



**SONDAGE AUPRÈS DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS**  
**UNE ÉTUDE SUR LES MALADIES GASTRO-INTESTINALES AIGÜES EN**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**

Date remplis : ( Jour/Mois/Année ) \_\_\_\_\_

Code postal du cabinet : \_\_\_\_\_

*Êtes-vous directement impliqué dans la prestation de soins aux patients pendant au moins 8 heures par semaine, en moyenne ? (veuillez encercler la réponse qui convient)*

**OUI** —→ Veuillez commencer le questionnaire.

**NON** —→ Veuillez indiquer ce qui décrit le mieux votre travail (Question 1).

Autre raison de ne pas remplir le sondage : \_\_\_\_\_

**Veuillez retourner le questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe ou l'envoyer par télécopie au : 519 826-2244.**

**Merci de votre contribution.**

*Ce sondage fait partie d'une initiative de Santé Canada visant à étudier les maladies gastro-intestinales aiguës dans la communauté. En sondant tous les cabinets de médecine familiale de votre communauté, nous espérons avoir une idée de la charge de patients à laquelle les médecins font face pour ce type de maladie et déterminer l'approche des généralistes envers l'examen et le diagnostic des patients se plaignant de troubles gastro-intestinaux. Toutes les soumissions seront strictement confidentielles et les résultats ne seront présentés que dans l'ensemble.*

1. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre exercice primaire ? ( veuillez cocher tous ceux qui s'appliquent )

Médecine de famille/générale – dans la communauté

Médecine de famille/générale – dans un hôpital

Médecine des services d'urgence

Clinique de consultation sans rendez-vous

Pédiatrie

Autre

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

2. Avec combien d'autres médecins partagez-vous votre cabinet ? \_\_\_\_\_

3. Environ combien de patients avez-vous dans votre propre clientèle de patients ?

\_\_\_\_\_ ( nombre de patients )

4. Environ quel pourcentage de votre clientèle de patients vit dans votre région sanitaire ?

( veuillez cocher la réponse qui convient )

- 100%
- ≥75 et <100%
- ≥50 et <75%
- >25 et <50%
- 0 - 25%
- Ne sais pas

**Définition de maladie gastro-intestinale aiguë :**

Trois selles liquides ou plus en 24 heures ou diarrhée accompagnée de deux symptômes gastro-intestinaux additionnels (vomissements, nausée, fièvre, crampes abdominales, douleurs abdominales, sang dans les selles) ou vomissements avec deux symptômes gastro-intestinaux additionnels (diarrhée, nausée, fièvre, crampes abdominales, douleurs abdominales, sang dans les selles) précédées d'une période de 7 jours sans svmtôme.

5. **Au cours des derniers 30 jours**, combien de patients AU TOTAL avez-vous vu, incluant ceux qui ont été vus par votre infirmier(ère) ?

Nombre de patients : \_\_\_\_\_

6. **Parmi les patients qui ont été vus au cours des derniers 30 jours**, combien ont reçu un diagnostic de symptômes de maladie gastro-intestinale aiguë ? (voir la définition de cas ci-dessus)

Nombre de patients : \_\_\_\_\_

7. **Parmi les patients qui ont été vus au cours des derniers 30 jours et qui ont reçu un diagnostic de maladie gastro-intestinale aiguë**, à combien a-t-on demandé de soumettre un échantillon fécal ?

Nombre de patients : \_\_\_\_\_

8. Pour qu'un patient *qui a reçu un diagnostic de maladie gastro-intestinale aiguë*, dans quelle mesure est-il probable que vous demandiez un échantillon fécal pour obtenir un diagnostic en laboratoire selon les conditions suivantes ?

( veuillez encercler la réponse qui convient )

	Toujours (100%)	Souvent ( ≥80% et <100%)	Parfois ( ≥20% et <80%)	Rarement( >0 et <20%)	Jamais (0%)	Non pertinent
a. Durée de la maladie ( 2-4 jours )	1	2	3	4	5	6
b. Durée de la maladie ( 5-7 jours )	1	2	3	4	5	6
c. Durée de la maladie ( >7 jours )	1	2	3	4	5	6
d. Fièvre ( ≥38°C )	1	2	3	4	5	6
e. Diarrhée sanguinolente	1	2	3	4	5	6
f. Douleurs abdominales	1	2	3	4	5	6
g. Déshydratation clinique	1	2	3	4	5	6
h. À la demande du patient	1	2	3	4	5	6
i. Séjour de camping récent	1	2	3	4	5	6
j. Voyage récent à l'étranger	1	2	3	4	5	6
k. Éclosion associée	1	2	3	4	5	6
l. Âge du patient	1	2	3	4	5	6

*Expliquez :*

m. Utilisation récente d'antibiotique	1	2	3	4	5	6
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---

<b>n.</b>	<b>Patient immunodéprimé</b>	1	2	3	4	5	6
<b>o.</b>	<b>Situation professionnelle</b> (c-à-d travailleur de garderie, travailleur de l'alimentation, ...)	1	2	3	4	5	6
<b>p.</b>	<b>Écllosion dans un ménage</b>	1	2	3	4	5	6

**q. Une combinaison des conditions suivantes inciterait à demander un échantillon fécal plus de 80% du temps :**

---



---



---

**r. Veuillez dresser la liste de tous les autres facteurs qui influenceraient votre décision de demander un échantillon fécal.**

---



---



---

**9. En général, parmi vos patients qui ont reçu un diagnostic de symptômes de maladie gastro-intestinale aiguë, à environ quel pourcentage avez-vous demandé de soumettre un échantillon fécal ?**

( veuillez cocher la réponse qui convient )

- > 80 et ≤ 100%
- > 60 et ≤ 80 %
- > 40 et ≤ 60%
- > 20 et ≤ 40%
- 0 - 20%
- Ne sais pas

10. Selon vous, quel énoncé décrit le mieux le taux d'observation par les patients lorsqu'on leur a demandé de soumettre un échantillon fécal ?

( veuillez cocher la réponse qui convient )

- excellent ( > 80 et ≤ 100% )
- très bon ( > 60 et ≤ 80 % )
- bon ( > 40 et ≤ 60% )
- mauvais ( > 20 et ≤ 40% )
- très mauvais ( 0 - 20% )
- ne sais pas

11. Selon vous, quelle(s) pourrai(en)t être leur(s) raison(s) de ne pas s'y conformer ?

---

---

---

12. L'une des choses suivantes affecte-t-elle votre décision de demander un échantillon fécal à un patient ?

( veuillez cocher la réponse qui convient )

OUI	NON	n.d.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disponibilité du laboratoire (heures d'ouverture, emplacement,..)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disponibilité d'une trousse d'échantillon fécal au cabinet médical.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confiance envers les résultats de laboratoire.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pression exercée par le laboratoire pour limiter le nombre de soumission d'échantillon.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Délai d'obtention des résultats de l'échantillon fécal du laboratoire.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coût de l'épreuve en laboratoire.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préoccupation d'une résistance aux antibiotiques.

Commentaires :

---

---

---

13. Dans la situation où un échantillon fécal a été demandé, qu'est-ce qui décrit le mieux la fréquence à laquelle votre cabinet ferait les choses suivantes ...

a. *Lorsque aucun résultat de laboratoire n'est reçu dans les 2 semaines, votre cabinet contactera le patient pour vérifier qu'un échantillon a bien été soumis.*

( veuillez cocher la réponse qui convient )

- toujours ( 100%)
- souvent (  $\geq 80$  et  $< 100\%$  )
- parfois (  $\geq 20$  et  $< 80\%$  )
- rarement (  $> 0$  et  $< 20\%$  )
- jamais ( 0%)

b. *Lorsque des résultats négatifs sont reçus du laboratoire, votre cabinet contactera le patient pour lui transmettre cette information.*

( veuillez cocher la réponse qui convient )

- toujours ( 100%)
- souvent (  $\geq 80$  et  $< 100\%$  )
- parfois (  $\geq 20$  et  $< 80\%$  )
- rarement (  $> 0$  et  $< 20\%$  )
- jamais ( 0%)

c. *Lorsque des résultats positifs quant à la présence de pathogènes déclarables sont reçus du laboratoire, votre cabinet contactera le patient pour lui transmettre cette information.*

( veuillez cocher la réponse qui convient )

- toujours ( 100%)
- souvent (  $\geq 80$  et  $< 100\%$  )
- parfois (  $\geq 20$  et  $< 80\%$  )
- rarement (  $> 0$  et  $< 20\%$  )
- jamais ( 0%)

14. À quelle fréquence, dans les situations suivantes, déclareriez-vous des maladies au Service de santé publique local? ( veuillez cocher la réponse qui convient )

	Toujours (100%)	Souvent ( ≥80% et <100%)	Parfois ( ≥20% et <80%)	Rarement ( >0 et <20%)	Jamais (0%)
<b>a. Une maladie gastro-intestinale déclarable. (ex. <i>Salmonella</i>)</b>	1	2	3	4	5
<b>b. Une maladie gastro-intestinale non déclarable. ( ex. <i>Staphylococcus aureus</i> )</b>	1	2	3	4	5
<b>c. Suspicion d'intoxication alimentaire</b>	1	2	3	4	5
<b>d. Maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, cas isolé.</b>	1	2	3	4	5
<b>e. Maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, mais faisant partie d'une grappe de ménage</b>	1	2	3	4	5
<b>f. Maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, mais faisant partie d'une éclosion d'origine alimentaire possible.</b>	1	2	3	4	5
<b>g. Travailleur de l'alimentation atteint de maladie gastro-intestinale aiguë.</b>	1	2	3	4	5
<b>h. Travailleur/assistant de garderie.</b>	1	2	3	4	5
<b>i. Travailleur de la santé.</b>	1	2	3	4	5

15. Lorsque vous demandez une culture bactérienne d'un échantillon fécal et que vous ne faites aucune demande précise, prenez-vous pour acquis que le laboratoire testera automatiquement la présence des pathogènes suivants ?

(veuillez cocher la réponse qui convient)

a. Salmonella  oui  non  ne sais pas

b. Campylobacter  oui  non  ne sais pas

c. Shigella  oui  non  ne sais pas

d. Vibrio (ex. Cholera)  oui  non  ne sais pas

e. E.coli O157  oui  non  ne sais pas

f. Non O157 E. coli  oui  non  ne sais pas

g. Yersinia  oui  non  ne sais pas

h. Autre  oui  non  ne sais pas

Si vous avez répondu « oui » dans la rubrique « Autre », veuillez en dresser la liste :

---

16. En général, parmi les échantillons fécaux que vous demandez, à quelle fréquence demandez-vous de façon spécifique au laboratoire de vérifier la présence des organismes suivants (veuillez encercler la réponse qui convient) :

	Toujours (100%)	Souvent ( ≥80% et <100%)	Parfois ( ≥20% et <80%)	Rarement ( >0 et <20%)	Jamais ( 0%)
a. Bactéries (autres que celles testées de façon courante)	1	2	3	4	5
POURQUOI ?					
b. Virus	1	2	3	4	5
POURQUOI ?					
c. Parasites	1	2	3	4	5
POURQUOI ?					

COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

*Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce sondage et de votre contribution à cette étude !*

*Le prochain « mini » sondage sera envoyé à la fin janvier 2003.*

*Veillez retourner votre sondage rempli AVANT LE 10 NOVEMBRE 2002 en vous servant de l'enveloppe adressée et timbrée ci-jointe.*

**RAPPEL !!!!!**

**SI VOUS REMPLISSEZ ET RETOURNEZ LES QUATRE SONDAGES  
(*CE SONDAGE EXHAUSTIF ET LES TROIS COURTS SONDAGES QUI  
SUIVRONT AU COURS DES 9 PROCHAINS MOIS*),  
VOTRE NOM SERA INCLUS DANS UN TIRAGE  
ADMINISTRÉ PAR LE CDC DE LA C.-B.  
D'UN DES TROIS AGENDAS ÉLECTRONIQUES PERSONNELS  
PALM PILOTS !**