

**Résultats d'une étude pilote sur les médecins dans la
région de la nouvelle ville de Hamilton**

Février 2002

Étude nationale des maladies gastro-intestinales aiguës

Introduction

La morbidité et la mortalité découlant des maladies gastro-intestinales aiguës sont une sérieuse préoccupation sanitaire à travers le monde. L'information sur la mesure dans laquelle les systèmes de santé sont touchés par le fardeau des individus souffrant de maladie entérique est variée. L'importance de déterminer dans quelle mesure les maladies gastro-intestinales infectieuses se manifestent au sein de la population a été montrée dans plusieurs études internationales qui soulignent le problème de l'insuffisance marquée de la notification. Jusqu'à présent, seuls quelques pays (Angleterre, pays de Galles, États-Unis et Pays-Bas) ont mené des études qui peuvent réellement fournir des estimations sûres, fondées sur la recherche, de l'incidence réelle de la gastro-entérite dans leurs populations (Wheeler *et al* 1999, Chalmers et Salmon, 2000, Hoogenboom-Verdegaal *et al.* 1991, FoodNet du CDC).

Au Canada, les organismes gouvernementaux des paliers fédéral et provinciaux ont dû se fier aux statistiques américaines obtenues auprès du FoodNet du CDC, pour fonder leurs décisions lors de la création de politiques relatives à la santé et aux soins de santé.

Dans le cadre d'une initiative destinée à mieux faire comprendre les maladies entériques infectieuses au Canada, une équipe faisant partie de la Division des entéropathies et des maladies d'origine hydrique et alimentaire de Santé Canada a conçu une étude multiniveau qui sera axée sur la population, les médecins et les laboratoires d'épreuve. Cette initiative s'intitule « **Étude Nationale des Maladies Gastro-intestinales Aiguës** » (**ENMGA**). Les buts de l'étude sont de mieux déterminer les choses suivantes :

- le niveau réel des maladies gastro-intestinales aiguës dans la population
- les facteurs qui incitent les individus à consulter pour obtenir des soins médicaux
- le fardeau de la maladie et l'impact des maladies GI sur les individus et le système de soins de santé
- la charge de patient qui est créée par les maladies GI et le protocole général que suivent les médecins lors du diagnostic
- le protocole de laboratoire et l'information sur le nombre et le type d'échantillons reçus
- l'information de laboratoire sur les résultats des épreuves
- la circulation des résultats des tests dans la chaîne de notification

L'ENMGA vise également à mieux préciser la relation qui existe entre l'incidence réelle des maladies gastro-intestinales aiguës dans la communauté et le nombre de cas qui est finalement déclaré au niveau national. La méthodologie sous-jacente à cette étude comprend quatre éléments qui seront effectués dans plusieurs provinces : un sondage auprès de la population, un sondage auprès des médecins, un sondage auprès des laboratoires et un sondage sur la notification en santé publique. Tous ces éléments sont des étapes importantes de la pyramide de notification illustrée à la Figure 1.

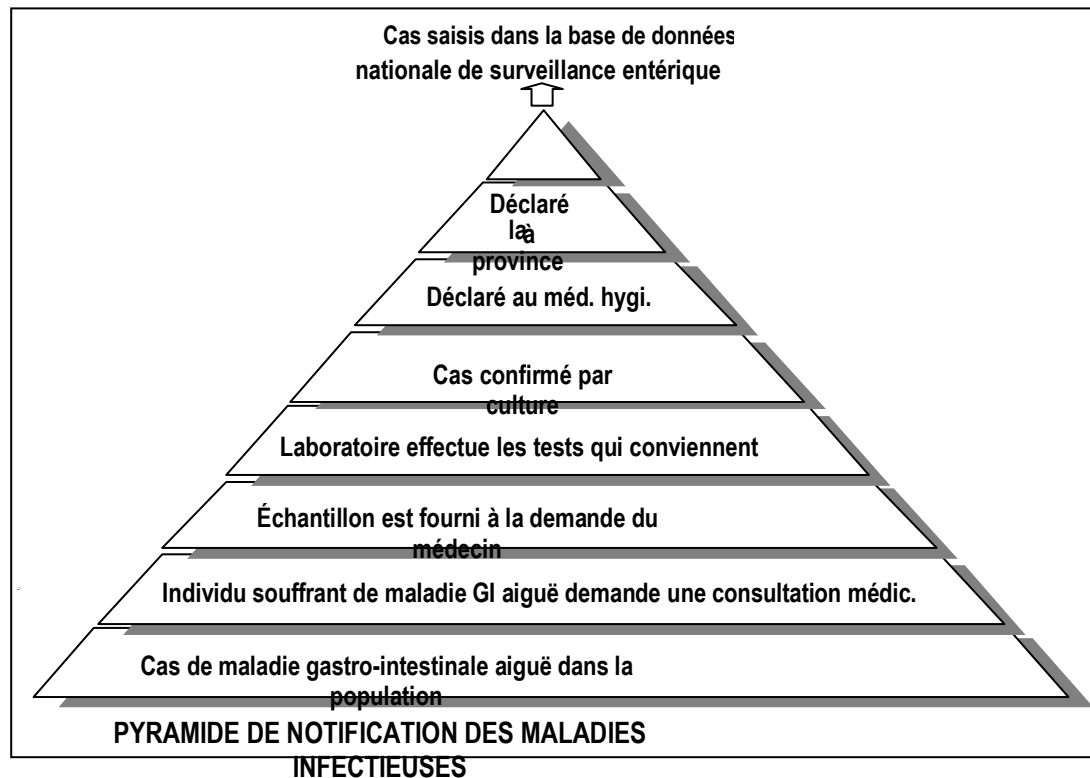


Figure 1. Pyramide de notification des maladies infectieuses

L'une des principales préoccupations avec ce système est l'insuffisance de notification qui se produit à chacun des paliers. Les études internationales portant sur ce sujet ont montré à maintes reprises le degré élevé d'insuffisance de notification des maladies entériques (Sethi *et al.*, 1999, DeWit *et al.*, 2001, Wheeler *et al.*, 1999). L'un des principaux buts du projet de l'ENMGA est de s'attaquer à ce problème en essayant d'estimer le niveau de l'insuffisance de notification à chacune des interfaces. En se basant sur ces connaissances, il pourra être possible de dépeindre un tableau plus exact de l'impact réel des maladies entériques sur le système de santé publique. Jusqu'à présent, l'équipe de l'ENMGA a entamé l'initiative en créant :

1. Un sondage auprès de la population de la communauté, à l'aide d'un questionnaire téléphonique portant sur la manifestation des maladies gastro-intestinales aiguës, administré à un individu choisi de façon systématique dans des ménages choisis de façon aléatoire.
2. Un sondage auprès de tous les médecins généralistes actifs de la communauté à l'étude. On examine la proportion de patients vus qui ont reçu un diagnostic de gastro-entérite et subséquemment, la proportion de ceux-ci à qui l'on a demandé de soumettre un échantillon fécal. Un examen des protocoles de diagnostic des médecins est également inclus.
3. Un sondage des laboratoires qui sera envoyé à tous les laboratoires canadiens autorisés à effectuer des épreuves microbiologiques sur des échantillons fécaux (excluant les centres de service de collecte et les laboratoires provinciaux de santé publique).

4. Une étude sur la notification en santé publique destinée à quantifier le nombre de cas saisis à l'interface de l'autorité sanitaire locale et le nombre transmis au niveau provincial. Elle examinera aussi la variation qui existe entre les pratiques de notification à l'intérieur même des autorités sanitaires locales et entre elles et discutera de la façon dont cette variation pourrait avoir des conséquences sur l'interprétation des données provinciales et nationales de surveillance.

Les médecins jouent un rôle important dans la notification des maladies au système de santé local, provincial et national. Ils représentent le premier palier de l'entrée d'un individu dans le système de santé publique. Les pratiques individuelles et les protocoles locaux, provinciaux et nationaux jouent tous un rôle dans la définition de la façon dont les patients sont évalués et pris en charge au niveau du généraliste.

En conséquence, l'étude sur les médecins fera intervenir le sondage d'un échantillon représentatif de généralistes des communautés participantes pour tenter de quantifier l'impact de l'insuffisance de notification au palier situé entre les médecins et les laboratoire qui effectuent les épreuves. Le sondage devrait également conférer une meilleure compréhension des lignes directrices générales et des protocoles employés par les médecins et évaluer comment cela influe sur la cascade d'événements menant à la notification d'un cas de maladie gastro-intestinale aiguë au niveau national. Les médecins de famille, les pédiatres, ainsi que les médecins de salle d'urgence et de cliniques de consultation sans rendez-vous qui exercent activement la médecine seront inclus.

Avec le soutien et la coopération du Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (Santé Canada) et de l'Université McMaster, une étude pilote du sondage des médecins a été organisée et mise en œuvre dans la nouvelle ville de Hamilton. Les résultats de ce sondage sont présentés ici.

L'étude pilote sur les médecins

La région de la nouvelle ville de Hamilton représenterait une population d'environ 500 000 habitants. Une liste postale complète de tous les médecins de famille et pédiatres qui exercent activement la médecine dans cette région (qui inclut la ville de Hamilton, Ancaster, Glanbrook, Stoney Creek, Dundas et Flamborough) a été obtenue auprès de la *Hamilton Academy of Medicine*. Pour pouvoir remplir le sondage, les médecins devaient être impliqués directement auprès des patients au moins 8 heures par semaine et au moins 25% de leur clientèle de patients devait provenir de la région de la nouvelle ville de Hamilton. On a demandé aux médecins de classer leur cabinet en précisant s'ils exerçaient dans la communauté, un hôpital, des services d'urgence, une clinique de consultation sans rendez-vous ou « autre ». On leur a également demandé s'ils faisaient partie ou non d'un cabinet comprenant plusieurs médecins et le nombre approximatif de patients dont ils s'occupent eux-mêmes.

Méthodologie du sondage sur les médecins

Un sondage de 7 pages a été finalisé après le pré-test effectué auprès de plusieurs médecins et professionnels de la santé. Le temps requis pour remplir le sondage était de 7 à 10 minutes environ. Les questions ont été posées pour déterminer le nombre approximatif de patients de leur clientèle qu'ils ont vus au cours du mois dernier et qui ont reçu un diagnostic de maladie GI aiguë. Le sondage a aussi traité des perceptions personnelles et des protocoles de diagnostic, de test d'échantillon et de pratiques de laboratoire.

L'outil du sondage

Le sondage des médecins a traité de manière précise des points majeurs d'intérêt suivants :

- Quel pourcentage des patients qui sont venus au cabinet/clinique le mois dernier a reçu un diagnostic de maladie gastro-intestinale aiguë ?
- Y a-t-il un protocole normalisé une fois qu'un diagnostic de maladie gastro-intestinale est posé ?
- Quels facteurs majeurs incitent un médecin à demander un échantillon fécal (c-à-d âge du patient, voyage, selles sanguinolentes, ...) ?
- À quel pourcentage des patients qui ont reçu un diagnostic de maladie gastro-intestinale aiguë a-t-on demandé de soumettre un échantillon fécal ?
- Un suivi est-il effectué (par le médecin) concernant une demande d'échantillon ?

- Pouvons-nous déterminer combien des échantillons demandés sont réellement soumis ?
- Y a-t-il un intérêt, de la part des médecins, envers la création d'un réseau d'information entre les médecins, les hôpitaux et les Services de santé à l'intérieur de la province ?

Un code unique de médecin a été assigné au sondage retourné. Ce code a été apparié au nom du médecin et n'a été utilisé que pour établir la liste des répondants et des non répondants pour les envois postaux de suivi et pour envoyer un rapport final à ceux qui en demandent un. Aucun code d'identification personnelle n'a été inclus dans les analyses ou dans ce rapport.

Application du sondage

Les trousse de sondage ont été postées le 4 mai 2001. Chaque trousse contenait un questionnaire, une enveloppe retour affranchie et adressée, ainsi qu'une lettre d'accompagnement décrivant l'étude et encourageant la participation. La date limite de retour était le 21 mai 2001. On a assuré aux médecins que tous les résultats seraient présentés sous forme globale afin d'assurer l'anonymat. On a demandé aux médecins de donner le code postal de leur cabinet afin de le localiser géographiquement aux fins de la cartographie.

La région de la nouvelle ville de Hamilton a été choisie comme région pilote de test lors d'une initiative conjointe du Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (Santé Canada, Guelph, Ontario) et de l'Université McMaster. Grâce à cette collaboration, il a été possible d'établir un pilote pour les outils de sondage et la méthodologie des études sur la population et sur les médecins. Le sondage pilote de la population a débuté en février 2001 et prendra fin au printemps 2002.

Ce document sommaire portera sur les résultats du sondage pilote effectué auprès des médecins qui a été commencé début mai 2001 et dont la collecte de données sera terminée à la fin juin 2001.

Une lettre d'encouragement a été envoyée deux semaines après l'envoi postal initial à tous les participants. Cette lettre remerciait ceux qui avaient déjà renvoyé leur sondage rempli et encourageait ceux qui n'avaient pas encore rempli le questionnaire à le faire. Une liste aléatoire de 60 médecins a été dressée parmi ceux qui n'avaient pas répondu deux semaines après le deuxième envoi postal et on a téléphoné à leurs cabinets pour solliciter leur participation. Plusieurs nouveaux sondages ont été télécopiés suite à cela. Tout cela est schématisé à la Figure 2.

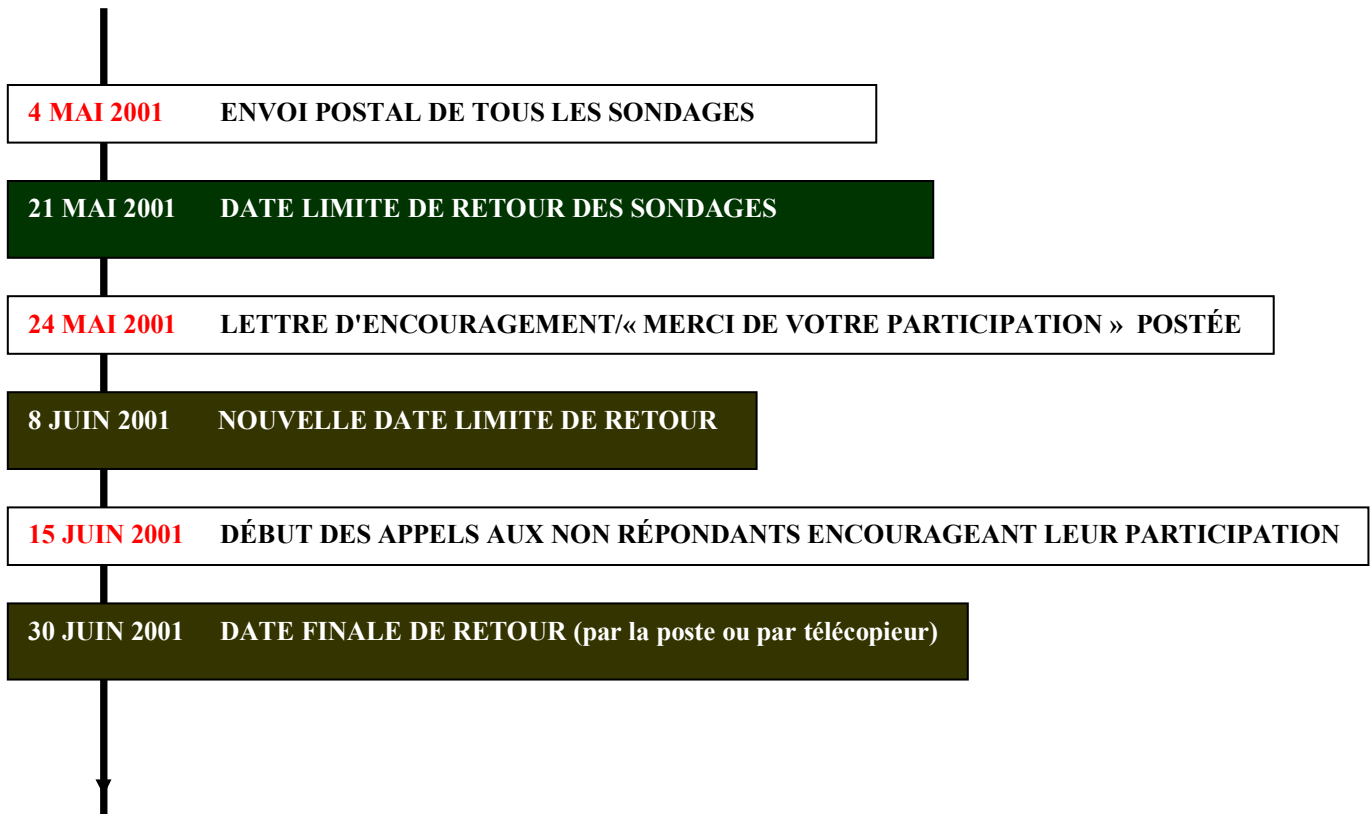


Figure 2. Schéma du calendrier d'envoi postal et de suivi du questionnaire à l'attention des médecins de l'étude pilote entreprise dans la nouvelle ville de Hamilton.

Réponse au sondage

Les listes postales fournies comportaient 358 médecins de famille et 38 pédiatres. Plusieurs sondages ont été retournés quelques jours après l'envoi postal initial pour cause de mauvaise adresse ou parce que le médecin avait déménagé.

Comme on le voit au Tableau 1, le nombre final de médecins de famille et de pédiatres « admissibles » a été réduit à 305 et à 24 respectivement. Les raisons de la non admissibilité étaient les suivantes :

- adresse incorrecte / déménagé
- n'exerce plus la médecine / retraité
- voit activement des patients < 8 heures par semaine
- spécialiste qui ne prodigue pas des soins primaires
- < 25 % de la clientèle de patients réside dans la nouvelle ville de Hamilton

Tableau 1. Sommaire des répondants au sondage pilote auprès des médecins.

| | Médecin de famille | Pédiatre | Total |
|---|--------------------|----------|-------|
| Nombre envoyé | 358 | 38 | 396 |
| Nombre invalide/inadmissible | 53 | 14 | 67 |
| Nombre de médecins admissibles | 305 | 24 | 329 |
| Nombre de retours | 85 | 11 | 96 |
| % de retour des médecins admissibles | 27,87 | 45,83 | 29,18 |

Aucun des médecins à qui l'on a télécopié un nouveau questionnaire suite à la sollicitation téléphonique n'a retourné de sondage rempli. Les raisons de leur non participation gravitaient en général autour du manque de temps et/ou d'intérêt envers le sujet. Deux des médecins qui ont été contactés ont dit qu'ils n'ont jamais participé à des sondages ou à des études de quelque forme que ce soit.

Le profil de retour du questionnaire est présenté à la Figure 3. Le 24 mai, 80% des sondages qui seraient retournés étaient reçus. Cela représentait environ 26% de tous les médecins admissibles connus à qui on a posté un sondage. Les sondages qui sont arrivés après cette date représentaient 3% du bassin d'envoi postal aux médecins.

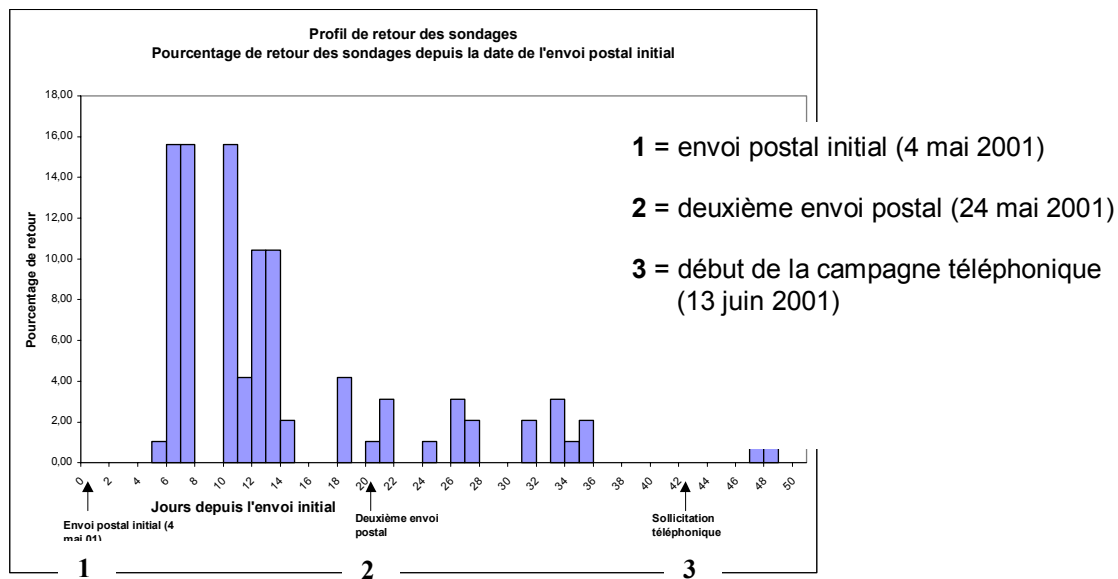


Figure 3. Profil de retour des sondages postés aux médecins de la nouvelle ville de Hamilton.

Entrée et analyse des données

À la réception des sondages, l'information a été entrée dans un tableur Excel. Seuls les numéros d'identification du sondage ont été joints aux enregistrements de cette base de données; aucun nom ni adresse n'a été entré. Les codes postaux ont aussi été inclus lorsqu'ils étaient fournis par les médecins. Une double entrée des données a été faite et les données ont été révisées afin d'assurer la qualité de la base de données. Toutes les analyses statistiques descriptives ont été faites à l'aide du système SAS®.

Sommaire des résultats du questionnaire

Statistiques sur l'exercice

Le type prédominant d'exercice de la médecine décrit dans les sondages retournés était *la médecine de famille dans la communauté* (83%). Le Tableau 2 présente la distribution de ce que les médecins considéraient comme étant leur type d'exercice primaire.

Tableau 2. Distribution du type d'exercice primaire de la médecine des médecins de la nouvelle ville de Hamilton qui ont répondu.

| Type d'exercice primaire | % de retour |
|-------------------------------|-------------|
| De famille dans la communauté | 83 |
| De famille dans un hôpital | 2 |
| Pédiatrie | 11 |
| Urgence | 1 |
| Autre | 3 |

Des définitions secondaires de l'exercice de la médecine (fournies par les médecins qui ont répondu) incluaient :

- consultant
- santé des étudiants/campus universitaire
- centre de détention pour jeunes
- consultant en oncologie
- consultant en neurologie

Parmi les répondants, 60,42% provenaient de cabinets comprenant plusieurs médecins. Deux entrées ont indiqué une clientèle de 6 000 et de 100 000 patients (institutions). Le résumé des données portant sur les entrées restantes a montré que la taille de la clientèle de patients d'un médecin individuel variait de 100 à 5 000, avec une moyenne de 1 928 (+/- 772,37). Le nombre total de patients représenté par les cabinets ayant des clientèles comptant moins de 5 000 patients était de 163 960, ce qui en proportion de la population dérivée du recensement de 1996 (voir Tableau 3), représentait environ 37% des habitants de la région sur laquelle portait le sondage. Selon les estimations du recensement de la population desservie par le Service de santé publique de Hamilton-Wentworth (estimée comme étant de 481 531 en 1996 et de 486 376 en 1997), ce pourcentage serait en réalité plus faible pour l'année (2001) au cours de laquelle cette étude a été menée.

Tableau 3. Détails du recensement de 1996 sur la région de l'étude, incluant la ville de Hamilton, Ancaster, Flamborough, Glanbrook et Stoney Creek.

| Région | Recensement de la population de 1996 |
|-------------------|--------------------------------------|
| Ville de Hamilton | 322 352 |
| Ancaster | 23 403 |
| Flamborough | 34 037 |
| Glanbrook | 10 564 |
| Stoney Creek | 54 318 |

Lorsqu'on a demandé aux répondants quel pourcentage de leur clientèle de patients vivait dans région de la nouvelle ville de Hamilton, 74,47% ont jugé que ce nombre variait « de 75 à 100% ». La distribution de cette variable est fournie au Tableau 4.

Tableau 4. Distribution du pourcentage de la clientèle de patients vivant dans la région de Hamilton.

| % de la clientèle de patients habitant dans la région de Hamilton | Pourcentage des répondants |
|---|----------------------------|
| Inconnu | 4,26 |
| 0-25% | 1,06 |
| >25-50% | 2,13 |
| >50-75% | 4,26 |
| >75-100% | 74,47 |
| 100% | 13,83 |

Afin d'uniformiser ce que les médecins considèrent comme une « *maladie gastro-intestinale aiguë* », la définition suivante formulée par l'étude du FoodNet du CDC a été fournie dans le questionnaire :

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 2 semaines sans symptôme.

Le Tableau 5 compile les résultats décrivant le nombre approximatif de patients qui ont été vus par les médecins répondants au cours du mois dernier (dans les 30 jours précédant la réception du questionnaire) et parmi ces patients, combien ont reçu un diagnostic de gastro-entérite aiguë. Après cela, on a demandé aux médecins environ combien d'échantillons fécaux ont été demandés parmi les patients qui avaient reçu un diagnostic de maladie gastro-intestinale aiguë. On n'a pas demandé aux médecins de vérifier leurs dossiers pour fournir cette information.

Aux fins de cette discussion, l'information du médecin sur les patients a été exclue lorsque le nombre de patients d'une clientèle de patients d'un médecin individuel dépassait 5 000. L'information a également été écartée si davantage de patients ont reçu un diagnostic de maladie GI aiguë que le nombre de patients qui a réellement été vu. De la même façon, l'information du dossier du patient a été enlevée si davantage de demandes d'échantillon fécaux ont été faites que le nombre de patients qui ont reçu un diagnostic de GI.

Tableau 5. Information sur l'activité des patients de l'étude pilote menée dans la nouvelle ville de Hamilton.

| | Total | Moyenne | Écart type | Min | Max |
|--|--------|---------|------------|-----|-------|
| Nombre de patients vus dans les derniers 30 jours. | 38 727 | 425,57 | 301,52 | 0 | 1 200 |
| Parmi les patients vus dans les derniers 30 jours, combien ont reçu un diagnostic de maladie GI aiguë ? | 1 298 | 14,91 | 13,25 | 0 | 60 |
| <i>Pourcentage ayant reçu un diagnostic de maladie GI aiguë parmi ceux qui ont été vus dans les derniers 30 jours : 3,35%</i> | | | | | |
| Parmi ceux ayant reçu un diagnostic de maladie GI aiguë, à combien a-t-on demandé de soumettre un échantillon fécal ? | 290 | 3,26 | 4,19 | 0 | 20 |

Pourcentage de ceux qui ont reçu un diagnostic de maladie GI aiguë à qui on a demandé de soumettre un échantillon fécal : 22,34%

Signes et symptômes

On a donné aux médecins une liste de 17 signes et symptômes potentiels qui pourraient les inciter à demander un échantillon fécal. L'importance des signes ou des symptômes était basée sur une cote qui reflétait que le médecin demanderait « *Toujours* » un échantillon, en passant par « *Jamais* » ou « *Non pertinent* ».

Leurs réponses (exprimées en pourcentage des réponses totales dans chacune des catégories) sont présentées au Tableau 6 (page 13).

Par ailleurs, on a demandé aux médecins de fournir d'autres signes ou symptômes qui ne figuraient pas dans la liste et qu'ils considéraient comme étant importants pour les inciter à demander un échantillon fécal.

En voici un résumé :

- utilisation récente d'antibiotique
- symptômes persistant pendant plus de 7 à 10 jours
- présentation inhabituelle
- histoire familiale de maladie inflammatoire
- histoire antérieure de pathogène entérique
- commodité relative à la disponibilité du laboratoire
- voyage; voyage dans un pays chaud
- ingestion d'eau de puits
- manger au restaurant; manger dans un restaurant malpropre
- gravité de plusieurs symptômes
- éclosion dans un ménage; membres de la famille atteints d'une maladie similaire
- combinaison de plusieurs des signes et symptômes figurant dans la liste

Tableau 6. Distribution des réponses dans une liste d'impact des signes et symptômes qui inciteraient la demande d'un échantillon fécal.

| | Toujours (100%) | Souvent (≥80% et <100%) | Parfois (≥20% et <80%) | Rarement (>0 et <20%) | Jamais (0%) | Non pertinent | Nombre de réponses |
|--|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------|------------------|-----------------------|
| a. Durée de la maladie (<2 jours) | 1,1 | 4,4 | 6,59 | 46,15 | 39,56 | 2,2 | 91 |
| b. Durée de la maladie (2 à 5 jours) | 1,09 | 7,61 | 25 | 43,48 | 21,74 | 1,09 | 92 |
| c. Durée de la maladie (>5 jours) | 9,78 | 34,78 | 35,87 | 15,22 | 3,26 | 1,09 | 92 |
| d. Fièvre (≥38°C) | 5,38 | 19,35 | 39,78 | 29,03 | 4,3 | 2,15 | 93 |
| e. Diarrhée sanguinolente | 51,61 | 33,33 | 7,53 | 6,45 | - | 1,08 | 93 |
| f. Douleurs abdominales | 2,17 | 10,87 | 39,13 | 40,22 | 2,17 | 5,43 | 92 |
| g. Déshydratation clinique | 13,04 | 20,65 | 38,04 | 19,57 | 2,17 | 6,52 | 92 |
| h. À la demande du patient | 21,74 | 16,3 | 29,35 | 27,17 | 2,17 | 3,26 | 92 |
| i. Séjour de camping récent | 17,2 | 39,78 | 31,18 | 10,75 | 1,08 | - | 93 |
| j. Voyage récent à l'étranger | 39,78 | 35,48 | 19,35 | 5,38 | - | - | 93 |

Tableau 6. (suite)

| | Toujours (100%) | Souvent (≥80% et <100%) | Parfois (≥20% et <80%) | Rarement (>0 et <20%) | Jamais (0%) | Non pertinent | Nombre de réponses |
|---|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------|------------------|-----------------------|
| k. Éclosion associée | 38,46 | 27,47 | 24,18 | 6,59 | 1,1 | 2,2 | 91 |
| l. Âge du patient (≤1 an) | 6,45 | 16,13 | 36,56 | 32,26 | 4,3 | 4,3 | 93 |
| m. Âge du patient (> 1 et ≤ 5 ans) | - | 16,13 | 35,48 | 38,71 | 4,3 | 5,38 | 93 |
| n. Âge du patient (>5 et ≤65 ans) | 2,15 | 10,75 | 39,78 | 38,71 | 2,15 | 6,45 | 93 |
| o. Âge du patient (> 65 ans) | 4,44 | 11,11 | 47,48 | 24,44 | 4,44 | 7,78 | 90 |
| p. Patient immunodéprimé | 32,97 | 43,96 | 13,19 | 4,4 | - | 5,49 | 91 |
| q. Situation professionnelle (c-à-d travailleur de garderie, travailleur de l'alimentation, ...) | 25 | 43,48 | 20,65 | 5,43 | 1,09 | 4,35 | 92 |

Les cinq facteurs qui semblent être les plus préoccupants étaient les suivants :

- Diarrhée sanguinolente (84,94% des réponses)
- Immunodéprimé (76,93% des réponses)
- Voyage récent à l'étranger (75,26% des réponses)
- Situation professionnelle (68,48% des réponses)
- Écllosion associée (65,93% des réponses).

Ces facteurs ont été déterminés en cherchant un taux de réponse supérieur à 60% en combinant les deux colonnes « TOUJOURS » et « SOUVENT » (ainsi une demande d'échantillon fécal serait faite *au moins 80% du temps*).

Les facteurs qui semblent être les moins préoccupants sont ceux qui présentaient un taux de réponse supérieur à 40% en combinant les colonnes « RAREMENT » et « JAMAIS » (ainsi une demande d'échantillon fécal serait faite *au plus 20% du temps*), les voilà :

- Durée de la maladie < 2 jours (85,71% des réponses)
- Durée de la maladie 2 à 5 jours (65,22% des réponses)
- Âge du patient > 1 et ≤ 5 ans (43,01% des réponses).

L'un des inconvénients évidents d'un tableau de ce genre est qu'il empêche d'identifier toute *combinaison* de symptômes qui influencerait sur la décision de demander un échantillon fécal. Un moyen de pallier à cela serait de présenter un type différent de question sur les signes et symptômes. Une approche pourrait être de présenter aux médecins un nombre de « scénarios de cas » et de leur demander de répondre dans quelle mesure ils seraient susceptibles de demander un échantillon fécal pour ce scénario. Une autre façon serait de donner aux médecins une liste et de leur demander de décrire des scénarios de signes et de symptômes (combinaisons) qui les inciteraient à demander un échantillon fécal.

Habitudes et perception relatives à la soumission d'échantillon fécal

La partie suivante du questionnaire portait sur les habitudes et les perceptions relatives à la soumission d'échantillon fécaux.

Lorsqu'on a demandé aux répondants à quelle fréquence environ ils demanderaient un échantillon fécal aux patients qui ont reçu un diagnostic de maladie gastro-intestinale aiguë, 52% ont répondu que cela se produirait environ jusqu'à 20% du temps, ce qui correspond très bien à la valeur globale tabulée de 22,34% de l'étude. Les résultats tabulés sont présentés au Tableau 7.

Tableau 7. Pourcentage approximatif des patients qui ont reçu un diagnostic de maladie GI aiguë à qui les médecins demanderaient un échantillon fécal.

| % de patients qui ont reçu un diagnostic à qui on a demandé de soumettre un échantillon fécal | % des répondants |
|--|-------------------------|
| 0-20% | 52,17 |
| >20 et ≤40% | 17,39 |
| >40 et ≤60% | 14,13 |
| >60 et ≤80% | 7,61 |
| >80% | 5,43 |
| Ne sais pas | 3,26 |

Le Tableau 8 présente les perceptions des médecins envers l'observation par les patients de la soumission d'échantillon fécal. Les commentaires portant sur les raisons du manque d'observation sont présentés après le tableau.

Tableau 8. Estimations des médecins du pourcentage d'observation par les patients de la soumission d'échantillon fécal.

| % des patients respectant la demande de soumission d'un échantillon fécal | % des répondants |
|--|-------------------------|
| 0-20% | 3,2 |
| >20 et ≤40% | 11,83 |
| >40 et ≤60% | 21,51 |
| >60 et ≤80% | 35,48 |
| >80% | 29,03 |

Voici des raisons possibles données par les médecins expliquant le manque d'observation :

- l'état du patient s'est amélioré
- sale; gênant; dégoûté de la tâche; déplaisant à collecter; nausée de s'acquitter de la tâche
- difficulté à collecter correctement les matières fécales / échantillon gâché
- trop compliqué à faire pour l'individu
- instructions trop compliquées / n'a pas compris les instructions
- patient mal informé / ne comprend pas pourquoi c'est nécessaire
- pas pratique d'amener l'échantillon au laboratoire / entreposage temporaire de l'échantillon à la maison

- « désintérêt socio-économique »

En ce qui concerne la procédure de suivi après une demande de soumission d'un échantillon, on a demandé aux médecins si leur cabinet contacterait le patient si :

- le patient n'a pas soumis d'échantillon
- les résultats de l'échantillon sont négatifs
- les résultats de l'échantillon sont positifs quant à la présence d'un pathogène déclarable

Un résumé des résultats de ces scénarios est présenté au Tableau 9.

Tableau 9. Pratiques de suivi des médecins envers les patients quant à la soumission d'échantillon.

% des répondants dans chacune des catégories

| Fréquence d'action | Contacte le patient si aucun résultat d'échantillon n'est reçu. | Contacte le patient si les résultats de l'échantillon sont négatifs. | Contacte le patient si les résultats de l'échantillon sont positifs quant à la présence de pathogène déclarable. |
|-----------------------------------|---|--|--|
| Jamais (0%) | 27,66 | 15,96 | - |
| Rarement (0-20) | 35,11 | 29,79 | 2,1 |
| Parfois (>20 et ≤80) | 25,53 | 24,47 | - |
| Presque toujours (>80 et ≤100) | 10,64 | 20,21 | 6,32 |
| Toujours (100%) | 1,06 | 9,57 | 91,58 |

Questions relatives au contact par le cabinet du médecin du Service local de santé publique, incluant les demandes d'information concernant la déclaration de cas dans les circonstances suivantes :

- une maladie gastro-intestinale déclarable (ex. *Salmonella*)
- une maladie gastro-intestinale non déclarable (ex. *Staphylococcus aureus*)
- suspicion d'intoxication alimentaire
- maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, cas isolé

- e. maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, mais faisant partie d'une grappe de ménage
- f. maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, mais faisant partie d'une éclosion d'origine alimentaire possible
- g. travailleur de l'alimentation atteint de maladie gastro-intestinale aiguë

Les réponses à ces questions sont résumées aux Tableaux 10a et 10b. Quatre-vingt-dix pour-cent des médecins contacteraient le Service de santé publique plus de 80% du temps si un organisme déclarable était isolé dans les matières fécales de leur patient. Il est important de remarquer que certains médecins ont indiqué que cela était une responsabilité de leur laboratoire d'épreuve. Il a été trouvé que 57% des médecins contacteraient le Service de santé publique plus de 80% du temps s'ils faisaient face à un cas de maladie gastro-intestinale aiguë causée par un organisme inconnu, mais faisant partie d'une éclosion d'origine alimentaire possible. Si la profession d'un patient ayant reçu un diagnostic de maladie gastro-intestinale aiguë nécessitait la manipulation d'aliments, 54% des répondants ont dit qu'ils contacteraient le Service de santé publique « souvent » ou « toujours ».

Tableau 10a. Résumé du contact par le médecin du Service local de santé publique.

% des répondants dans chacune des catégories

| Fréquence de l'action | Contact du SSP en cas de maladie GI déclarable | Contact du SSP en cas de maladie GI <i>non</i> déclarable | Contact du SSP en cas de suspicion d'intoxication alimentaire | Contact du SSP en cas de maladie GI aiguë, organisme inconnu, cas isolé |
|---------------------------|--|---|---|---|
| Jamais (0%) | 2,15 | 45,45 | 15,56 | 48,89 |
| Rarement (0-20%) | 1,08 | 35,23 | 20,00 | 36,67 |
| Parfois (>20 & ≤80%) | 7,53 | 15,91 | 32,22 | 5,56 |
| Souvent (>80 et ≤100%) | 19,35 | 1,14 | 18,89 | 6,67 |
| Toujours (100%) | 69,89 | 2,27 | 13,33 | 2,22 |

Tableau 10b Résumé du contact par le médecin du Service local de santé publique (suite).

% des répondants dans chacune des catégories

| Fréquence de l'action | Contact du SSP en cas de maladie GI aiguë, organisme inconnu, grappe de ménage | Contact du SSP en cas de maladie GI aiguë, organisme inconnu, faisant partie d'une éclosion d'origine alimentaire possible | Contact du SSP en cas de maladie GI aiguë chez un travailleur de l'alimentation |
|--------------------------|--|--|---|
| Jamais (0%) | 29,67 | 3,37 | 7,69 |
| Rarement (0-20 %) | 38,46 | 11,24 | 13,19 |
| Parfois (>20 et ≤80%) | 14,29 | 28,09 | 25,27 |
| Souvent (>80 et ≤100%) | 13,19 | 29,21 | 17,58 |
| Toujours (100%) | 4,4 | 28,09 | 36,26 |

Les perceptions des médecins concernant les épreuves que le laboratoire fait réellement subir à un échantillon fécal sont résumées. Le Tableau 11 montre le pourcentage des réponses des médecins dans chacune des catégories, à la question suivante :

« 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 toujours automatiquement la présence des pathogènes suivants ? »

Tableau 11. Perceptions des médecins à savoir si les épreuves courantes de laboratoire vérifient toujours la présence des pathogènes suivants.

| Pathogène | Oui | Non | Ne sais pas |
|------------------------------|------|------|-------------|
| <i>Salmonella</i> | 95,7 | 3,2 | 1,1 |
| <i>Campylobacter</i> | 90,4 | 7,4 | 2,2 |
| <i>Shigella</i> | 88,0 | 4,3 | 7,6 |
| <i>Vibrios (ex. Cholera)</i> | 30,0 | 17,8 | 52,2 |
| <i>E.coli O157</i> | 74,5 | 6,4 | 19,1 |
| <i>E. coli non-O157</i> | 44,3 | 19,3 | 36,4 |
| <i>Yersinia</i> | 67,4 | 8,7 | 23,9 |

Le Tableau 12 présente un résumé de ce que les médecins demandent au laboratoire de vérifier de façon précise lors de la soumission d'un échantillon fécal.

Tableau 12. Description de ce que les médecins demandent de tester de façon précise lors de la soumission d'échantillons fécaux.

| | Pourcentage des réponses dans chacune des catégories | | | | |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| | Toujours (100%) | Souvent (>80 et ≤100) | Parfois (>80 et ≤100) | Rarement (>0 et ≤20) | Jamais (0%) |
| Bactéries | 58,06 | 21,51 | 8,6 | 4,3 | 7,53 |
| Virus | 5,95 | 11,9 | 8,33 | 36,9 | 36,9 |
| Parasites | 53,76 | 32,26 | 5,38 | 3,23 | 5,38 |

La dernière question du sondage traitait de l'intérêt des médecins envers l'établissement d'un réseau d'information entre les médecins, l'hôpital et les Services de santé de la province. Un tel réseau protégé sur le Web serait des plus utiles pour toutes les parties concernées, pour la diffusion de l'information sur la santé, les tendances, suivre l'évolution des questions locales et provinciales et permettre un échange plus rapide de l'information.

Parmi les 94 répondants à cette question, 90% ont indiqué qu'ils aimeraient voir la création d'un réseau sur le Web.

Mots de la fin

Tel qu'indiqué dans l'introduction de l'Étude nationale des maladies gastro-intestinales aiguës (ENMGA), ce sondage sera étendu au niveau national dans plusieurs communautés différentes. À mesure que du financement et des occasions se présenteront, les provinces seront recrutées pour participer aux sondages sur la population et les médecins. On demandera aux provinces de présenter trois communautés dont les Services de santé sont disposées à participer et dont les données démographiques correspondent aux exigences (une urbaine, une rurale, une urbaine/rurale). Chacun des services de santé et la province seront encouragés à inclure des questions dans les sondages qui se rapportent de façon spécifique à leur milieu de santé.

Finalement, une assimilation des données provinciales dépeindra un tableau national des maladies gastro-intestinales et de leur impact au niveau de la population et des médecins. Le but du projet de l'ENMGA est inévitablement d'utiliser l'information de base recueillie pour mesurer par rapport à ces données, l'effet des programmes, des interventions et de la prévention en santé publique. Les plans futurs concernent des études en collaboration sur l'étiologie, les séquelles chroniques et les facteurs de risque.

Des études semblables sont menées aux États-Unis (CDC FoodNet), en Australie (OzFoodNet) et en Irlande (Food Safety Authority of Ireland). Des études antérieures sur l'établissement du niveau de gastro-entérite dans la population, l'insuffisance de notification dans la chaîne de notification et l'établissement de sites de médecin sentinelle ont été menées aux Pays-Bas (Hoogenboom-Verdegaal *et al* 1994; deWit *et al* 2001), en Angleterre (Roderick *et al*, 1994; Tompkins *et al* 1999; Wheeler *et al* 1999; Sethi *et al* 1999a; Sethi *et al*, 1999b) et au pays de Galles (Palmer et Smith, 1991; Chalmers et

Salmon 2000; Thomas *et al* 1998). Des efforts visant à favoriser la collaboration internationale auprès des chercheurs participant à plusieurs de ces études sont en cours.

Suite à l'étude pilote menée dans la nouvelle ville de Hamilton, des modifications seront apportées pour améliorer la facilité de lecture du sondage et retoucher certaines des options de la question portant sur les signes et symptômes qui incitent à demander des échantillons fécaux. On demandera dorénavant aux médecins de fournir une combinaison de signes et symptômes (en forme libre) qui les inciterait à demander un échantillon fécal plus de 80% du temps.

La première province qui participera au déploiement de l'ENMGA sera la Colombie-Britannique. Les sondages débuteront dans les trois communautés choisies au début d'avril 2002.

Remerciements

Sincères remerciements à tous les médecins participants de la nouvelle ville de Hamilton qui ont pris du temps de leur horaire extrêmement chargé pour remplir le sondage et nous l'envoyer. Nous avons beaucoup apprécié vos réponses et commentaires.

Nous remercions également le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire et l'Université McMaster de leur soutien et de leurs contributions à l'étude pilote.

Toute future correspondance peut être adressée à :

Victoria L. Edge (Coordinatrice des études sur les médecins, ENMGA)
Épidémiologiste
Division des entéropathies et des maladies d'origine hydrique et alimentaire
Santé Canada
1 Stone Road West, 4^{ième} étage
Guelph, ON N1G 4Y2
tél. : (519) 826-2272 Fax : (519) 826-2244
Courriel : Victoria_Edge@hc-sc.gc.ca

Références

CDC FoodNet <http://www.cdc.gov/foodnet/>

Chalmers, R.M., Salmon, R.L. 2000. Primary care surveillance for acute bloody diarrhoea, Wales. *Emerging Infectious Diseases* **6**:412-4.

de Wit, M.A.S., Koopmans, P.J., Kortbeek, L.M., vanLeeuwen, L.J., Bartelds, A.I.M., vanDuynhoven, Y.T.H.P. 2001. Gastroenteritis in sentinel general practices, the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases* **7**:82-91

Food Safety Authority of Ireland <http://www.fsai.ie>

Hoogenboom-Verdegaal AMM, DeJong, J.C., During, M., Hoogenveen, R., Hoekstra, J.A. 1994. Community-based surveillance of the incidence of gastrointestinal disease in the Netherlands. *Epidemiology and Infection* **112**:481-7.

Palmer, S., Houston, H. Lervy, B. Ribeiro, D. and Thomas, P. 1996. Problems in the diagnosis of foodborne infection in general practice. *Epidemiology and Infection* **117**:479-484

Palmer, S.R., Smith R.M.M. 1991. GP surveillance of infections in Wales. *Communicable Disease Review* **1**:R25-R28.

Roderick, P., Wheeler, J., Cowden, R.J., Sockett, P., Skinner, R., Mortimer, P., Rowe, B., and Rodrigues, L. 1995. A pilot study of infectious intestinal disease in England. *Epidemiology and Infection* **114**:277-88.

Sethi, D., Wheeler, J.G., Cowden, J.M., Rodrigues, L.C., Sockett, P.N., Roberts, J.A., Cumberland, P., Tompkins, D.S., Wall, P.G., Hudson, M.J., Roderick, P. J. 1999a. A study of infectious intestinal disease in England: plan and methods of data collection. *Communicable Disease and Public Health* **2**:101-7.

Sethi, D., Wheeler, J. G., Rodrigues, L.C., Fox, S. and Roderick, P. J. 1999b. Investigation of under-ascertainment in epidemiological studies based in general practice. *International Journal of Epidemiology* **28**:106-112

Thomas D.R., Salmon, R.L., Westmoreland, D., Palmer S.L. 1998. Surveillance of influenza in Wales: interpreting sentinel general practice rates using contemporaneous laboratory data. Opportunities and limitations. *Journal of Epidemiology and Community Health*; **52**:28S-31S.

Tompkins DS, Hudson, M.J., Smith, H.R., Eglin, R.P., Wheeler, J.G., Brett, M.M., Owen, R.J., Brazier, J.S., Cumberland, P., King, V., Cook, P.E. 1999. A study of infectious intestinal disease in England: microbiological findings in cases and controls. *Communicable Disease and Public Health* **2**:108-13.

Wheeler, J. G., Sethi, D., Cowden, J. M., Wall, P. G., Rodrigues, L. C., Tompkins, D. S., Hudson, M. J., Roderick, P. J. 1999. Study of infectious intestinal disease in England: rates in the community, presenting to general practice, and reported to national surveillance. *British Medical Journal* **318**:1046-50.

Liste des Annexes

- **Annexe 1.** Toutes les réponses en forme libre à la Question 8r.
Veillez dresser la liste de tous les autres facteurs qui influenceraient votre décision de demander un échantillon fécal.
- **Annexe 2.** Toutes les réponses en forme libre à la Question 11.
Selon vous, quelle(s) pourrai(en)t être la(les) raison(s) de ne pas s'y conformer ?
- **Annexe 3.** Toutes les réponses en forme libre à la Question 14.
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 toujours automatiquement la présence des pathogènes suivants ? Toutes autres raisons qui ne figurent pas dans cette liste ?
- **Annexe 4.** Questionnaire utilisé dans cette étude pilote (7 pages).
- **Annexe 5.** Carte de région de la nouvelle ville de Hamilton indiquant les emplacements (par code postal) des médecins participants.

ANNEXE 1.

Commentaires en forme libre des médecins sur les questions rattachées aux signes et symptômes qui les inciteraient à demander un échantillon fécal.

Q. et R. Veuillez dresser la liste de tous les autres facteurs qui influenceraient votre décision de demander un échantillon fécal.

- voyage - selon le lieu
- épidémie dans un ménage; voyage dans un pays chaud
- à répétition - connaissant le patient
- durée ou gravité des diagnostics de maladie GI
- retour de l'étranger / pays chaud
- maladie de longue durée
- maladie de longue durée; contacts avec une gastro-entérite bactérienne
- durée de la maladie; sans matières fécales; odeur; récemment à l'hôpital; utilisation d'antibiotique
- gravité / durée / fièvre / contexte
- plus de 2 semaines; perte de poids; membres de la famille atteints d'une maladie similaire
- lié à la consommation de certains aliments; poulet, viande mal lavée; éclosion dans un seul restaurant
- fréquence de défécation; malaise du patient; voyage; manger au restaurant; boire de l'eau de puits
- présentation inhabituelle
- diarrhée persiste
- diarrhée sanguinolente >=7jours; état de santé des patients; histoire de voyage
- histoire antérieure de pathogène entérique
- utilisation récente d'antibiotique
- plus de 10 à 14 jours toujours
- tout symptôme persistant >10 jours
- utilisation récente d'antibiotique (c-à-d contre C.difficile + toxine)
- fièvre; échec de réponse au traitement; selles sanguinolentes; augmentation de la douleur; déshydratation; apparition tardive de vomissements
- gravité ou durée de la maladie; bilan clinique; voyage; utilisation d'antibiotique (C. difficile)
- diarrhée sanguinolente; voyage à l'extérieur du pays; mangé au restaurant avant
- vie à la ferme avec de l'eau de puits; travail avec des eaux usées
- eau municipale par rapport à eau de puits
- manger au restaurant
- symptômes chroniques de faible intensité
- gravité des symptômes
- boire de l'eau de puits
- histoire d'utilisation récente d'antibiotiques
- diarrhée sanguinolente; diarrhée prolongée; nécessitant l'hospitalisation
- diarrhée persiste >7 jours; exposition récente à un antibiotique
- durée; sang

ANNEXE 1 (suite)

- manger dans un restaurant malpropre; aliment au goût « bizarre »
- utilisation d'antibiotique
- commodité concernant la disponibilité du laboratoire
- mucus et/ou pus dans les selles; symptômes >7 jours; histoire familiale de colite; maladie de Crohn
- échec de résolution en 7+ jours; symptômes de détérioration clinique de la santé
- histoire de culture positive pour une maladie gastro-intestinale; congé récent de l'hôpital
- certains consultants préfèrent avoir des échantillons fécaux avant de voir le patient
- voyage à l'étranger incluant le sud des États-Unis; visiteurs de l'étranger; plusieurs membres de la famille sont malades; chalet
- combinaison de facteurs
- histoire familiale de maladie inflammatoire
- maladie étendue; syndrome de Gasser; Salmonella; Shigella; premiers exemples d'éclosion; situation inhabituelle; contaminant envisagé
- durée de la maladie; fièvre; états co-morbides
- la plupart des épisodes sont liés à de la chimiothérapie
- mucus dans les selles
- origine ethnique; immigrant récent de régions éloignées avec de l'eau de puits
- enfant est hospitalisé avec déshydratation; selles virologie sont envoyées de façon typique en virologie pour suivre les tendances épidémiologiques locales et fournir de l'information de pronostic

ANNEXE 2

Commentaires en forme libre des médecins sur les questions rattachées aux demandes d'échantillon fécal.

Q11. Selon vous, quelle(s) pourrai(en)t être la(les) raison(s) de ne pas s'y conformer ?

- trop sale / odeur trop mauvaise
- n'aime pas faire ça
- manque de perspective
- désagréable à faire; résolution des symptômes
- amélioration rapide des symptômes
- patients trouve cela sale ou « dégoûtant »; les échantillons doivent être réfrigérés s'ils ne sont pas amenés immédiatement au labo
- difficulté à collecter des échantillons particulièrement s'il s'agit d'une toilette liquide; étiquetage du bocal
- nature de l'échantillon
- les selles ne peuvent pas toucher l'eau
- n'aime pas collecter des échantillons; patients trouvent cela sale
- résolution des symptômes
- conservation d'échantillons la fin de semaine
- les patients peuvent considérer la logistique de la collecte comme étant un problème
- c'est sale
- temps; gêne du patient envers le test
- manipulation des selles; il n'est pas pratique de passer une deuxième fois au labo
- amélioration de l'état
- s'améliore; mal à l'aise de collecter des selles
- patient réticent à collecter des échantillons
- patient est mieux sur le plan clinique
- pas de bonne instruction; difficile à obtenir
- s'est amélioré; dégoûté de la procédure
- indifférence; récupération
- processus sale
- instructions compliquées; devoir ramasser les bouteilles au labo et les retourner au labo
- résolution des symptômes; désagréable de collecter des échantillons
- résolution de la maladie / des symptômes
- méthode de collecte
- les procédures
- méthodes d'obtention des selles (c-à-d pas dans de l'eau traitée)
- résolution des symptômes
- résolution des symptômes; nausée
- gênant à collecter; malcommode à apporter au labo
- probablement un test peu familier et déplaisant
- confort du patient
- résolution ou résolution rapide de la maladie; malpropre et gênant

ANNEXE 2 (suite)

- insuccès à communiquer le besoin
- problèmes à ramener l'échantillon au labo
- trop malpropre; patient se sent mieux
- résolution des symptômes
- tâche de collecte des échantillons est déplaisante
- aversion de la tâche; incapacité à le faire correctement; ne comprend pas l'importance
- embarrassé
- en 27 ans d'exercice, les patients ont toujours observé la soumission d'échantillons fécaux parce qu'ils voient que je suis préoccupé
- amélioration des symptômes
- trop compliqué à faire; amélioration des symptômes
- résolution spontanée de la maladie
- si une population informée de patients - tous le font si on explique clairement pourquoi et comment le faire
- technique de collecte - s'approcher des selles; entreposage avant de l'amener au labo
- résolution des symptômes; réticence à collecter un échantillon et à l'amener au labo - très embarrassant
- résolution spontanée de la maladie; patient n'aime pas le processus de collecte de l'échantillon fécal; pas commode
- amélioration de l'état; facilement dégoûté
- processus malpropre; déplaisant
- difficulté à collecter les échantillons (couches imprégnées); résolution de la maladie
- difficulté à collecter et à mélanger avec l'agent de conservation
- résolution des symptômes; façon de collecter n'est pas claire; aversion de la collecte des selles
- pas pratique; embarras
- malcommode
- résolution des symptômes
- ne comprend pas le protocole de collecte en bouteille
- résolution des symptômes; heures de labo peu pratiques pour déposer les échantillons
- embarras
- tâche de collecte des échantillons est désagréable
- collecte des échantillons est déplaisante
- prudence; répugnance de l'échantillonnage; désintérêt socio-économique
- médecin pousse fortement les patients à se conformer (demande presque)
- intervention de la pharmacie; remèdes naturels; stupidité
- méthodes de collecte et retour au labo est malcommode
- amélioration de l'état
- à l'hôpital alors les Q9 et Q10 prennent une tournure légèrement différente
- difficulté à collecter les échantillons; récupération des symptômes
- difficulté à obtenir des tests; auto-traitement; courte durée de la maladie
- embarras; patient mal informé envers la demande
- résolution de la diarrhée; difficulté à obtenir un échantillon
- amélioration de l'état sans traitement; tests effectués si hospitalisé
- ceux que je demande sont en général à l'hôpital et sont donc collectés par le personnel infirmier
- selles sont « dégueulasses »

ANNEXE 3

Commentaires de médecins en forme libre sur les questions rattachées aux signes et symptômes qui inciteraient à demander un échantillon fécal.

Q14. 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 toujours automatiquement la présence des pathogènes suivants ? Toutes autres raisons qui ne figurent pas dans cette liste ?

- parasites
- C. difficile
- si C. difficile est demandé
- giardia
- demander C.difficile
- C.difficile demandé séparément
- Candida; prolifération de Staph

ANNEXE 4. Questionnaire utilisé dans le sondage pilote sur les médecins.

QUESTIONNAIRE DU SONDRAGE DES MÉDECINS DE PREMIERS RECOURS

Date d'aujourd'hui : (Jour/Mois/Année) _____

Nom : _____

Adresse du cabinet : _____

_____ Code postal : _____

Êtes-vous directement impliqué dans la prestation de soins aux patients pendant au moins 8 heures par semaine, en moyenne ?

oui **→** Veuillez commencer le questionnaire

non **→** Veuillez arrêter ici et retourner le questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe.

Merci de votre contribution.

Ce sondage fait partie d'une initiative de Santé Canada visant à étudier les maladies gastro-intestinales dans la communauté. En sondant tous les cabinets de médecine familiale dans la nouvelle ville de Hamilton, nous espérons avoir une idée de la charge de patients à laquelle les médecins font face pour ce type de maladie et déterminer le protocole général suivi par les médecins lors d'un diagnostic. 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 un cabinet privé

Médecine pédiatrique dans un cabinet privé

Médecine des services d'urgence

Clinique de consultation sans rendez-vous

Autre

Veuillez préciser : _____

2. Mis à part vous-même, y a-t-il d'autres médecins dans votre cabinet ?

oui **non**

3. Quelle est la taille approximative de votre propre clientèle de patients ? _____

(nombre de patients)

4. Environ quel pourcentage de votre clientèle de patients vit dans la nouvelle ville de Hamilton (Glanbrook, Stoney Creek, Dundas, Ancaster, Flamborough, Hamilton) ?

(veuillez cocher la réponse qui convient)

- 100%
- ≥75 et <100%
- ≥50 et <75%
- ≥25 et <50%
- <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 2 semaines sans symptôme.

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 ?

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 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?

- Toujours (100% of the time)
- Souvent (≥80% et <100% du temps)
- Parfois (≥20% et <80% du temps)
- Rarement (< 20% du temps)
- Jamais (0%)
- Non pertinent (Non pertinent pour la demande d'échantillon fécal)

(veuillez encercler la réponse qui convient)

| | Toujours (100%) | Souvent (≥20% et <80%) | Parfois (≥20% et <80%) | Rarement (<20%) | Jamais (0%) | Non pertinent |
|--|--------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------|----------------|------------------|
| <i>a.</i> Durée de la maladie (<2 jours) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>b.</i> Durée de la maladie (2-4 jours) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>c.</i> Durée de la maladie (>5 jours) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>d.</i> Fièvre (≥38°C) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>e.</i> Diarrhée sanguinolente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>f.</i> Douleurs abdominales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>g.</i> Déshydratation clinique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>h.</i> À la demande du patient | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>i.</i> Séjour de camping récent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>j.</i> Voyage récent à l'étranger | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>k.</i> Éclosion associée | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>l.</i> Âge du patient (≤1 an) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>m.</i> Âge du patient (>1 et ≤5 ans) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>n.</i> Âge du patient (>5 et ≤65 ans) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>o.</i> Âge du patient (>65 ans) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>p.</i> Patient immunodéprimé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>q.</i> Situation professionnelle (c-à-d travailleur de garderie, travailleur de l'alimentation,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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

9. En général, parmi les 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. 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%)
- presque toujours (≥80 et <100%)
- parfois (≥20 et <80%)
- rarement (<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%)
- presque toujours (≥80 et <100%)
- parfois (≥20 et <80%)
- rarement (<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%)
- presque toujours (≥80 et <100%)
- parfois (≥20 et <80%)
- rarement (<20%)
- jamais (0%)

13. 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 (<20%) | Jamais (0%) |
|--|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------|----------------|
| a. Une maladie gastro-intestinal notifiable. (ex. <i>Salmonella</i>) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Une maladie gastro-intestinal non notifiable. (ex. <i>Staphylococcus aureus</i>) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Suspicion d'intoxication alimentaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, cas isolé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, mais faisant partie d'une grappe de ménage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Maladie gastro-intestinale aiguë, organisme inconnu, mais faisant partie d'une éclosion d'origine alimentaire possible. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. Travailleur de l'alimentation atteint de maladie gastro-intestinale aiguë. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. 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 toujours automatiquement la présence des pathogènes suivants ? (veuillez cocher la réponse qui convient)

| | | | |
|------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Salmonella | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Campylobacter | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Shigella | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Vibriosis | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| E.coli O157 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Non O157 E. coli | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |

Yersinia oui non ne sais pas

Autre oui non ne sais pas

Si vous avez répondu **oui** à « **Autre** » ...veuillez en dresser la liste :

15. 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 (<20%) | Jamais (0%) |
|------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------|
| <i>Bactéries</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <i>Virus</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <i>Parasites</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. Certaines régions ont développé un réseau d'information protégé sur le Web entre les cabinets de médecins, les salles d'urgence d'hôpitaux et le service de santé local; ce réseau est utilisé pour aider à surveiller les tendances des maladies entériques infectieuses. Un tel réseau peut intégrer de l'information telle que des données hebdomadaires globales sur des maladies spécifiques et des résultats de culture et fournir des mises à jour sur les éclosions.

Seriez-vous en faveur du développement d'un système similaire dans votre région ?

oui non existe déjà

17. Seriez-vous intéressé à recevoir du matériel éducatif pour votre cabinet concernant le diagnostic et la prise en charge des maladies d'origine alimentaire ?

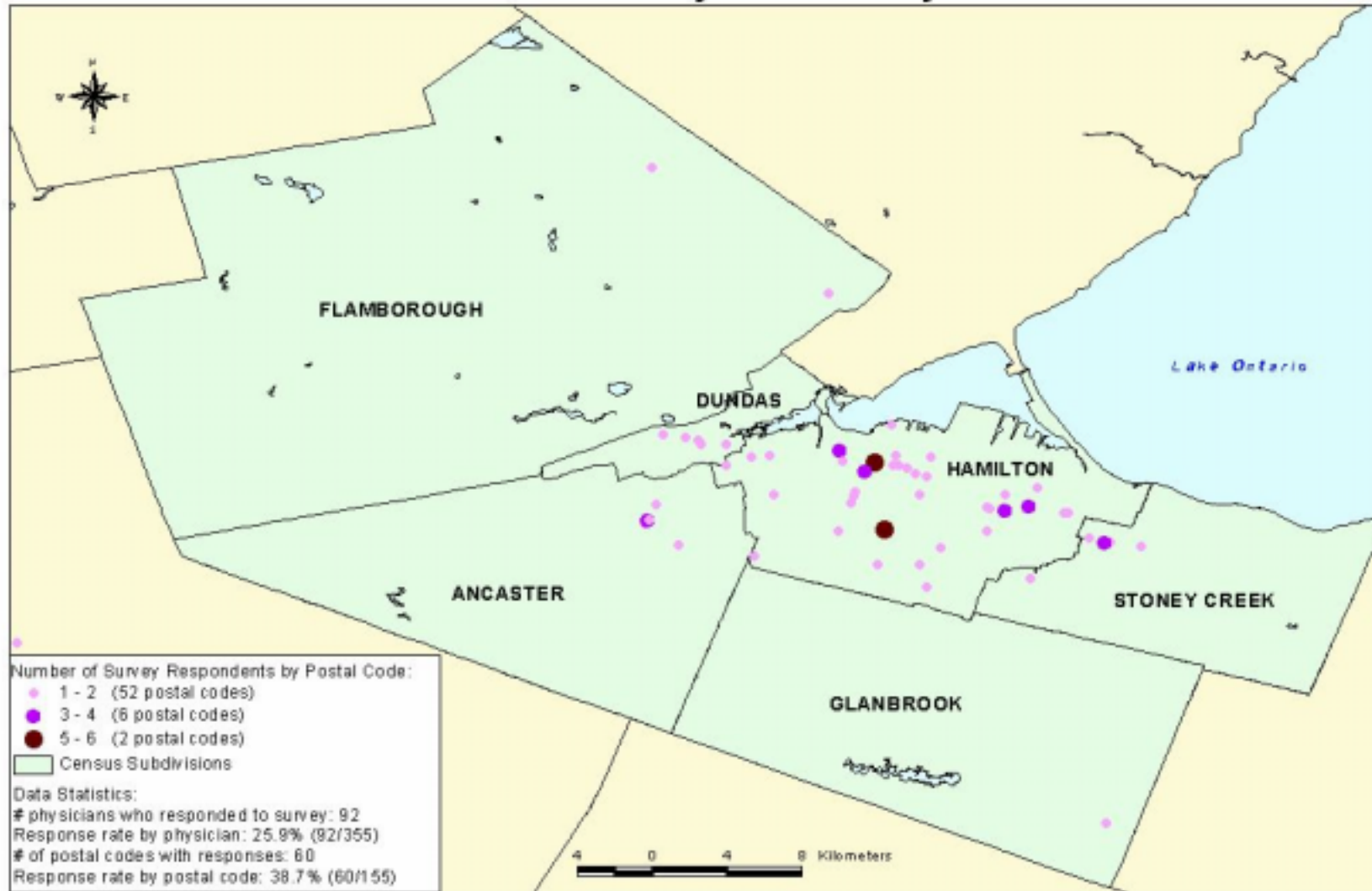
oui non

COMMENTAIRES :

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce sondage et de votre contribution à cette étude.
Veuillez retourner votre sondage rempli en vous servant de l'enveloppe adressée et timbrée ci-jointe.

ANNEXE 5 Carte de la région de la nouvelle ville de Hamilton indiquant les emplacements (par code postal) des médecins qui ont participé au sondage pilote sur les médecins. Il y a eu 96 répondants, dont 4 qui n'ont pas inclus leur code postal.

A Pilot Study of Acute Gastrointestinal Illness in the Hamilton Region: Results From a Physician Survey*



Note: One survey respondent's postal code is in Brantford, Brant County and has been counted in these statistics.
*Survey period was from May through June 2001 and is part of a joint project between Health Canada and McMaster University.