

Introduction: Le syndrome aortique aigu (SAA) est une condition rare et généralement mortelle qui demeure difficile à diagnostiquer. Le Score de détection de la dissection aortique (DDA) et le ratio de neutrophiles sur lymphocytes (NL) ont été proposés comme des éléments pouvant contribuer à exclure le diagnostic du SAA. L'objectif primaire de cette étude est de déterminer la valeur diagnostique (sensibilité et spécificité et rapport de vraisemblance négatif [RV-]) de ces deux éléments de façon indépendante et combinée chez les patients suspectés de SAA au département d'urgence. **Methods:** Les patients ayant subi une angiographie par tomographie à densité (angioCT) à la recherche d'une dissection aortique entre 2008 et 2014 à l'urgence d'un hôpital tertiaire montréalais ont été inclus dans cette étude de cohorte rétrospective. Le score DDA a été établi à partir des dossiers médicaux et le ratio NL calculé à partir de la première formule sanguine prélevée chez ces patients. Pour le score DDA, un score de 1 ou plus et de 2 ou plus ont été évalués comme seuils de positivité. Pour le ratio NL, une valeur de plus de 4,6 a été choisie comme seuil puisqu'il sagissait du ratio proposé afin de différencier les patients atteints d'un SAA de ceux souffrant d'un anévrisme chronique. Pour l'évaluation de la combinaison des deux tests, afin de maximiser la sensibilité, un score DAA de 1 ou plus ou un ratio NL de plus de 4,6 serait considéré comme positif. Le test de référence pour tous les patients était l'angiographie par tomographie à densité. À partir de cela, la sensibilité, la spécificité et le rapport de vraisemblance négatif de chacun de ces tests/combinaison de tests et leurs intervalles de confiance (IC) ont été calculés. **Results:** Un total de 198 patients (99 hommes et 99 femmes) d'un âge moyen de 63 ans (± 16) ont été inclus dans l'étude, parmi lesquels 26 (13%) souffraient d'un SAA. Un score DDA de 1 ou plus avait une sensibilité de 84,6% (IC 95% 65,1-95,6), une spécificité de 65,7% (IC 95% 58,1-72,8) et un VR- de 0,23 (IC 95% 0,09-0,58). Un score DDA de 2 ou plus avait une sensibilité de 23,1% (IC 95% 9,0-43,7), une spécificité de 95,3% (IC 95% 91,0-98,0) et un VR- de 0,81 (IC 95% 0,65-1,00). La sensibilité d'un ratio NL de plus de 4,6 était de 42,3% (IC 95% 23,4-63,1), la spécificité de 58,7% (IC 95% 51,0-66,3) et le VR- de 0,98 (0,69-1,40). La combinaison du score DDA et du ratio NL avait une sensibilité de 88,5% (IC 95% 69,9-97,6), une spécificité de 38,4% (IC 95% 30,9-46,0) et un VR- de 0,30 (IC 95% 0,10-0,89). **Conclusion:** Avoir un score de DDA inférieur à 1 diminue significativement les chances d'avoir un SAA, n'élimine pas cette possibilité et ne devrait pas être utilisé, sauf chez les patients ayant une probabilité pré-test déjà très faible. Le ratio NL en utilisant un seuil de 4,6 n'a aucune utilité diagnostique pour le SAA.

Keywords: aortic dissection, diagnostic

P024

Sharing evidence, experiences and expertise: the value of networking to standardize emergency care for kids in Canada

L. K. Crockett, MSc, C. Leggett, MPH, J. Curran, PhD, L. Knisley, BN MA, J. Ripstein, MD, G. Brockman, BHSc, S. Scott, PhD, MN, BN, L. Hartling, BScPT MSc PhD, M. Jabbour, MD, MEd, D. Johnson, MD, T. Klassen, MD, MSc, George and Fay Yee Centre for Health Care Innovation, Winnipeg, MB

Introduction: TREKK is a national knowledge mobilization network of clinicians, researchers and parents aimed at improving emergency care for children by increasing collaborations between general and pediatric emergency departments (ED). This study aimed to determine patterns of knowledge sharing within the network and identify connections, barriers and opportunities to obtaining pediatric information and training. **Methods:** Social network analysis (SNA) uses network theory to understand patterns of interaction. Two SNAs were conducted in 2014 and 2015 using an online network survey distributed to 37 general EDs.

Data was analyzed using UCI Net and Netdraw to identify connections, knowledge sharing and knowledge brokers within the network. Building on these results, we then conducted 22 semi-structured follow-up interviews (2016) with healthcare professionals (HCPs) at General EDs across Canada, purposefully sampled to include individuals from connected and disconnected sites, as identified in the SNA. Interviews were analyzed by 2 reviewers using content and thematic analysis. **Results:** SNA data was analyzed for 135 participants across the network. Results from 2014 showed that the network was divided along provincial lines, with most individuals connecting with colleagues within their own institution. Results from 2015 showed more inter-site interconnectivity and a reduction in isolated sites over time from 17 to 3. Interview participants included physicians (59%) and nurses (41%) from 18 general EDs in urban (68%) and rural/remote (32%) Canada. HCPs sought information both formally and informally, by using guidelines, talking to colleagues, and attending pediatric related training sessions. Network structure and processes were felt to increase connections, support practice change, and promote standards of care. Participants identified personal, organizational and system-level barriers to information and skill acquisition, including resources and personal costs, geography, dissemination, and time. Providing easy access to information at the point of care was promoted through enhancing content visibility and by embedding resources into local systems. There remains a need to share successful methods of local dissemination and implementation across the network, and to leverage local professional champions such as clinical nurse liaisons. **Conclusion:** This study highlights the power of a network to increase connections between HCPs working in general and pediatric EDs. Findings reinforce the critical role of ongoing network evaluation to improve the design and delivery of knowledge mobilization initiatives.

Keywords: knowledge sharing, pediatric emergency care, social network analysis

P025

Are we ready for a gunman in the emergency department? A qualitative study of staff perceptions of risk and readiness to respond

M. McGowan, MHK, K. Dainty, PhD, B. Seaton, S. Gray, MD, North York General Hospital, Toronto, ON

Introduction: Hospital-based gun violence is devastatingly traumatic for everyone present and recent events in Cobourg, Ontario underscore that an active shooter inside the emergency department (ED) is an imminent threat. In June 2016, the Ontario Hospital Association (OHA) added Code Silver to the list of standardized emergency preparedness colour codes and advised member hospitals to develop policies and train staff on how best to respond. Given that EDs are particularly susceptible to opportunistic breach by an active shooter, the impact of a Code Silver on ED functioning and staff members may be particularly acute. We hypothesized that there may not be a simple, one-size-fits-all-hospital-staff solution about how best to prepare EDs to respond to Code Silver. In order to inform and support future staff training initiatives related to Code Silver and other disaster situations in hospitals, we sought to investigate staff perspectives and behaviour related to personal safety at work and, in particular, an active shooter. **Methods:** We undertook a qualitative interview study of multi-disciplinary ED staff (MDs, RNs, clericals, allied health, administrators) at a single tertiary care centre in Toronto. The primary methods for data collection were in-depth qualitative interviews and focus groups. Participants were recruited using stakeholder and maximum variation sampling strategies. Data collection and analysis were concurrent and standard thematic analysis techniques