

FORMATION SUR LA RÉDACTION ET LA RÉALISATION D'UNE AFFICHE SCIENTIFIQUE

présenté par Alain Lajeunesse, graphiste
au Bureau des communications de la Faculté de médecine
et des sciences de la santé

FINE NEEDLE ASPIRATION VERSUS CORE NEEDLE BIOPSY OF THYROID NODULES AT CHARLES LEMOYNE HOSPITAL

P. Tessier¹, F. Langlois², Y. Rabia², L. Lamarre¹. ¹Department of Pathology, Hôpital Charles-Le Moyne, Greenfield Park, Quebec.
²Department of Medicine, Endocrinology, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Quebec.

Background
Historically, both fine-needle aspiration (FNA) and core needle biopsy (CNB) have been done in our center for evaluation of thyroid nodules.

Objective
To determine the pathological correlation of thyroid nodules biopsies and compare the performance of FNA and CNB.

Methods
Thyroidectomy in our center 2005-2011: n = 146
FNAs: n = 68
CNBs: n = 78

Results
Only 43.6% (30/68) of FNAs were thyroid nodules (US-guided) compared to all CNBs. Overall, final histological diagnosis was benign in 50/69 (72.5%) and malignant in 19/69 (27.5%) of thyroid nodules.

All FNAs with follicular lesion of undetermined significance (FLUS) were designated as FLUS based on the concurrent CNB. Only one non-diagnostic FNA was reclassified as follicular neoplasm based on the concurrent CNB. Final histological diagnosis for this case was Hurthle cell adenoma.

Cytological diagnosis of FNA and CNB

	FNA	CNB
Benign	42%	21%
Non-diagnostic	2%	12%
FLUS	2%	7%
Follicular neoplasm	2%	2%
Suspicious of malignancy	7%	10%
Malignant	2%	2%

n = 68

Histological diagnosis of FNA and CNB

	FNA	CNB
Benign	n=12 (85.7 %)	n=3 (75.0 %)
Nodular goiter	5	2
Adenomatoid nodule	1	1
Follicular adenoma	4	-
Hurthle cell adenoma	2	-
Malignant	n=2 (14.3 %)	n=1 (25.0 %)
Medullary carcinoma	1*	1*
Large B-cell lymphoma	1	-

*Same patient

Performance of FNA and CNB for thyroid malignancy

	FNA	CNB
Sensitivity (%)	68.8 (41.3 - 88.9)	55.6 (21.2 - 86.3)
Specificity (%)	100 (88.4 - 100)	100 (80.4 - 100)
Positive predictive value (%)	100 (77.5 - 100)	100 (47.8 - 100)
Negative predictive value (%)	88.1 (74.3 - 100)	88.2 (72.6 - 96.7)

Discussion

Selection bias : only nodules oriented to surgery were included, we thus observe a high % of malignancy.

All CNBs but not all FNAs were US-guided : we can suppose that performance of US-guided FNA could be superior than presented.

The number of biopsies included in the study is small. Confidence intervals are large, thus we are unable to confirm with certainty our observations.

Conclusions

Despite small number of cases and a statistically non-significant difference, FNA seems superior to CNB :

- more benign diagnosis
- less FLUS
- more sensitive
- less invasive and expensive

CNB did not increase diagnostic yield of FNAs with non-diagnostic or FLUS results.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Juin 2013

Ce cahier vous apprendra sommairement l'ABC des affiches scientifiques.
Le but visé est de fournir à notre clientèle un outil de référence, des lignes directrices lui permettant de produire des affiches intéressantes et efficaces, tant au niveau rédactionnel que graphique. Ces lignes directrices permettront à la Faculté d'établir un lien graphique en ce qui a trait à notre représentation, lors de colloques, exposés ou événements promotionnels.

Les lignes directrices :

- *Que doit être votre affiche* 3
- *Les objectifs de votre affiche* 3
- *Les grands principes d'efficacité* 3
- *Le processus, la préparation et les ressources* 4
- *Un exemple de matériel de base et son montage* 6
- *La réalisation graphique* 8
- *Signature de la Faculté* 10
- *L'impression* 11
- *Le transport de votre affiche* 11
- *L'installation et la présentation* 11
- *Canvas PPT, références, coordonnées et liens Web* 12
- *En annexe, des exemples* 13

Que doit être, d'abord et avant tout, votre affiche

UN RÉSUMÉ ILLUSTRÉ

Sur une page grand format, vous présentez votre propos : des résultats de recherche, un cas clinique, une procédure médicale, un cheminement pédagogique, etc... L'affiche scientifique se veut un outil de présentation succinct qui donne aux lecteurs les grandes lignes de votre travail.

Les objectifs de votre affiche

- Informer vos confrères sur les avancés de votre travail.
- Provoquer, lors de votre présentation, des échanges avec vos collègues et interlocuteurs.
- Susciter la curiosité et l'intérêt du plus grand nombre de gens possible.
- Représenter votre institution ou votre université par le biais de votre champs de recherche.
Participer à la promotion du savoir et de l'enseignement, ainsi qu'au rayonnement de notre Faculté.

Les grands principes d'efficacité

- La quantité d'informations contenue dans votre présentation est inversement proportionnelle au nombre de personnes touchées par votre message. Trop d'informations = moins d'intérêt de lecture. À la lumière de notre expérience et selon tous les écrits et opinions sur la question, vos confrères participants et interlocuteurs passeront, en moyenne, entre 3 et 5 minutes devant votre affiche. Voilà pourquoi nous insistons, ici encore, sur la concision de votre propos. Votre affiche doit, de ce fait, ressembler à un « abstract » illustré.
- Connaître ses interlocuteurs : le ton et la manière seront différents pour des initiés et pour des néophytes. Adapter votre language selon votre temps d'exposition et votre public.
- **QUE L'ESSENTIEL.** Mettre en relief vos éléments clés.
- Utiliser des éléments visuels qui appuient et résument vos résultats : • Graphiques • Tableaux simples et évidents • Photos de bonne qualité • Marqueurs et titrages faciles à repérer.
- Attention aux couleurs et effets graphiques excessifs. Le doigté du graphisme favorise l'aisance à la lecture et l'intérêt de vos pairs. Le tape à l'oeil dilue votre propos et désoriente vos interlocuteurs.
- Les graphistes sont des spécialistes qui savent appliquer ces principes d'efficacité. Consultez-les ou confiez-leur votre projet d'affiche. On en parle un peu plus loin dans la section «Les ressources».

Le processus, la préparation et les ressources

Comme pour toute construction, «les plans et devis» assurent le succès de votre présentation. Une bonne planification fera toute la différence.

- Déterminez votre budget pour l'affiche.
- Réserver vos dates avec les autres intervenants : coauteurs, directeurs de projet, graphistes ou imprimeurs.
- À partir des informations fournies par les organisateurs du colloque, du lieu de la présentation, de la dimension disponible et de la surface d'accrochage, déterminez vos mesures et l'orientation de la page.
- Établir un plan simple et efficace de l'affiche (sous forme de sketch, pour pouvoir essayer d'autres agencements, s'il y a lieu).
- Épurer l'information. Choisir des formats graphiques (tableaux simples, tartes, graphiques en courbes ou diagrammes comparatifs) **pour résumer vos résultats**. Les grands tableaux de chiffres sont très peu efficaces pour comprendre en peu de temps.

Outils informatiques

Logiciels à utiliser pour la réalisation graphique d'une affiche grand format :

Les meilleurs, ceux qui donneront le plus de possibilités et de souplesse :

- **Adobe Illustrator** : le plus répandu chez les graphistes, comme pour nous.
- Adobe InDesign ou Quark Xpress : même s'ils sont conçus pour le multipage, ils font bien les grands formats.

Les autres logiciels possibles :

- **Office PowerPoint** : Ce logiciel n'est pas le plus performant pour les affiches mais c'est un des plus utilisés par notre communauté universitaire. Conçu pour faire des présentations multipages, il permet tout de même de monter un grand format. La plus grande page PowerPoint possible est de 56" x 56". S'il vous faut plus grand, on peut agrandir à l'impression. Pour envoyer imprimer une affiche PowerPoint, il est important de la sauvegarder en version PDF.
- **Microsoft Publisher** : Conçu pour de la publication papier (brochure, rapport, dépliant), on peut l'utiliser aussi pour produire une affiche. La surface de travail est plus vaste que celle de PowerPoint, soit 230" x 230". Ici aussi, il est important de la sauvegarder en version PDF.

Les dimensions

Vous avez reçu les mesures de l'espace dont vous disposerez au congrès.

- Notez dans quel sens votre affiche sera disposée (horizontal, paysage ou vertical, portrait)
- Il n'est pas impératif de couvrir tout l'espace fourni au congrès. Une disposition inadéquate en salle d'exposition (présence de pupitres, de meubles), une utilisation ultérieure prévue ou des contraintes de transport peuvent justifier une dimension différente ou plus petite.



Les ressources et tarifs

- Ce cahier se veut une ressource pour vous aider à produire votre propre affiche scientifique. On y propose des recettes communicationnelles qui ont fait leur preuve et qui vous permettent de la produire par vous-même.
- Par contre, les professionnels du **graphisme** réalisent vos posters scientifiques en respectant les règles de l'art décrites dans ce document tels l'édition électronique, l'illustration, la mise en page, les paramètres d'impression et l'esthétique n'ont pas de secret pour eux. Le Bureau des communications de la FMSS compte deux graphistes spécialisés en cette matière. Nous disposons aussi de ressources extérieures, d'autres graphistes, pour nous prêter main forte. Vous ne payez que pour l'impression de l'affiche avec les graphistes de la FMSS. Les services de graphistes à l'extérieur sont par contre en sus (entre 300 \$ et 750 \$).
- L'impression sur papier d'une affiche coûte 7 \$ du pied carré. Impression sur tissus coûte 9 \$ du pied carré. Exemple une affiche de 3,5' x 7' coûte 171,50 \$ en papier et en tissus 220,50 \$ (prix de juin 2013)

Matériel de base avant la réalisation

- Votre texte en format Word, vos graphiques, vos photos et tableaux. Entre 6 et 10 pièces.
- Vos éléments images, tel que photos .jpg ou .tif doivent être de bonnes dimensions : jamais en bas de 2 Mo (poids du doc.) et pas au dessus de 10 Mo; ceci est une moyenne. Les éléments repiqués sur le Web sont rarement d'assez bonne qualité.
- Les deux pages suivantes donnent un exemple de matériel de base et le montage du produit fini.

Exemple de matériel de base pour une affiche

- 2 à 3 pages de texte, format Word
- 2 graphiques importés de PowerPoint
- 3 photos

Développer et planter une grille d'appréciation de la qualité de vie et de la satisfaction des personnes en résidence privée

Lise R. Talbot¹, Ph.D., Annie Lévesque¹, M.A., Éric Maubert²,
¹ Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
² Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ).

Introduction

- Suivante la création d'une certification obligatoire des résidences privées pour aînés au Québec par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, la FADOQ a reçu le mandat de réviser le programme ROSES D'OR lancé en 1998.
- Le nouveau programme, intitulé Programme Qualité Logi-être, permettra d'apprécier la qualité de vie et des services offerts dans les résidences privées pour les aînés ainsi que de mesurer la satisfaction des résidents.

Objectif

- Développer et expérimenter la grille d'appréciation auprès de résidences privées à travers le Québec.

Méthode

Outil

- La grille d'appréciation comprend deux versions, une pour les résidences de 9 unités et moins et une autre pour les 10 unités et plus, et permet d'observer l'environnement physique (partie 1) et humain des résidents (partie 2).
- La grille des 9 unités et moins contient 34 normes alors que celle des 10 unités et plus contient 36 normes.
- Chaque norme est évaluée à l'aide de 5 indicateurs.
- Le niveau de satisfaction des résidents est évalué par une version traduite du *Ohio Department of Aging – Resident satisfaction survey 2007 – Residential care facility*. (mêmes exemples ci-dessous d'une question du Ohio)

Procédures

- Des équipes composées de 2 appréciateurs (le responsable de la région et un bénévole) ont visité 9 résidences réparties dans quatre régions du Québec, soit la région du Centre du Québec, la région de Québec, la région de Montréal et la région de Laval.
- Cette expérimentation s'est déroulée entre le 2 et le 12 février 2010.
- Les appréciateurs ont reçu une journée de formation sur l'application de la grille d'appréciation.

Recrutement

- Les résidences ont été recrutées par convenance via les responsables de régions.
- Les exploitants ou propriétaires et les résidents ont été rencontrés lors de ces visites.

Résultats

- Test statistique utilisé : pourcentage d'accord entre les appréciateurs à chacun des indicateurs pour chacune des normes des deux grilles.



Les résidences de 9 unités et moins :

- 15 normes ont obtenu 100% d'accord pour tous les indicateurs.
- 17 normes ont au moins un des indicateurs qui a obtenu un accord à 67%.
- 2 normes ont un niveau d'accord de 33% pour un de leurs indicateurs.

Le pourcentage de normes selon le niveau d'accord aux indicateurs de la grille des résidences de 9 unités et moins

Niveau d'accord	Pourcentage
100% d'accord	50%
67% d'accord	44%
33% d'accord	6%

Les résidences de 10 unités et plus :

- 3 normes ont obtenu 100% d'accord pour tous les indicateurs.
- 19 normes ont au moins un des indicateurs qui a obtenu un accord à 83%.
- 12 normes ont obtenu entre 67% et 75% d'accord aux indicateurs.
- 2 normes sont inférieures à 67%.

Le pourcentage de normes selon le niveau d'accord aux indicateurs de la grille des résidences de 10 unités et plus

Niveau d'accord	Pourcentage
100% d'accord	86%
entre 67% et 75% d'accord	8%
moins de 67% d'accord	6%

Conclusion

- Revoir et réviser certaines normes et indicateurs qui ont montré un faible taux d'accord entre les appréciateurs.

- Revoir les indicateurs qui n'ont pas été appréciés par les appréciateurs : non observable ou non adapté au milieu?

Retombées

- Le nouveau cahier des normes ajusté selon les recommandations contient 26 normes ayant toujours 5 indicateurs.
- Des 34 normes identifiées, 26 ont été retenues.
- Le 6 novembre lors d'une conférence de presse tenue à Québec, 50 résidences ont été reconnues par le programme Qualité Logi-être.

Référence

Staker, J.K. & Brown, J.S. (2008). *2007 Ohio residential care facility resident satisfaction survey : instrument refinements*. Scripps Gerontology Center Publication. Miami University.

Landi, F., Tui, E., Onder, G., Carrara, B., Sgadari, A., Rinaldi, C., ... Bernabei, R. (2000). Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care*, 38(12), 1184-1190.

Site internet du programme Qualité Logi-être : www.logi-etre.com/fr/Accueil/

Exemple d'une question du Ohio

COCHEZ	OUI		NON		Jamais essayé ou pas applicable	Refuse de répondre
	OUI, TOUJOURS	OUI, PARFOIS	NON, PRESQUE JAMAIS	NON, JAMAIS		
27 La nourriture est-elle bonne?	0	0	0	0	0	0
aa Si la réponse n'est pas en toujours, qu'est-ce que vous suggérez qu'on change ?						



L'affiche montée à partir des éléments de la page précédente

Développer et implanter une grille d'appréciation de la qualité de vie et de la satisfaction des personnes en résidence privée

Lise R. Talbot¹, Ph.D., Annie Lévesque¹, M.A., Éric Maubert².

¹Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. ²Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ)

Introduction

- Suivant la création d'une certification obligatoire des résidences privées pour aînés au Québec par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, la FADOQ a reçu le mandat de réviser le programme ROSES D'OR lancé en 1998.
- Le nouveau programme, intitulé Programme Qualité Logi-être, permettra d'apprécier la qualité de vie et des services offerts dans les résidences privées pour les aînés ainsi que de mesurer la satisfaction des résidents.



Objectif

- Développer et expérimenter la grille d'appréciation auprès de résidences privées à travers le Québec.



Méthode

Outil

- La grille d'appréciation comprend deux versions, une pour les résidences de 9 unités et moins et une autre pour les 10 unités et plus, et permet d'observer l'environnement physique (partie 1) et humain des résidents (partie 2).
- La grille des 9 unités et moins contient 34 normes alors que celle des 10 unités et plus contient 36 normes.
- Chacune de ces normes est évaluée à l'aide de 5 indicateurs.
- Le MDS (minimum data set) a été employé pour s'assurer que les résidents rencontrés étaient aptes à répondre.
- Le niveau de satisfaction des résidents est mesuré par une version traduite du Ohio Department of Aging – Resident satisfaction survey 2007 – Residential care facility.

Exemple d'une question du Ohio

COCHEZ	OUI		NON		Jamais essayé ou pas applicable	Refuse de répondre
	OUI TOUJOURS	OUI PARFOIS	NON PRESQUE	NON JAMAIS		
27 La nourriture est-elle bonne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
aa Si la réponse n'est pas oui toujours, qu'est-ce que vous suggérez qu'on change ?						

Procédure

- Des équipes composées de 2 appréciateurs (le responsable de la région et un bénévole) ont visité 9 résidences réparties dans quatre régions du Québec, soit la région du Centre du Québec, la région de Québec, la région de Montréal et la région de Laval.
- Cette expérimentation s'est déroulée entre le 2 et le 12 février 2010.
- Les appréciateurs ont reçu une journée de formation sur l'application de la grille d'appréciation.

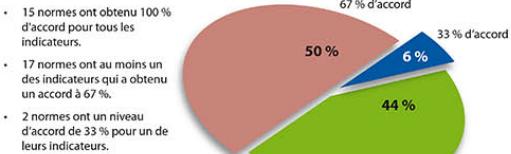
Recrutement

- Les résidences ont été recrutées par convenance via les responsables de régions.
- Les exploitants ou propriétaires et les résidents ont été rencontrés lors de ces visites.

Résultats

- Test statistique utilisé : pourcentage d'accord entre les appréciateurs à chacun des indicateurs pour chacune des normes des deux grilles.

Le pourcentage de normes selon le niveau d'accord aux indicateurs de la grille des résidences de 9 unités et moins



Le pourcentage de normes selon le niveau d'accord aux indicateurs de la grille des résidences de 10 unités et plus



Conclusion

- Revoir et réviser certaines normes et indicateurs qui ont montré un faible taux d'accord entre les appréciateurs.
- Revoir les indicateurs qui n'ont pas été appréciés par les appréciateurs : non observable ou non adapté au milieu.

Retombées

- Le nouveau cahier des normes ajusté selon les recommandations contient 26 normes ayant toujours 5 indicateurs.
- Des 34 normes identifiées, 26 ont été retenues.
- Le 6 novembre 2012 lors d'une conférence de presse tenue à Québec, 50 résidences ont été reconnues par le programme Qualité Logi-être.

Référence

- Straker, J.K. & Brown, J.S. (2008). 2007 Ohio residential care facility resident satisfaction survey: instrument refinements. Scripps Gerontology Center Publication. Miami University.
Landi, F., Tua, E., Onder, G., Carrara, B., Sgadari, A., Rinaldi, C., ... Bernabei, R. (2000). Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care*, 38(12), 1184-1190.

Site internet du programme Qualité Logi-être : www.logi-etre.com/fr/Accueil/



Matériel de base avant la réalisation (la suite)

- L'espace alloué pour votre affiche est primordiale. La quantité d'informations que vous pourrez mettre dans votre affiche dépend de cette donnée. Exemple à partir des deux pages précédentes : le volume d'information fourni par ce client est idéal pour cette affiche de 40" x 80". Si l'espace alloué avait été de 36" x 36", on aurait coupé soit des photos ou du texte pour pouvoir être encore lisible.
- Les spécifications du congrès vous donne habituellement les mesures de l'espace alloué et bien d'autres détails pertinents sur ce qu'il faut prévoir pour l'installation de l'affiche.
- Si vous contactez un graphiste pour réaliser votre affiche, assurez-vous d'avoir en main les dimensions de l'affiche, une copie papier de vos éléments de base et leur version numérique. Il est toujours préférable de rencontrer le graphiste, question de mieux cerner vos besoins et évaluer les stratégies graphiques appropriées.

Réalisation graphique

À partir des exemples et des grands principes cités précédemment, nous pouvons vous proposer une «recette de base» conceptuelle, des ingrédients et des quantités adaptés au médium affiche scientifique :

- Texte d'environ 3 à 5 pages à simple interligne
- 1 à 2 petits tableaux (8 lignes, 5 colonnes)
- 2 à 3 graphiques (tartes, diagrammes, courbes).

Cette «recette» peut ne pas correspondre à vos données, mais elle donne une bonne idée du volume d'informations que permet une affiche.

Vos outils graphiques

- Les tableaux trop complexes (10 colonnes, 25 lignes) n'ont aucune efficacité sur une affiche, ils nécessitent une évaluation des données comparatives trop longue pour une affiche.
- Cette consigne est aussi valable pour les graphiques. Utilisez des couleurs évidentes et en contraste les unes par rapport aux autres, ainsi que des données en nombre limité. Les graphiques sont des outils très efficaces sur une affiche. Ils résument bien vos résultats, et leur attrait graphique leur assure visibilité et lisibilité. Éviter les graphiques à effet 3D qui sont bien impressionnantes mais, trop souvent illisibles et imprécises.
- L'usage de photos est un outil très accrocheur. Même si la photo ne colle pas parfaitement à votre propos, elle suscite l'attention comme sur la page précédente.

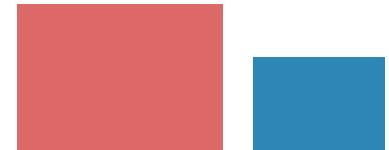


Vos outils graphiques (la suite)

- Le texte sur une affiche ne doit pas, idéalement, être inférieur à 24 points, les titres à 36 points.
- Le rapport titre/texte est d'environ 3/2 (ex. : titre de 42 points, texte de 28 points).
- Les titres ont avantage à être en **couleur et en gras**.
- Les textes en noir sur fond très pâle ou blanc.

Les couleurs

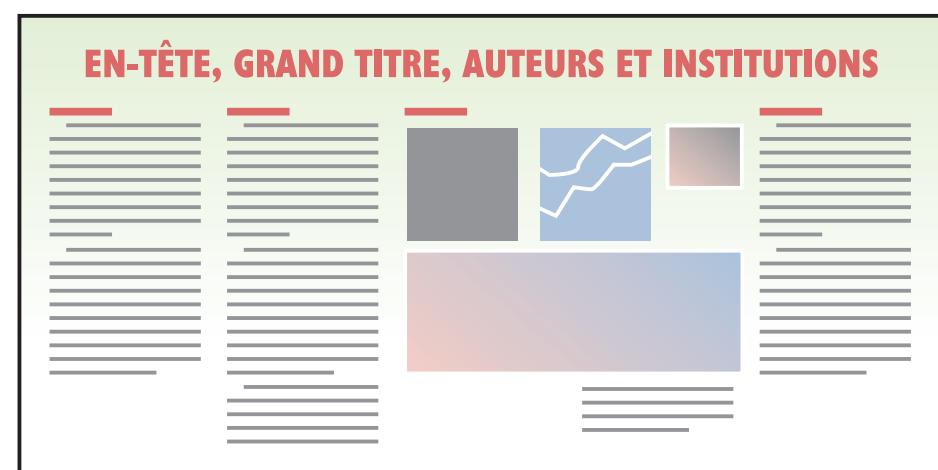
- Les éléments texte (déscrits ci-haut) doivent utiliser la couleur avec modération. Une phrase clé (ces quelques mots qui résument votre travail) placée en conclusion ou dans les résultats, nécessite d'être accentué soit par de la couleur, le soulignement ou la graisse de la police. N'utilisez pas plus de 2 couleurs pour l'ensemble des éléments texte et décoration (lignes, boîtes, marqueurs, fond de page). L'une des deux couleurs doit être dominante. Les teintes et dégradés de ces mêmes couleurs peuvent servir comme fond de graphique, de section de la page, etc.
- Les éléments graphiques, tel que graphiques, photos, tableaux, schémas, peuvent comprendre plusieurs couleurs. Un rappel des deux couleurs de base choisies est aussi conseillé. Attention : garder les mêmes couleurs en correspondance, d'un graphique à l'autre.



Organisation de la page

C'est la partie la plus subtile du processus de construction de votre affiche. Lorsque vous avez tous les éléments graphiques en main : textes, grands titres, graphiques et images, il faut maintenant harmoniser l'ensemble afin d'optimiser la lecture et le confort visuel. Des règles simples s'appliquent :

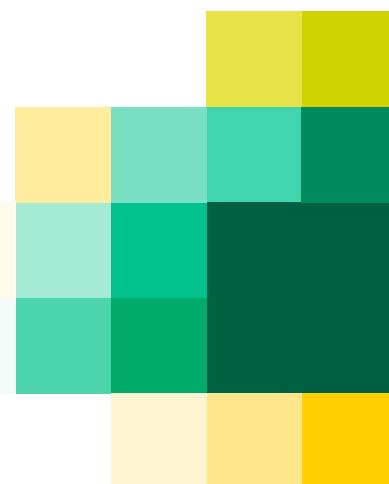
- Le grand titre en « tête de page » doit occuper au plus le 1/8 de la surface. La couleur du grand titre peut se retrouver dans les titres du texte : introduction, méthodes, résultats...
- La lecture d'une affiche s'oriente sur la diagonale du coin supérieur gauche au coin inférieur droit, la zone défavorisée se trouve donc en bas à gauche. Évitez donc d'y mettre des éléments trop importants (référez-vous aux exemples dans les pages suivantes). Autre zone sinistrée : le bas de la page.



- Un autre principe particulier aux posters : il est plus important de faciliter la lecture en ciblant vos arguments que de remplir la page. **Ce n'est pas un contenant qu'il faut remplir**, optez pour la pertinence en plaçant si possible vos éléments cruciaux au centre en haut, cette région étant la plus lue. Regroupez les sujets, évitez les textes qui se poursuivent en 2^e colonne en haut sans titre ni sous-titre.
- Les grands titres tel que : Introduction, Objectifs, Méthodes, Résultats et Conclusions, doivent être bien évidents puisqu'ils débutent des sections bien distinctes. Si possible, les mettre en haut de la page, sous le grand titre.
- Les références liées à votre travail sont de l'information très secondaire. Si vous le pouvez, évitez de les placer sur votre affiche. Vous pouvez, à côté de votre affiche, mettre à la disposition de vos confrères participants une version papier format lettre plus élaborée de vos textes avec les références.
- Testez votre «oeuvre». Montrez-la à des personnes en dehors de votre milieu de travail et demandez-leur ce qu'ils comprennent et voient. Votre propos scientifique ne sera pas compris de tous, évidemment, mais leurs perceptions et réactions vous indiqueront si votre poster remplit sa mission.

Signature de la Faculté de médecine et des sciences de la santé

La FMSS a approuvé une signature graphique spécifique aux affiches scientifiques, elle figure ici. **Cette signature est obligatoire**. Vous devez la mettre sur votre affiche. Dans un congrès où plusieurs affiches de la FMSS sont présentées, elle devient un repère visuel fort pertinent de notre institution. Elle est disponible sur le site du Bureau des communications de la FMSS. Vous pouvez la télécharger en format .eps, et .jpg; il suffit, ensuite, de l'insérer du côté droit, en bas de votre montage.
<http://www.usherbrooke.ca/medecine/services-facultaires/communications/logo-graphisme-et-illustration/affiches-scientifiques-et-signatures/>



Impression des affiches

- L'impression des affiches grand format est confiée à des imprimeurs spécialisés. Leur délai de livraison varie entre 2 et 5 jours.
- Le format numérique idéal pour l'impression des grands formats est le format PDF (Printable Document Format, d'Adobe Acrobat). Ce format de sauvegarde est maintenant disponible sur la plupart des logiciels. Il garantit l'intégrité de vos montages graphiques. Le format PDF inclut les images et les polices. Si vous choisissez d'utiliser les logiciels Illustrator, PowerPoint ou autres, il faut joindre à votre envoi vos polices de caractères (sauf les plus répandues), les images et photos figurant au montage.
- Comme déjà mentionné en page 5, l'impression sur papier d'une affiche coûte 7 \$ du pied carré. Impression sur tissus coûte 9 \$ du pied carré. Exemple une affiche de 3,5' x 7' coûte 171,50 \$ en papier et en tissu 220,50 \$ (*prix de juin 2013*).
- L'impression sur papier offre une meilleure qualité picturale que sur tissu. Par contre l'impression sur tissu rend le transport de l'affiche plus simple et plus sécuritaire.

Le transport de votre affiche

Depuis le 11 septembre 2001, si vous voyagez par avion, votre affiche grand format sur papier doit être roulée dans un tube en carton (ou autre) solide, puisqu'elle doit accompagner vos bagages dans la soute de l'appareil. Plusieurs clients préfèrent la solution tissu qui vous permet d'avoir l'affiche dans vos bagages à main.

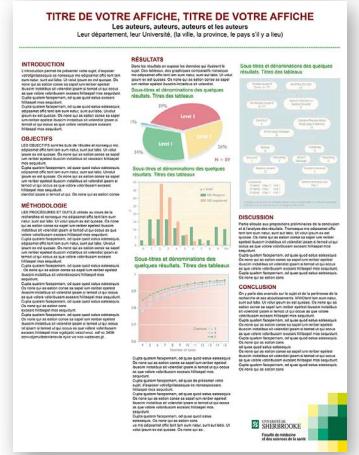
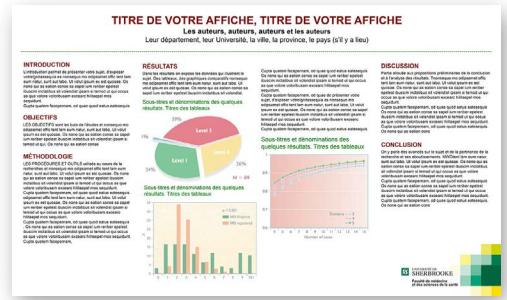
L'installation et la présentation de votre affiche

- Arriver tôt pour avoir le temps de bien vous installer.
- Sur place, au moment de l'affichage, évaluez votre espace. Avez-vous une table? Y a-t-il de l'espace entre les panneaux d'affichage? Choisissez comment et où vous fixerez votre poster. L'idée étant qu'il soit le plus visible possible, sans éléments qui le cachent en premier plan.
- Avoir sous la main une trousse de montage pour toutes les surfaces
 - punaises blanches ou transparentes, velcro (mâles) si vos surfaces de montage sont en tissu lainieux, ruban autocollant 2 faces,
 - des ciseaux, un couteau à lames cassantes,
 - un petit marteau pour les surfaces récalcitrantes.
- Votre poster étant un résumé illustré de votre travail, il est bon d'avoir quelques copies d'une version plus détaillée avec vos références.

- Vous pouvez aussi laisser des copies, répliques de votre affiche, en petit format 11" x 17" pour remettre aux interlocuteurs intéressés. Vos cartes d'affaires sont aussi des outils de contact pertinents.

Canvas PPT

- Pour les utilisateurs de PowerPoint qui veulent monter leur affiche eux-mêmes, nous offrons deux canvas de travail que vous pouvez télécharger de l'adresse ci-bas mentionnée. Un canvas format paysage de 32" x 54" et un format portrait de 54" x 40". Ce sont deux modèles avec de faux textes, de faux graphiques mais qui dans sa forme respectent la plupart des règles décrites dans cette formation. Ces canvas sont très épurés, très de base et demandent d'être bonifié par leur utilisateur. Pour les néophytes, vaut mieux ces canvas de départ que de permettre quelqu'improvisations graphiques souvent honteuses pour notre institution...



Références

Plusieurs ouvrages ou sites Web traitent plus en détail de ce sujet.

La liste est disponible sur le site suivant : <http://www.ncsu.edu/project/posters/Indexstart.html>

Nos coordonnées

Bureau des communications de la Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

3001, 12^e Avenue Nord, pièce 2213
Sherbrooke, QC
J1H 5N4

Tél. : (819) 821-8000 poste 72511 ou 72402

<http://www.usherbrooke.ca/medecine/services-facultaires/communications/logo-graphisme-et-illustration/affiches-scientifiques-et-signatures/>

Ce document est disponible sur notre site

<http://www.usherbrooke.ca/medecine/services-facultaires/communications/logo-graphisme-et-illustration/affiches-scientifiques-et-signatures/>

On peut télécharger d'autres outils de ce même site : Une page qui explique la sauvegarde des affiches PowerPoint en version Acrobat PDF, une page sur nos paramètres de base pour les affiches, notre signature FMSS à mettre au bas de votre affiche et des modèles FMSS pour vos présentations PowerPoint. Il y a aussi deux canvas PPT pour l'autoproduction (voir «Canvas PPT» plus haut) téléchargeable.

En annexe, des exemples d'affiches produites chez nous

Pour illustrer notre propos, voici quelques exemples d'affiches produites par notre service pour notre clientèle de la FMSS. Christian Audet et Alain Lajeunesse sont les graphistes qui ont réalisé le montage des six affiches cités ici. Ces exemples vous permettront d'évaluer votre matériel et pourront vous servir de modèle ou de guide. Ils nous sont prêtés par leurs auteurs, il est interdit de les reproduire ou d'en faire quelqu'usage que ce soit, sans leur permission, bien sûr.

Peut-être qu'aucune de ces affiches ne correspond à votre projet. Toutefois, ça vous donne une idée du volume et des possibilités rattachées au médium affiche.

Motor Skills Predicting Functional Autonomy of Older Adults: Results from the NuAge Study

Annie CARRIER, OT, BA(psy), LLM, MSc¹⁻², Mélanie LEVASSEUR, OT, PhD¹⁻² et Hélène PAYETTE, RD, PhD²⁻³

1. School of Rehabilitation, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke 2. Research Centre on Aging, Health and Social Services Centre – University Institute of Geriatrics of Sherbrooke (HSSC-UIGS)
3. Department of Community Medicine Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke

Introduction

- Aging can have societal as well as individual consequences, including decreased functional autonomy, defined as "... a clinical syndrome encompassing non-specific symptoms involving physical, mental and functional dimensions".
- Decreased functional autonomy has a major impact on older adults' daily activities and social participation.
- Despite their potential importance as predictive variables, motor skills associated with functional autonomy level have not been comprehensively studied.

Aim

To identify, among a range of motor skills, the variables that best predict functional autonomy of older women and men.

Methods

- Secondary analyses of T3 and T4 of the longitudinal study NuAge, a multi-centric observational cohort study of 1793 older adults aged 68-82, recruited through a random strategy stratified by gender, age and region and followed annually for 5 years*
- The current study included 1127 participants (n = 594 women) with complete data at T3 and T4.
- Variables and instruments:

 - Functional autonomy (dependent variable): SMAF score* at T4; total scores range from 0 to 87 with higher scores meaning greater functional autonomy and scores > 15 representing moderate to severe 4.
 - Motor skills at T3 (independent variables):
 - Strength: handgrip (Martin's dynamometer), biceps and quadriceps (Microfet dynamometer)
 - Static unipodal balance (Unipodal balance test)
 - Changing position skills (Time Up and Go [TUG])
 - Normal and fast pace walking (Four-meter walking test)
 - Controlled variables: age, depressive symptoms and body mass index

- Statistical analysis: Multiple linear regression

Results

Women and men were aged respectively 73.7 ($SE \pm 0.09$) and 73.1 years ($SE \pm 0.09$) with a slight to moderate ↓ in functional autonomy (Table 1).

When controlling for age, depressive symptoms and body mass index, higher functional autonomy level in women is best predicted by greater changing position skills (↓ time), static unipodal balance (↑ time) and quadriceps strength ($R^2 = 0.40$, $p < 0.001$; Table 2).

When controlling for age, depressive symptoms and body mass index, higher functional autonomy level in men is best predicted by greater changing position skills (↓ time) and handgrip strength ($R^2 = 0.24$, $p < 0.0001$; Table 3).

Motor skills predict a higher % of the variance in functional autonomy for women than for men.

Table 1. Participant characteristics

	Women (n=594)	Men (n=553)
	mean \pm SE	mean \pm SE
Age (yrs)	73.7 \pm 0.09	73.1 \pm 0.09
Depressive symptoms (GDS score)	5.1 \pm 0.32	4.4 \pm 0.27
Body mass index (kg/m ²)	27.4 \pm 0.34	27.6 \pm 0.27
SMAF		
Total score	6.5 \pm 0.31	7.0 \pm 0.29
Motor skills tests		
Strength		
- Dominant hand (kPa):	51.2 \pm 0.95	70.0 \pm 1.23
- Biceps (N): Right	24.8 \pm 0.42	45.9 \pm 0.74
Left	25.4 \pm 0.46	46.3 \pm 0.74
Quadriceps (N): Right	37.1 \pm 1.25	57.4 \pm 1.25
Left	35.4 \pm 0.78	57.5 \pm 1.18
Walking: normal (sec)	1.1 \pm 0.01	1.2 \pm 0.02
fast (sec)	1.5 \pm 0.02	1.7 \pm 0.02
Unipodal balance: dominant (sec)	12.6 \pm 1.14	16.7 \pm 1.34
non-dominant (sec)	11.2 \pm 1.11	16.4 \pm 1.42
Chair Stand (sec)	11.9 \pm 0.24	10.8 \pm 0.23
TUG (sec)	11.3 \pm 0.14	10.4 \pm 0.14
Marital status	n (%)	n (%)
Single	89 (20.5)	38 (9.7)
Widowed	219 (33.6)	51 (12.0)
Married/common law	253 (36.7)	414 (68.4)
Divorced	36 (9.3)	47 (9.9)

GDS: Geriatric Depression Scale (kg/m²)/kilogram/Meter²; kPa: kilopascals; N: Newton; sec: seconds

Table 2. Variables associated with functional autonomy in women

	B \pm SE Not adjusted	p-value	B \pm SE Adjusted	p-value
Changing position	0.63 \pm 0.16	< 0.001	0.56 \pm 0.14	< 0.001
Handgrip strength	-0.05 \pm 0.02	0.047	-0.04 \pm 0.02	0.07
Static balance non-dominant leg	-0.06 \pm 0.01	< 0.001	-0.03 \pm 0.01	0.04
Quadriceps strength	-0.05 \pm 0.02	0.01	-0.04 \pm 0.02	0.04
Age	-----	-----	0.11 \pm 0.07	0.08
Body mass index	-----	-----	0.19 \pm 0.04	< 0.001
Depressive symptoms	-----	-----	0.28 \pm 0.07	< 0.001

$R^2 = 0.30$ < 0.001 $R^2 = 0.40$ < 0.001

Table 3. Variables associated with functional autonomy in men

	B coeff. \pm SE Not adjusted	p-value	B coeff. \pm SE Adjusted	p-value
Changing position	0.43 \pm 0.12	< 0.001	0.41 \pm 0.12	< 0.001
Handgrip strength	-0.05 \pm 0.02	< 0.001	-0.04 \pm 0.02	0.01
Static balance non-dominant leg	-0.04 \pm 0.01	< 0.01	-0.03 \pm 0.02	0.06
Age	-----	-----	0.11 \pm 0.07	0.14
Body mass index	-----	-----	0.02 \pm 0.08	0.75
Depressive symptoms	-----	-----	0.29 \pm 0.07	< 0.001

$R^2 = 0.17$ < 0.001 $R^2 = 0.24$ < 0.001

Discussion

- Since changing position skills is a strong predictor of functional autonomy, more functional assessments of these motor skills should be developed and more interventions should target them.
- Motor skills predict only part of the variance observed in functional autonomy.
- Other predictors could include motivation, cognitive skills, and habits in activities of daily living and instrumental activities.
- When controlling for age, depressive symptoms and body mass index, predictors for men and women differ except for changing position.
- These differences might be explained by different habits, especially regarding instrumental activities (data not shown).
- Results could have been influenced by the small variability and limited range of functional autonomy level in our sample (slight to moderate ↓).

Conclusion

- Assessment of older adults' changing position skills could help better predict their functional autonomy level.
- To optimize functional autonomy, interventions should target changing position skills.
- Future studies should address:
 - Differences between women and men;
 - Predictive variables for severe ↓ in functional autonomy.

References

- *Payette M, Robert R, Eds. (2003). *Prédicteur prédictif de l'autonomie fonctionnelle*. In: Payette M, Robert R, eds. *Prédicteurs de l'autonomie fonctionnelle*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Payette M, Léveillé S, Légaré M, et al. (2003). *Design of the NuAge study: a longitudinal study of aging and health in Canada*. *Gerontology Psychogeriatrics*, 26(1), 103-116.
- Léveillé S, Payette M, Légaré M, et al. (2003). *Relationship between functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population*. *American Journal of Epidemiology*, 158(3), 301-313.

Acknowledgments

The authors wish to thank statistical analyst Line Létourneau and graphic designer Christian Audet for their excellent work and support.

• Canadian Institutes of Health Research (CIHR)

• Fonds de recherche en Santé et Services Sociaux du Québec (FRQSS)

• Canadian Occupational Therapy Foundation

For more information: Annie Carrier (@AnnieCarrierOT)

Note sur cette affiche : On remarque ici plusieurs tableaux plutôt lourds, par contre ils représentent l'ensemble des résultats... Notez la présence de notre signature FMSS au coin droit en bas

13

SHERBROOKE-HAÏTI : UN ENGAGEMENT CONTINU

Paul Grand'Maison¹, Lucie Brazeau-Lamontagne¹, Jean-Charles Pasquier¹, Robert Williams¹, Michel Tousignant¹, Geneviève Poitevien²

¹Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Canada). ²Faculté des sciences de la santé, Université de Quisqueya (Haïti)



Un séisme dévastateur (2010)




FMSS-HAÏTI : 4 PÔLES D'INTERVENTION



- Facultés et programmes de médecine
- Santé maternelle et infantile
- Médecine de famille
- Réadaptation

PRINCIPES GUIDANT LES ACTIONS DE LA FMSS

1. Priorisation de l'éducation
2. Développement des capacités
3. Réponse aux besoins d'Haïti
4. Actions intégrées et à longue durée
5. Opportunités de formation/développement pour nos professeurs, étudiants, résidents
6. Partenariat équitable et à long terme



Santé maternelle et infantile

Objectif : Assurer la formation pour une meilleure gestion du travail et de l'accouchement

Actions : Missions pédagogiques en Haïti

Cibles d'intervention :

- Enseignement-apprentissage : GESTA pour étudiants résidents, praticiens
- Formation professionnelle
- Soutien à des lieux de formation clinique
- Organisation de services
- Données probantes et recherche

Partenaires en Haïti :

- Les 4 fac. de méc. (reconnues) en Haïti
- Société haïtienne des obstétriciens-gynécologues (SHOG)
- Ministère de la Santé publique et de la population

Réadaptation

Objectif : Soutenir l'offre de soins et services en réadaptation

Actions : Stages de formation (6 semaines) pour étudiants de Sherbrooke avec supervision par des professionnels de Sherbrooke

Cibles d'intervention :

- Soins cliniques
- Organisation de services de base
- Formation du personnel

Partenaires en Haïti :

- Hôpital de la Communauté Haïtienne, Port-au-Prince

Participants :

- Sherbrooke : Professeurs, résidents
- Haïti : Professeurs, étudiants, résidents, praticiens

Autres collaborateurs :

- Société des obstétriciens-gynécologues du Canada (SOGC)
- Projet « Prise en charge intégrée de la santé de la mère et de l'enfant dans l'Artibonite » (PRISMA), Haïti
- Centre de coopération internationale en santé et développement (CCSID), Québec



Médecine de famille

Objectif : Soutenir l'offre de services en soins de première ligne dans une communauté rurale (Labrouse).

Actions : Stages de formation (4 semaines) pour intervenants de Sherbrooke avec supervision par des professionnels de Sherbrooke

Cibles d'intervention :

- Soins cliniques
- Organisation des services
- Formation du personnel

Partenaires en Haïti :

- Centre de santé communautaire de Labrouse
- Fondation FONDÉS

Participants :

- Sherbrooke : Professeurs, résidents, infirmières, médecins cliniciens
- Haïti : Résidents, étudiants, gestionnaires

Autres collaborateurs :

- Fondation St-Jean-sur-Richelieu-Haïti
- Fondation Marivelle et Jean Coulo

RÉSULTATS GLOBAUX (suite)

Retombées pour Haïti :

- Des étudiants et des praticiens mieux formés dans des domaines variés
- Des professeurs avec formation pédagogique
- Un développement global des capacités
- Des patients ayant reçu des soins
- Une collaboration entre les 4 facultés de médecine d'Haïti.

Retombées pour la FMSS, Sherbrooke :

- Des étudiants/résidents s'engagent en collaboration internationale
- Des professeurs développant une expertise en collaboration internationale
- Une occasion pour chacun d'engagement professionnel.

Facteurs de succès :

- Engagement des individus, de leaders et des institutions
- Comité de coordination et de suivi
- Partenariats solides, et à long terme
- Collaboration des 4 facultés de médecine haïtiennes entre elles
- Combinaison de multiples sources de financement
- Pilots d'interventions complémentaires et à multiples facettes
- Orientation vers les besoins prioritaires
- Engagement pour le développement des capacités.

Limites :

- Financement : un besoin constant à combler
- Initiatives parfois individuelles
- Besoin d'une meilleure coordination
- Évaluation des impacts

ET POUR LE FUTUR

- Un engagement continu
- Accroître les collaborations : 15 missions en Haïti et 5 visites d'étudiants au Québec en 2013
- Spécificité, complémentarité, et intégration des actions dans un projet global
- Financement extérieur : demandes en cours (nationales et internationales)
- Collaboration avec d'autres institutions ou organismes internationaux
- Coordination des activités par le Bureau des relations internationales de la FMSS (Paul Grand'Maison, directeur).



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine
et des sciences de la santé



Note sur cette affiche : Beaucoup de matière pour une affiche, par contre les nombreuses photos soutiennent le propos. Les 4 pôles d'interventions sont aussi bien découpés...

14

LES ORDONNANCES COLLECTIVES EN GMF POUR LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES DIABÉTIQUES : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES D'UNE ENQUÊTE PROVINCIALE.

Caroline Bois MPs, PhD (candidate)¹, Pr Maryse Guay MD², Pr Cécile Michaud PhD¹,
Pr Raynald Pineault MD³, PhD, Pr Jacques Lemire PhD¹

¹⁾ École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; ²⁾ Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke et Direction de santé publique de la Montérégie; ³⁾ Département de Médecine sociale et préventive, Université de Montréal

CONTEXTE

- L'accès aux soins de 1^{re} ligne, le travail interdisciplinaire et les protocoles favorisent l'autogestion des patients sont l'objectif final à l'amélioration des soins aux diabétiques^{1,2}.
- Les ordonnances collectives peuvent être meilleures lorsque leur gestionnaire de ces peuvent ajuster le traitement aux personnes diabétiques, sans consultation préalable du médecin traitant, en utilisant des protocoles préétablis³.
- Au Québec, depuis 2003, les ordonnances collectives (OC) peuvent avoir cette fonction⁴.
- L'utilisation des protocoles de soins et des OC favorisent le travail interprofessionnel et constituent une modalité fonctionnelle prépondérante des groupes de médecine de famille (GMF)⁵.

MÉTHODE

Enquête provinciale auprès des GMF accrédités en date d'avril 2011

- Questionnaire postal adressé à une infirmière du GMF après que le médecin gestionnaire du GMF y ait consenti.
- Analyse de contenu des OCD en vigueur.

Analyses descriptive

- 15% des GMF n'ont aucune OC (n=8).
- 62% des GMF ont des OCD (n=32), après un délai moyen pour 1^{re} OCD = 2,5 ans.

Échantillon et taux de participation

N=221	155 privés	66 publics
Approbation éthique et examen de convenance	Comité central de l'éthique à la recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux	Processus multicentrique
197 GMF accessibles	152	45
Période de collecte	Mai à septembre 2011	Novembre 2011 à avril 2012
Taux de participation : 27%	n= 32 : 21%	n= 21 : 47%

n=53 GMF issus de 39 CSSS

Pas de différence de taux de participation selon la date d'accréditation ($p>0.05$)

ANALYSES ET RÉSULTATS

Analyse de la mise en œuvre des OC et OCD en fonction des caractéristiques des GMF

Temporéité : délai d'implantation de la 1^{re} OC et 1^{re} OCD (Analyse de survie : incident = OCD en vigueur)

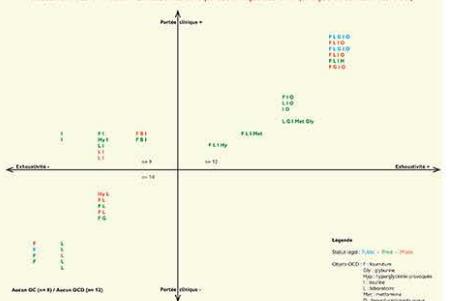
Variable	P université		Régression Méthode ENTER		Régression Méthode STEPWISE	
	P	RR	P	RR	P	RR
Climat	0,029*	0,055*				
Sous-échelle Appui	0,031*					
Sous-échelle Objectif	0,023*					
Sous-échelle Tâche	0,014*					
Âge GMF	0,002*	0,031*	0,479 (1/2,1)	0,002**	0,766 (1/1,3)	
Statut légal	0,147					

Temporéité OCD	Régression Méthode ENTER		Régression Méthode STEPWISE			
	P université	P	RR	P	RR	
Climat	0,031*	0,055*				
Sous-échelle Appui	0,023*					
Âge GMF	0,001*	0,001***	0,568 (1/1,76)	0,001***	0,568 (1/1,76)	
Statut légal	0,641					

Portée clinique : Somme des scores attribués à chaque OCD en fonction du potentiel d'effets indésirables si elles sont appliquées de façon inappropriée. Score déterminé par 3 juges, par exemple : fourniture = 2, insuline = 8. (analyses université)

Caractéristiques GMF		Portée clinique	
Relancer par téléphone les patients selon un protocole de suivi établi (rôle infirmier)	Corrélation de Pearson Sign(bilatérale)	0,299*	0,039
Au besoin, référer directement le patient à la nutritionniste (rôle infirmier)	Corrélation de Pearson Sign(bilatérale)	0,353*	0,014
Âge GMF	Corrélation de Pearson	non sign	
Climat	Corrélation de Pearson	non sign	
Statut légal	Corrélation de Pearson	non sign	

Classement des GMF selon l'exhaustivité et la portée clinique des OCD (analyse de contenu des OCD)



Note sur cette affiche : Un format portrait où la lecture est très différente d'un format paysage. Une image de fond se doit d'être très discrète, question de donner la place au propos avant tout...

DEVELOPING A MULTI-SESSIONS NURSING COACHING PROTOCOL FOR PATIENTS AND FAMILIES CONSIDERING DIALYSIS MODALITIES.

Marie-Chantal Loiselle¹ RN, PhD student, Cécile Michaud¹ RN, PhD, Annette O'Connor² RN, PhD

1. School of Nursing, Université de Sherbrooke, QC, Canada 2. Emeritus and distinguished professor, University of Ottawa, ON, Canada

BACKGROUND

Patients/families decision making regarding dialysis modalities for advanced chronic kidney disease can extend over two years. Our recent needs assessment identified 5 phases of decision making (Prepare, Participate, Reflect, Communicate, Revisit)¹. However, current decision coaching protocols are not suitable for multiphase decision making.

AIM

To develop and field test a multi-sessions nursing coaching protocol for patients/families considering dialysis modalities

METHOD

1. Group discussion with nurses regarding appropriate interventions based on needs assessment.
2. Adaptation and implementation of Murray's nurse training program (auto-tutorial, workshop [overview, decision aid, coaching video, generic coaching protocol, role play, feedback, reflective practice]).
3. Planning multi-sessions nursing coaching protocol in their predialysis care map.
4. Implementation of the protocols using the Rush (2003) training model with two pre-dialysis nurses and 6 patients/families.
5. Process evaluation using case study methods.

CONCLUSION

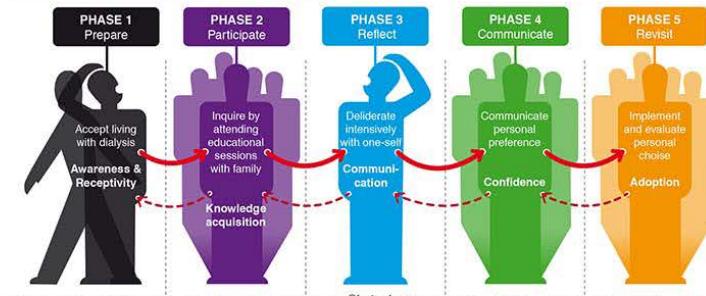
The protocols are feasible to use in one pre-dialysis center and continue to be used. The coaching approach takes into account both the cognitive, emotional and social dimension which is different with other protocols that rely more on behavioral strategies^{2,4}. A detailed qualitative process evaluation of the six cases from the patient/family and nurses perspective is in progress.

REFERENCES

1. Loiselle et al. 2011
2. Murray et al. 2009
3. Stacey et al. 2008
4. Bokora et al. 2009

RESULTS

Trajectory of choosing a dialysis modality



Multi-sessions nursing coaching protocol

Moment of decision coaching session / Element of coaching	Phase 1		Phase 2	
	Initial contact telephone call	Individual meeting before the educational group sessions	Group educational sessions	Individual meeting after the educational group sessions
Skill building objectives	↑ Coping skills and Awareness of disease	↑ Receptivity to information	↑ Skills to deliberate on options	↑ Skills to communicate his preference
Establishment of trust	✓	✓	✓	✓
Acceptance of living with dialysis		✓	✓	✓
Emotion		Dialysis decision	Dialysis modality decision	Dialysis modality decision
Knowledge & expectations		Disease	Options	Options
Values		Dialysis decision	1 st exercise: dialysis options	2 nd exercise: dialysis options
Support & resources	✓	✓	✓	✓
Stage in decision	✓	✓	✓	✓
Decisional conflict				✓
Next steps	✓	✓	✓	✓

The two predialysis nurses were able to implement the protocols in their practice with 6 patients/families over four clinical encounters. The amount of time taken to implement was comparable to their usual interventions, but the focus of the dialogue differed. There was more discussion of readiness for information, stage of end stage renal disease "acceptance" and of decision making, and decisional needs. The nurses were able to self-appraise their performance continuously during the support process.

Graphic design: Christian Audet, Bureau des communications, FMNS, Université de Sherbrooke

MÉLS-Universités



Note sur cette affiche : Voici un format presque carré; comme quoi, il n'y a pas de grandeur, ni de format standard. Dans les RÉSULTATS, le tableau utilise des personnages pour illustrer le propos. Le volume d'information est tout à fait adéquat pour une affiche.

TRENDS IN THE TREATMENT OF NEW-ONSET EPILEPSY IN THE ELDERLY

L. Royer-Perron, C. Deacon, L.-C. Perrier-Ferland, C. Bocti. Neurology Service, Department of Medicine, Université de Sherbrooke, Sherbrooke. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

PURPOSE

- Both incidence and prevalence of epilepsy are highest in patients 75 years or older^{1,2}. Seizures have many impacts on elderly patients³.
- In several studies examining prescription patterns, primidone, phenobarbital and phenytoin were grouped as suboptimal medications for the elderly, in part because of concerns over adverse cognitive effects^{4,5,6}.
- The ILAE Treatment Guidelines favours lamotrigine and gabapentine for initial monotherapy treatment, with carbamazepine as an alternative in selected situations⁷. Levetiracetam is another option which has been shown to be effective in the elderly⁸ and in the elderly population. However, a randomised trial in patients with Alzheimer's disease showed efficacy of levetiracetam monotherapy in partial onset seizures, with fewer adverse effects than lamotrigine and phenobarbital⁹.
- It is unclear how clinical practice changed with the ILAE recommendations.

METHODS

- We undertook a retrospective observational study to assess treatment patterns for patients 65 years or older diagnosed with new-onset epilepsy between 2001 and 2010 at the CHUS, a tertiary care university hospital in Sherbrooke, Canada
- Charts from patients identified using an electronic database containing discharge diagnoses were reviewed.
- Patients with acute symptomatic seizures were excluded, except those with CNS tumour.
- Patients taking anti-epileptic drugs for other health conditions were excluded.
- A Pearson's chi-square was done to compare optimal and suboptimal medications in the years 2001-2005 and 2008-2010.

RESULTS

- Initially, 635 potential cases were identified with the database.
- After application of inclusion and exclusion criteria, 328 patients were retained.
- The average age was 77 years (65 to 99 years). Fifty percent of patients were men. Among important comorbidities were: hypertension (61 %), history of stroke or TIA (36 %), and cognitive disorder (23 %).
- A neurologist was involved in the decision to start the anti-epileptic drug in 91 % of the cases.
- From 2001 to 2005, 121 out of 165 patients (78 %) received a suboptimal medication, while from 2006 to 2010, 84 (49 %) out of 173 received a suboptimal medication. These numbers are significantly different ($p < 0.001$).

Figure 1. Anti-epileptic drugs prescribed by year for our cohort

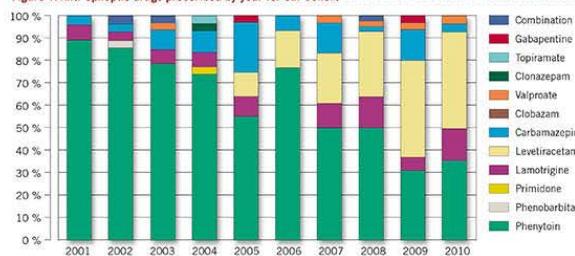


Figure 2. Optimal and suboptimal medications prescribed by year for our cohort

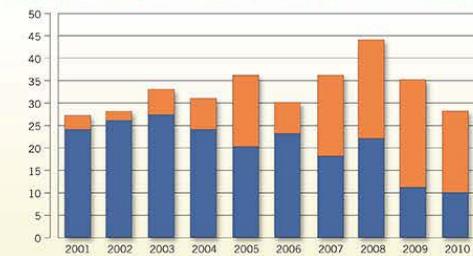


Figure 3. Etiology of epilepsy in our cohort

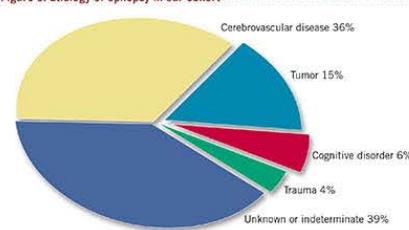
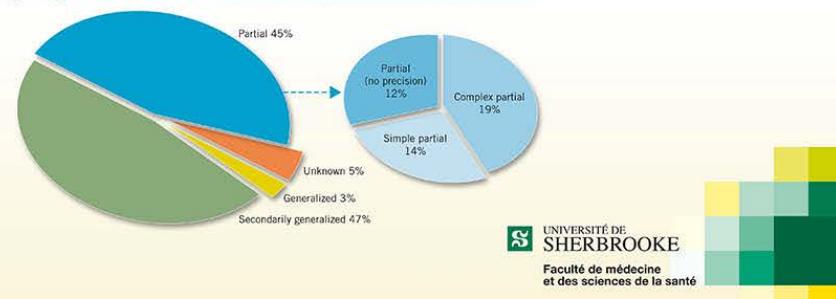


Figure 4. types of seizures in our cohort



CONCLUSIONS

- Our data indicate a trend towards the use of more appropriate medications for elderly patients in the years since the recommendations were published, nonetheless phenytoin remains widely used.
- Cerebrovascular disease is the most common identifiable cause of epilepsy in our cohort. The relatively large proportion of unknown or indeterminate etiology is comparable to other studies⁹. A possible explanation in patients with unknown etiology is undiagnosed cognitive disorder. This hypothesis warrants further study.

References

- Hawel WA, Arreaga JF, Kurland LT. (1991) Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia* 32(1):10-14.
- Hawel WA, Arreaga JF, Kurland LT. (1993) Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia* 34(3):453-468.
- Brodie MJ, Elder AT, Kwan P. (2009) Epilepsy in later life. *Cancer Neurol Oncol* 16(1):1019-1030.
- Pugh MJ, Crane J, Krouský J, Charkiewicz A, Mandell A, Kaza L, Berkowitz D. (2004) Polypharmacy and antiepileptic drugs for elderly patients with epilepsy. *J Am Geriatr Soc* 52(3):417-422.
- Pugh MJ, Von Cott AG, Crane JA, Krouský JE, Arman ME, Tabbers J, Ramsey E, Berkowitz DR. (2000-2002) *Epilepsia* 42(2 Pt 2):2173-2178.
- Hope GA, Zeber JE, Kremser NR, Bokhour BG, Von Cott AG, Crane JA, Arman ME, Krouský JE, Pugh MJ. (2007) New-onset generalized epilepsy care: Risk setting of diagnosis, and choice of anticonvulsants. *Epilepsia* 48(10):1693-1709.
- Glaser T, Ben-Machado E, Bouyoucos B, Crisanti A, Cedzick D, Gormley C, Kalavrezos R, Mathew R, Perucca E, Tompa T. (2006) ILAE Treatment Guidelines: Evidence-based Analysis of Antiepileptic Drugs in the Elderly. Part I: Generalized Seizures as Initial Monotherapy. *Epilepsia* 47(7):1096-1120.
- Combe E, Ligier LD. (2010) Levetiracetam, lamotrigine, and phenobarbital in patients with epileptic seizures and Alzheimer's disease. *Epilepsia Behav* 17(1):451-456.
- Brodie MJ, Kwan P. (2005) Colicay in elderly people. *BMJ* 331(7510):1317-1322.

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

Note sur cette affiche : Volume d'informations un peu lourd, la figure 1 demande une lecture très précise pour le médium affiche. Toutefois, l'ensemble est fluide...

Expérience unique de la multimorbidité : une étude phénoménologique

Cynthia Duguay¹, Frances Gallagher², Martin Fortin³

1. Université de Sherbrooke; 2. École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke; 3. Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke

Introduction

La prévalence de la multimorbidité est très élevée parmi la clientèle des services de santé en première ligne selon des études effectuées dans plusieurs pays¹. Ainsi, toute intervention mise en place pour aider une personne à faire face à la multimorbidité sera enrichie grandement de la connaissance approfondie de cette expérience selon la perspective même de la personne.

But

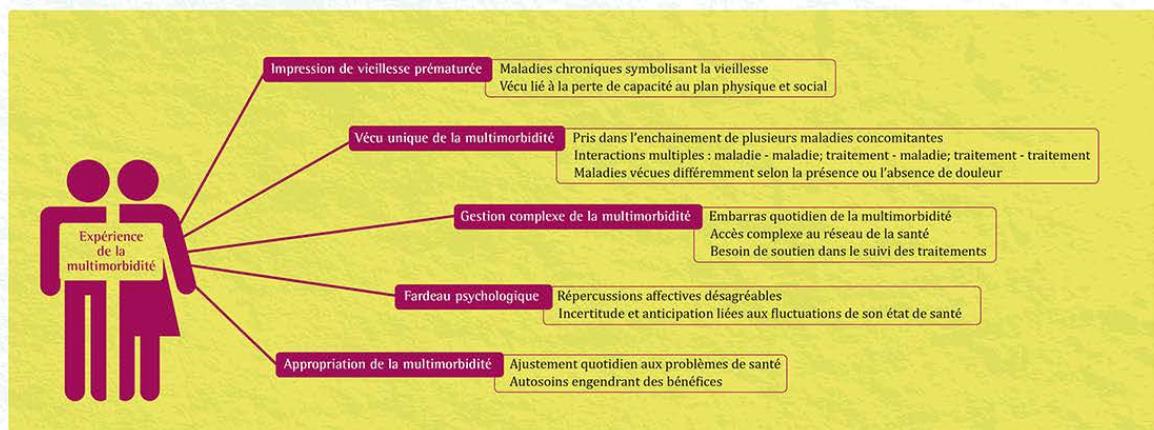
Décrire l'essence de l'expérience vécue par des adultes atteints de multimorbidité.

Méthode

Dispositif	Phénoménologie descriptive
Échantillon	<ul style="list-style-type: none">N = 11Âge : 37 à 66 ans (58,1)Problèmes de santé chroniques: entre 5 et 11(7,25)
Collecte de données	<ol style="list-style-type: none">Deux entrevues individuelles semi-dirigées<ul style="list-style-type: none">Enregistrement audionumériqueTranscription intégrale du verbatimQuestionnaire sociodémographiqueCollecte de renseignements complémentaires au sujet des maladies chroniques
Analyse de données	<p>Selon la méthode proposée par Colaizzi²</p> <ol style="list-style-type: none">Lecture et écoute simultanée du contenu des entrevues afin d'en saisir le sens globalIdentification de phrases ou d'extraits significatifs et leur transformation en énoncés plus générauxFormulation du sens qui émerge des énoncés générauxOrganisation des formulations de sens en thèmes et sous-thèmesDescription exhaustive de l'essence de l'expérience du phénomène de la multimorbidité.Énoncé de la structure fondamentale de l'expérience de la multimorbidité <p>Co-codage et discussion</p>

Approbation par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi et le Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du CHUS et de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Résultats



Discussion

- Vécu unique de la multimorbidité : une expérience «systémique»
- Impression de vieillesse prématûre : cœur de l'expérience, peu documentée à ce jour³
- Gestion de la multimorbidité plus complexe que la gestion d'une maladie⁴
- Gestion complexe exacerbée par l'accès difficile à un médecin⁵
- Forces : entrevues en profondeur, redondance des données
- Limites : exploration limitée à une région francophone du Québec

Conclusion

Nécessité d'une approche systémique et globale des soins et des services afin de soutenir les personnes dans leur appropriation de l'expérience de la multimorbidité. Il est impératif de développer les connaissances sur la réalité des personnes atteintes de multimorbidité et les interventions adaptées à leur situation.

Références

- Fortin, M., Stewart, M., Poitras, M.-È., Almirall, J., & Maddock, H. (2012). *Annals of family medicine*, 10 (2), 142-151.
- Colaizzi, P. F. (1978). Phenomenology and the phenomenological views. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology* (pp. 49-71). Greenwich: JAI Press.
- Ward, R. A. (2010). How old am I? perceived age in middle and later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 27(2), 167-184.
- Schoenberg, N., Randolph, S. H., Marchikanti, K. N., & Goedertow, A. C. (2011). Appalachian residents' experiences with and management of multiple morbidities.
- Ravenscroft, E. F. (2010). Navigating the health care system: Insights from consumers with multi-morbidity. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2(2), 215-224.

Pour plus d'information : Cynthia.Duguay@USherbrooke.ca; Frances.Gallagher@USherbrooke.ca; Martin.Fortin@USherbrooke.ca



Note sur cette affiche : L'information sur cet affiche est moins volumineuse que sur les exemples précédents. C'est le volume parfait pour assimiler l'ensemble du propos en cinq minutes. Cinq minutes étant le temps moyen d'attention des lecteurs par affiche...