49	1	98%	2%
2	Les atcd cardiovasculaires ont-ils été décrits par le md ?	48	2	96%	4%
3	Une interprétation de l'ECG à la recherche d'éléments de dangerosité a-t-elle été réalisées?	41	9	82%	18 %
4	Lors de syncope inexpliquée, est ce que la règle CSRS est appliquée ?	32	18	64%	36%
5	Lorsque la règle de décision CSRS est utilisée est-ce que la conduite spécifiée dans le modèle validé est appliquée?	29/32	3/32	91%	9%

Exemple 2 : l'EPCE

(Critères explicites)



RAPPORT FINAL

SUJET : Chez les patients de plus de 18 ans se présentant pour une syncope idiopathique à l'urgence y a-t-il usage approprié des données de stratification du risque ? 50 dossiers à étudier.

CONCLUSIONS :

La section audit de dossiers visant à valider la collecte des informations centrales est satisfaisante.

Bien que l'analyse structurée des ECG démontre un bon taux de conformité une cible de plus de 90 % serait souhaitable étant donné l'importance clinique .

Il semble que la règle de décision (CSRS) ne soit toujours appliquée malgré la nouvelle norme établie .

Une fois utilisée la conduite clinique est en respect du score obtenu dans une proportion de plus de 90%

RECOMMANDATIONS :

Une formation pour reconnaître les ECG à risque sera prévue d'ici 6 mois.

Il y aura une revalidation dans 12 mois : conformité de l'usage du score CSRS.

Lors des études de morbidités et mortalités une attention sera portée pour valider si des patients avaient eu des syncopes iatrogéniques auparavant .

Exemple 4 : l'indicateur

(Conventionnel)

Ne débutez pas ou ne continuez pas les interventions de maintien des fonctions vitales, à moins qu'elles ne cadrent avec les valeurs du patient et avec des objectifs de soins réalistes.

H 82, Dyspnée X 3 jours avec OTPN et OMI .
Connu cardiopathie dilatée , ROH ancien .
FEVG 20 % , TNC MOCA 22/30. Deux épisodes antérieurs similaires la même année. À revu cardio il y a deux mois: Rx optimisée. Sat 87% avec venti-masque , RR 22, 150/85, T.r N. Admis étage med interne.



Exemple 4 : l'indicateur (Conventionnel)

- NIM discuté lors de dernière hospitalisation
 - NIM : apte , Niv B, pas RCR, IET, USI
 - Accepte VNI
- Détérioration rapide sur l'étage
- Discussion directe plus difficile
- Mandataire ou proche :
 - « Répète sans cesse depuis des semaines qu'il n'en peut plus »
 - « Ne veut pas revivre toujours cela »
 - « Ne se reconnaît plus et ne pensait pas en arriver là »
- NIM redéfini et documenté
 - Inapte, NIM C, pas de réanimation globale



Exemple 4 : l'indicateur (Conventionnel)

- **Données scientifiques :**
 - **Éléments de base de l'éthique médicale**
 - **Bienfaisance**
 - **Non-malfaisance**
 - **Respect de l'autonomie**
 - **Justice**
- **Distinction entre ne pas initier des soins ou interrompre des soins**
 - **Mieux expliquer**
 - **Ne pas abandonner**
 - **Soins sélectifs et décisions dynamiques**
 - **Moment opportun!!! Pas nécessairement au premier contact**



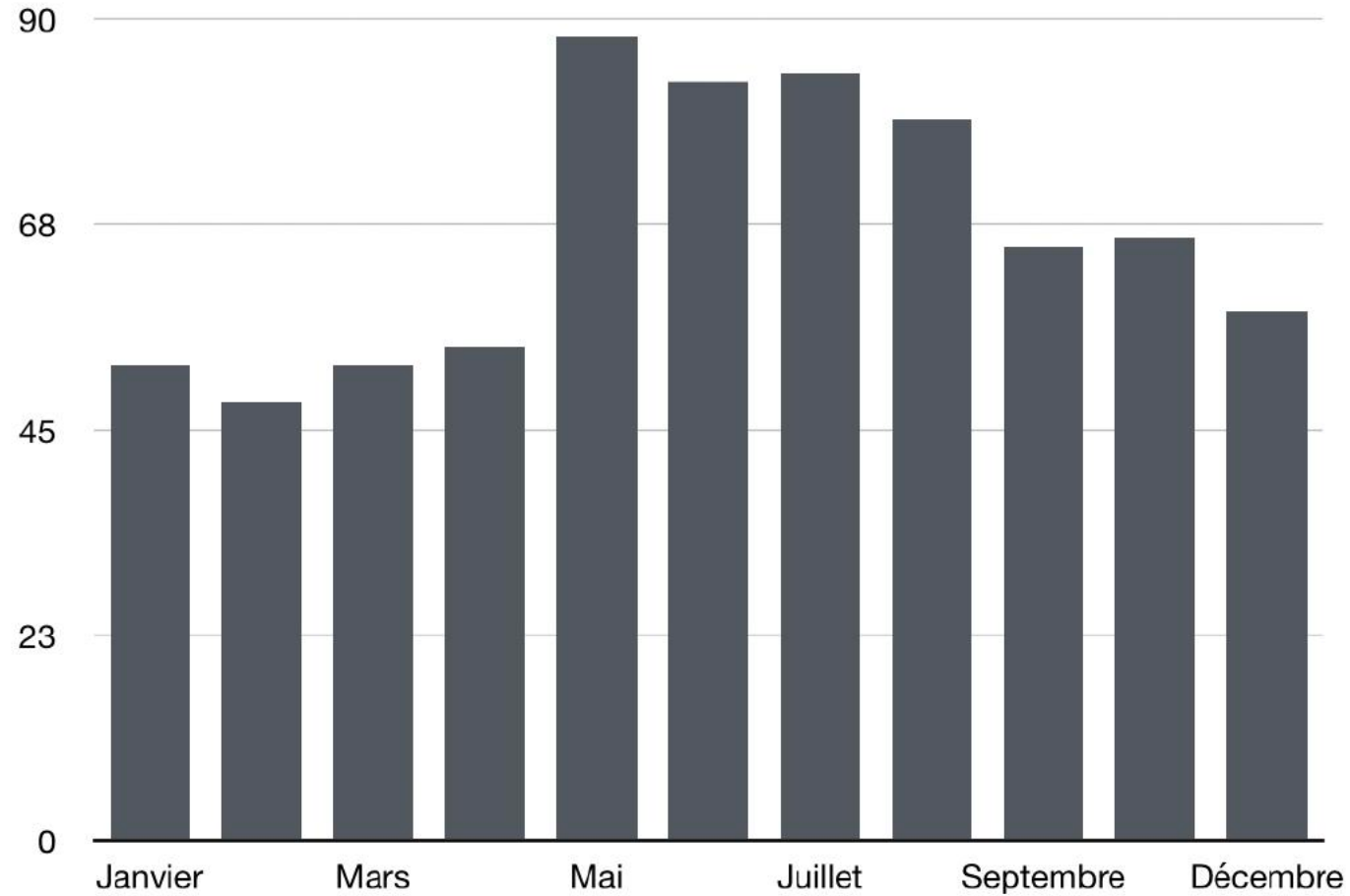
Exemple 4 : l'indicateur

(Conventionnel)

- **Type d'étude : l'indicateur**
- **Mesure quantitative : taux d'événements (prévalence significative)**
- **Outils de mesure permettant des comparaisons temporelles**
- **Peut permettre des comparaisons entre groupes**
- **Permet de définir un seuil auquel des correctifs s'imposent**
- **Supporter par le volet Pertinence/Performance**
- **Pas explicatif en soi : inspiration pour étude par critères explicites**



Exemple 4 : l'indicateur (Conventionnel)



Au final ...

- **Qualité & pertinence**
- **Éléments d'une saine pratique**
- **Encadrées par des lois et supportées par des organismes**
- **4 grandes formes de qualité de l'acte :**
 - **Révision mortalité-morbidité**
 - **Étude par critères implicites**
 - **Études par critères explicites**
 - **Indicateurs**
- **Support possible : archives, comité de la qualité performance-pertinence**
- **Merci à tous qui collabore de près ou de loin à la diffusion des normes scientifiques**



SSVQ 2020

- *Merci!!*
- *Questions ?*

