



**ÉVALUATION DE LA
DIFFUSION DE LA
PREMIÈRE SÉRIE DE
GUIDES CLINIQUES EN
ANTIBIOTHÉRAPIE ET DE
LEUR APPRÉCIATION
PAR LES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

Octobre 2008

Conseil du médicament



Recherche, conception et rédaction

Anne Fortin, B. Pharm., M. Sc.

Traitement informatique et statistique

André Comeau, B. Pharm., pharmacien

Michel Gaudet, M. Sc., biostatisticien

Révision

Claudine Laurier, Ph. D., pharmacienne

Régis Blais, Ph. D.

Line Guénette, Ph. D., pharmacienne

Sonia Lantin, B. Pharm., D.P.C., pharmacienne

Alice Ndayegamiye, M. Sc., M.B.A., microbiologiste

Membres du Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal

Consultation

Michel Cauchon, M.D., F.C.M.F., omnipraticien

Révision linguistique

Les Publications du Québec

Conception graphique de la couverture

Reprographie gouvernementale

Tout renseignement sur le présent rapport peut être obtenu en communiquant avec le Conseil du médicament. On peut obtenir ce document en version électronique à partir du site Internet du Conseil.

Conseil du médicament

Édifice Iberville I, 1^{er} étage, bureau 100

1195, avenue Lavigerie

Québec (Québec) G1V 4N3

Téléphone : 418 644-8103

Télécopieur : 418 644-8120

Courriel : cdm@cdm.gouv.qc.ca

Site Internet : www.cdm.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN 978-2-550-54321-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-54322-0 (format PDF)

© Gouvernement du Québec, 2008

Reproduction intégrale ou partielle autorisée à condition que la source soit citée.

Table des matières

1.	SOMMAIRE.....	5
2.	INTRODUCTION	7
3.	DIFFUSION PASSIVE DES GUIDES D'ANTIBIOTHÉRAPIE	11
3.1	Sommaire méthodologique et résultats	11
3.1.1	Nombre de guides distribués selon le type de professionnels.....	11
3.1.2	Nombre de demandes additionnelles	12
4.	DIFFUSION ACTIVE DES GUIDES D'ANTIBIOTHÉRAPIE	13
4.1	Sommaire méthodologique et résultats	13
5.	APPRÉCIATION DES GUIDES PAR LES MÉDECINS DU QUÉBEC	15
5.1	Sommaire méthodologique et résultats	15
5.1.1	Résultats de l'enquête en ligne	15
5.1.2	Résultats de l'enquête postale	16
5.1.3	Caractéristiques des répondants et comparaisons avec l'ensemble de la population à l'étude.....	17
5.1.4	Autres caractéristiques des répondants	18
5.1.5	Consultation des guides cliniques	19
5.1.6	Taux de lecture et de conservation selon certaines caractéristiques des médecins	20
5.1.7	Utilité et utilisation des guides cliniques	22
5.1.8	Taux d'utilisation des guides cliniques selon certaines caractéristiques des médecins	24
5.1.9	Format des guides cliniques et consultation.....	25
5.1.10	Recommandations pour le traitement de la pharyngite	26
5.1.11	Proportion de médecins disant avoir été influencés par les guides pour le traitement de la pharyngite selon certaines caractéristiques des médecins	27
5.1.12	Sources d'information utilisées pour prendre une décision clinique ...	29

6.	TENDANCES D'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES (BANQUE DE DONNÉES COMPUSCRIPT D'IMS)	31
6.1	Sommaire méthodologique et résultats	31
7.	CONCLUSION	33
8.	ANNEXES	35
8.1	Diffusion active	35
8.2	Enquête électronique et postale	41
8.3	Données complémentaires	54
9.	RÉFÉRENCES	59
10.	BIBLIOGRAPHIE	63

1. SOMMAIRE

En novembre 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux confiait un mandat au Conseil du médicament visant à formuler des recommandations relatives à l'adoption de pratiques optimales en matière d'antibiothérapie, dans le contexte de l'épidémie de *Clostridium difficile* et de période grippale. De façon à pouvoir remplir ce mandat, le Conseil publiait une première série de onze guides cliniques destinés aux praticiens, portant sur le traitement de sept infections courantes en médecine de première ligne. Ces documents relatifs à l'utilisation d'antibiotiques ont été conçus à titre de référence afin d'appuyer les médecins dans leur travail. En décembre 2005, le Conseil lançait une deuxième série de guides, poursuivant le second volet de sa mission, soit de mieux cibler les conditions fréquemment rencontrées dans les établissements de santé et en milieu ambulatorio. Encore une fois, il a fait appel à plusieurs experts du réseau de la santé pour produire sept nouveaux guides cliniques synthèses.

Au total, près de 30 000 exemplaires de la première série de guides cliniques ont été distribués entre le 25 janvier 2005 et le 31 décembre 2007. En avril 2005, des versions téléchargeables, en formats PDF et PDA (pour ordinateurs de poche de type Palm ou Pocket PC) de chacun des guides cliniques voient le jour sur le site Internet du Conseil. Au cours de la période s'échelonnant du mois d'avril 2005 à la fin de décembre 2007, un total de 193 500 téléchargements (54 500 pour la version en format PDF et 139 000 pour la version PDA) ont été comptabilisés à partir du site Internet pour une moyenne mensuelle de 533 téléchargements par guide.

Afin de pouvoir valider leur appréciation, un sondage a été réalisé auprès de 750 médecins du Québec choisis de façon aléatoire. L'objectif du sondage était de vérifier le taux de pénétration et d'utilisation des guides par les médecins du Québec.

Voici les principaux constats :

- 73,5 % des répondants se souviennent avoir vu ou reçu les guides;
- 90 % de ceux-ci rapportent en avoir lu au moins un;
- 96,8 % des médecins ayant lu au moins un guide les disent utiles;
- 90 % des médecins ayant lu au moins un guide en ont conservé au moins un;
- 72 % des omnipraticiens et 28% des spécialistes disent utiliser les guides;
- 68,5 % des médecins ayant lu au moins un guide rapportent utiliser cet outil pour prendre des décisions thérapeutiques ou pour donner des explications à leurs patients;
- 81,2 % des répondants indiquent que les recommandations du Conseil ont beaucoup ou moyennement d'impact sur leurs habitudes de prescription (la proportion est semblable pour les recommandations provenant des différentes associations médicales et des consensus de congrès).

Les résultats de l'enquête ont permis de conclure que les guides d'antibiothérapie du Conseil du médicament ont été bien reçus et bien utilisés par la majorité des répondants.

En complément, un portrait de l'utilisation des antibiotiques au Québec par rapport au reste du Canada pour une période de deux ans précédant la diffusion des guides, soit de janvier 2003 jusqu'en décembre 2007 (données d'IMS Health) est présenté en annexe.

Les principaux constats sont que, de 2003 à 2007, au Québec, le nombre d'ordonnances d'antibiotiques servis par 1 000 habitants baissait de 6,2 %, alors que dans les autres provinces canadiennes, il augmentait de 4 %. Si l'on ne considère que les années 2004 et 2005, on dénote une baisse de 4,2 % au Québec par rapport à une hausse de 6,5 % dans les autres provinces canadiennes. On remarque que le Québec se positionne favorablement par rapport au reste du Canada en ce qui concerne la prescription d'antibiotiques.

2. INTRODUCTION

Dans le contexte de l'approche de l'épidémie de *Clostridium difficile* et de la saison grippale qui avait cours au Québec en 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux mandatait le Conseil du médicament pour lui formuler des recommandations sur les meilleures pratiques en antibiothérapie et en surveillance sur l'usage des antibiotiques. Constituant le thème du troisième axe de la Politique du médicament publiée en février 2007, l'usage optimal des médicaments qui maximise les bienfaits et minimise les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales, interpelle les professionnels de la santé.

Afin de répondre à cette demande, le Conseil a réalisé et diffusé au cours de l'année 2005 une première série de guides cliniques d'antibiothérapie à l'intention des médecins et pharmaciens du Québec. Les guides ont été élaborés en concertation et avec l'appui des partenaires du réseau de la santé, dont les ordres et associations professionnels de médecins et de pharmaciens. Les documents suivants, relatifs à l'utilisation d'antibiotiques, ont été conçus à titre de référence :

1. La rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'enfant
2. La rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte
3. La pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte
4. L'otite moyenne aiguë chez l'enfant
5. La pneumonie chez l'enfant
6. La pneumonie chez l'adulte
7. La bronchite aiguë et exacerbation aiguë de bronchite chronique (MPOC)
8. Les infections urinaires chez l'adulte
9. Le traitement de la diarrhée ou de la colite associée au *C. difficile*
10. Le guide posologique des antibiotiques courants chez l'enfant
11. Le guide posologique des antibiotiques courants chez l'adulte

Avant d'entreprendre la mise à jour des guides, le Conseil s'est interrogé, d'une part, sur l'efficacité du processus de diffusion de ceux-ci et d'autre part, sur leur appréciation par les médecins du Québec. Il a donc procédé à un appel de propositions en invitant cinq firmes spécialisées pour réaliser une enquête sur l'appréciation des guides cliniques par les médecins. La firme Sogémap, spécialisée en évaluation de programmes a été retenue à cet effet. L'enquête a été menée à partir de deux populations, la première étant composée de 4 622 médecins ayant une adresse courriel connue et la deuxième étant constituée de l'ensemble des médecins dont l'adresse courriel était inconnue (13 375 noms). De cette population, un échantillon de 1 000 médecins a été extrait de façon aléatoire avec l'aide du logiciel SPSS. En complément, le Conseil a mandaté la firme IMS Health pour brosser un portrait de l'utilisation des antibiotiques au Québec par rapport au reste du Canada pour une période de deux ans précédant la diffusion des guides jusqu'à trois ans après leur diffusion.

Les trois objectifs de départ étaient donc les suivants :

1. Connaître la diffusion passive et active des onze guides d'antibiothérapie mentionnés ci-dessus.
2. Connaître l'opinion des médecins tant sur l'utilité que la fiabilité attribuée à ces guides.
3. Tenter d'estimer l'effet de certains de ces guides sur le choix des traitements prescrits.

Une étude a été publiée par Cabana et collaborateurs¹ en 1999 dans la revue *JAMA* sur les facteurs pouvant contribuer à limiter l'efficacité des guides cliniques pour changer le comportement des prescripteurs. L'étude démontre la présence de quatre facteurs limitatifs :

1. L'ignorance de l'existence des guides cliniques
2. Le manque de familiarité avec les guides cliniques
3. Le désaccord avec le contenu des guides cliniques
4. La croyance de ne pas pouvoir suivre les guides

Selon les auteurs, l'adhésion des médecins est une étape cruciale pour traduire les recommandations en résultats ou améliorations. Par contre, une panoplie de barrières semble entraver le processus. L'ignorance de l'existence ainsi que le manque de familiarité avec les guides cliniques sont les principaux facteurs influant sur la prise de connaissance de l'information dans les guides par le médecin. Malgré une connaissance adéquate et une bonne attitude, les facteurs limitatifs mentionnés précédemment peuvent altérer l'habileté du médecin à suivre les recommandations qui y sont mentionnées.

1. L'ignorance de leur existence

La recherche étant en constante évolution, il devient difficile pour n'importe quel médecin de s'approprier la totalité des guides cliniques disponibles sur un sujet et de les appliquer de façon critique^{2, 3}. Même si les guides cliniques bénéficient d'une grande popularité, plus de 10 % des médecins ne sont pas au courant de l'existence de plus de 75 % des guides cliniques existants.

2. Le manque de familiarité

Connaître l'existence des guides cliniques n'est pas une garantie de familiarité avec les recommandations qui y sont faites. Il y a de nombreuses études publiées à cet effet, mais seulement quelques-unes mesurent à la fois la connaissance de l'existence ainsi que la familiarité^{4, 5, 6}.

Malgré une connaissance très étendue de l'existence de certains guides cliniques (comme des guides cliniques sur l'immunisation), moins de 10 % des médecins semblent au courant de l'existence de la quasi-totalité des guides cliniques étudiés. Les mêmes auteurs confirment que les cliniciens n'appliquent pas les principes des différents guides pour la simple et bonne raison qu'ils ne connaissent pas leur existence ou leur contenu.

3. Le désaccord avec le contenu des guides

Plusieurs études de revue⁷⁻²⁸ ont porté sur les nombreuses raisons pouvant expliquer le désaccord en tant que barrière à l'adhérence aux guides cliniques. Au moins 10 % des répondants sont en désaccord avec les guides cliniques par rapport à des différences dans l'interprétation de l'évidence clinique, c'est-à-dire que les guides cliniques seraient trop simples ou qu'ils diminueraient l'autonomie de l'utilisateur.

Quinze autres études²⁹⁻⁴¹ ont investigué plusieurs exemples possibles de désaccord comme barrière à l'adhérence aux guides cliniques en général. Encore ici, au moins 10 % des répondants étaient en désaccord avec les guides cliniques parce qu'ils sont trop simplifiés, qu'ils diminuent l'autonomie de l'utilisateur, qu'ils ne sont pas pratiques et qu'ils sont porteurs de biais, qu'ils diminuent la flexibilité, que les auteurs manquent de crédibilité ou qu'ils conduisent à une relation patient-médecin plus impersonnelle.

En 2001, Gross et Pujat⁴² étudiaient différentes stratégies pour favoriser l'usage des guides cliniques et maximiser leur efficacité. Après une revue d'une quarantaine d'études portant sur l'antibiothérapie, ils ont conclu que les meilleures méthodes pour favoriser le respect des guides sont des stratégies de visiteurs médicaux (séance éducative personnalisée ou « academic detailing »), de rétroaction, de séances interactives en petits groupes (sous forme d'ateliers). De plus, les programmes informatisés d'aide à la décision seraient des stratégies gagnantes.

4. La croyance de ne pas pouvoir suivre les guides

Si un médecin juge qu'une recommandation ne mènera pas à une amélioration tangible, il est peu probable qu'il adhère à la recommandation. Par exemple, dans un contexte de cessation tabagique, même si la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recommande une thérapie d'accompagnement au moment d'une visite médicale⁴³ et que la plupart des médecins sont d'accord avec la recommandation⁴⁴, les fumeurs ne sont pas nécessairement incités à arrêter de fumer pour autant au moment de la visite médicale^{45, 46}. Une importante raison de non-adhésion des praticiens demeure la croyance qu'ils n'auront pas de succès en bout de ligne^{47, 48}.

En 2007, dans une revue Cochrane⁴⁹ en milieu ambulatoire corroborant les résultats de 39 études, les auteurs ont conclu que les interventions ciblant à la fois les médecins, les patients ainsi que la population seraient plus efficaces que les interventions effectuées seulement auprès des médecins. Aucune intervention singulière ne peut être recommandée, et ce, peu importe le milieu. Les interventions à facettes multiples arborant des volets éducationnels sur différents plans s'appliqueraient avec succès après identification des résistances locales aux changements. Seules les interventions à facettes multiples auraient eu le pouvoir de réduire la prescription d'antibiotiques pour des indications inappropriées. Dans l'avenir, des interventions chez les patients et des outils de rappel pour les médecins seraient des avenues prometteuses et mériteraient une investigation exhaustive.

Les sections suivantes présentent donc les résultats de l'évaluation de la diffusion et de l'appréciation des guides cliniques par les médecins du Québec. Une information détaillée en ce qui concerne les méthodologies de recherches utilisées ainsi qu'un portrait de l'usage des antibiotiques au Québec de 2003 à 2007 (données IMS) se trouvent en annexe.

3. DIFFUSION PASSIVE DES GUIDES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

3.1 Sommaire méthodologique et résultats

Les données sur la diffusion passive ont été colligées par la permanence du Conseil. Le nombre de professionnels ayant reçu les fiches lors des envois postaux originaux, les commandes téléphoniques et postales adressées au Conseil par téléphone ou au moyen du bon de commande disponible sur le site Internet sont comptabilisés. Le type de professionnels (omnipraticien, spécialiste, pharmacien communautaire ou en établissement de santé), les milieux de pratique (université, clinique médicale ou CLSC, pharmacie, industrie pharmaceutique, centre hospitalier, CHSLD ou autres) ainsi que la période d'envoi sont décrits.

Le terme **diffusion passive** s'applique aux activités déployées lors du lancement réalisé par le Conseil, comme les envois postaux originaux et subséquents ne nécessitant pas d'action particulière de la part des professionnels ciblés. Le 25 janvier 2005, au total, 25 000 exemplaires de la première série de guides ont été distribués aux 18 300 médecins membres du Collège des médecins du Québec (CMQ) ainsi qu'à tous les pharmaciens membres de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). Un communiqué de presse a été diffusé à cet effet.

3.1.1 Nombre de guides distribués selon le type de professionnels

Type de professionnels	n	%
Médecins omnipraticiens	9 000	36,0
Médecins spécialistes	9 300	37,2
Pharmaciens communautaires	5 500	22,0
Pharmaciens en établissement de santé	1 200	4,8
Ensemble des professionnels	25 000	100

Une deuxième impression de tous les guides a été lancée en mars 2005. De cette réimpression, environ 1 600 guides ont été distribués aux étudiants en médecine, aux étudiants en pharmacie, aux membres de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (CMDP), aux comités de prévention des infections ainsi qu'aux comités de pharmacologie. De surcroît, le Conseil du médicament a reçu 346 demandes additionnelles pour une quantité totale de près de 4 500 guides.

Au total, près de 30 000 exemplaires de la première série des guides ont été diffusés entre le 25 janvier 2005 et le 31 décembre 2007

3.1.2 Nombre de demandes additionnelles

Milieu	Demandes distinctes		Quantités demandées*	
	n	%	n	%
Universités	85	24,6	3 116	67,8
Cliniques médicales ou CLSC	43	12,4	135	2,9
Pharmacies	16	4,6	35	0,8
Industrie pharmaceutique	6	1,7	160	3,5
Centres hospitaliers ou CHSLD	121	35,0	744	16,2
Autres (non affiliés)	70	20,2	399	8,7
Inconnu	5	1,4	6	0,1
Total	346	100	4 595	100

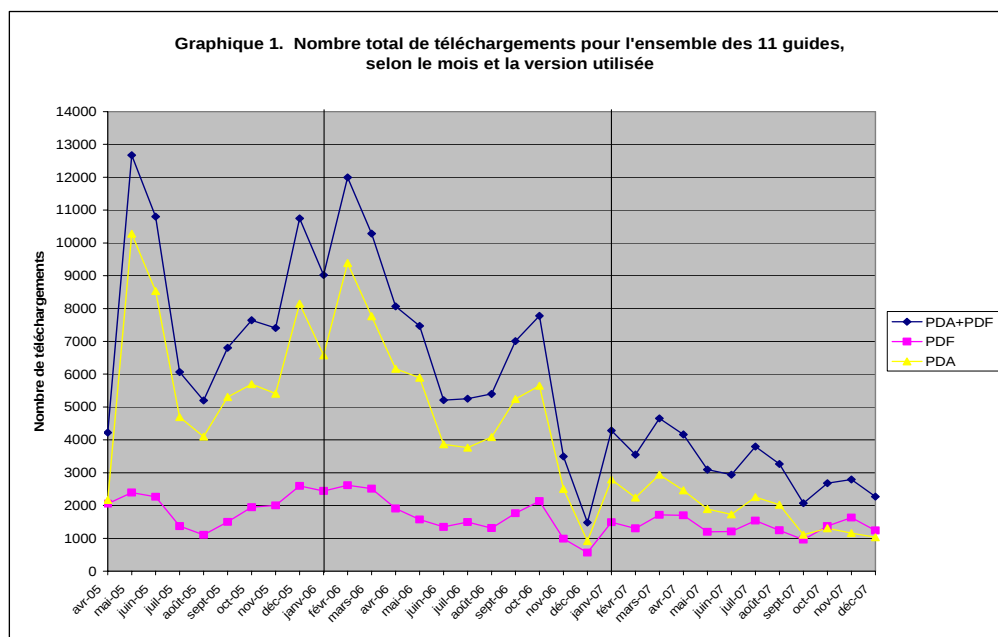
*La majorité des demandes concernaient l'ensemble des onze guides disponibles.

Entre le 1^{er} avril et le 30 décembre 2007, 324 demandes distinctes se sont ajoutées. Le registre ne nous permettant pas de retracer le nombre exact de guides demandés durant cette période, il n'a pas été possible d'intégrer ces chiffres dans ce dernier tableau.

4. DIFFUSION ACTIVE DES GUIDES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

4.1 Sommaire méthodologique et résultats

Des statistiques ont été colligées à partir de l'exploitation du site Internet du Conseil du médicament pour les versions en format PDF ou PDA. Le nombre de téléchargements pour chacun des onze guides par diagnostic précis (diffusion active) de même que le nombre total de téléchargements pour l'ensemble des guides selon le mois et la version utilisée ont été comptabilisés. Le terme **diffusion active** représente le nombre de téléchargements des guides sur un support informatique à partir du site Internet du Conseil depuis le mois d'avril 2005.



Le graphique 1 illustre le nombre total de téléchargements pour l'ensemble des onze guides selon le mois et la version utilisée. Le nombre total de téléchargements pour chacun des onze guides par diagnostic précis se trouve à l'annexe 8.1. Cependant, cette information ne permet pas de retracer de façon quantitative le nombre d'impressions papier des guides consultés.

Sur la période s'étendant entre le mois d'avril 2005 et la fin de décembre 2007 (graphique 1), nous avons comptabilisé un total de 193 500 téléchargements (54 500 pour la version en format PDF et 139 000 pour la version PDA pour ordinateurs de poche de type Palm ou Pocket PC). Nous observons en moyenne 533 téléchargements mensuels par guide pendant cette période. De plus, le nombre de téléchargements a atteint son maximum en mai 2005, soit au début du trimestre suivant l'apparition des guides sur le site Internet. Il semble aussi y avoir une certaine recrudescence des téléchargements de la quasi-totalité des guides en février et en octobre 2006. Les trois guides bénéficiant du plus grand nombre de téléchargements portent sur les sujets suivants : infections urinaires, pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte, et bronchite aiguë. Parmi ceux-ci, le guide sur la pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte est celui qui a fait l'objet du plus grand nombre de téléchargements.

5. APPRÉCIATION DES GUIDES PAR LES MÉDECINS DU QUÉBEC

5.1 Sommaire méthodologique et résultats

- **Constitution de l'échantillon et sollicitation des médecins en faisant partie**

L'enquête auprès des médecins a été menée à partir de deux populations. Une première population était composée de 4 622 médecins ayant une adresse courriel¹ connue (fichier Excel transmis par le Collège des médecins du Québec). Un courriel leur a été transmis les invitant à participer à l'enquête en répondant à un questionnaire en ligne. Ce courriel comprenait une brève description des objectifs de l'enquête et un lien pour accéder au questionnaire en ligne (taux de réponse observé de 12,1 % ou $519/4288 \times 100$; n=519). Afin d'augmenter les chances d'obtenir plus de 500 répondants, un envoi postal du questionnaire auprès d'un échantillon de 1 000 médecins a été réalisé de façon à compléter l'enquête électronique. Ces 1 000 médecins n'ayant pas d'adresse courriel ont été sélectionnés de façon aléatoire par le logiciel SPSS. Le fichier contenait 13 375 noms (excluant les médecins ayant une adresse courriel). Le taux de réponse observé sur le nombre d'adresses valides a été de 23,6 % ou $231/980 \times 100$; n=231. Les résultats de l'enquête constituent une mesure relativement précise de l'opinion des médecins sur les guides cliniques. La marge d'erreur a été estimée à +/-3,5 % avec un niveau de confiance de 95 %. L'instrument de collecte des données, le déroulement détaillé de l'enquête, la méthodologie utilisée pour l'analyse des renseignements recueillis et le questionnaire sont décrits dans l'annexe 8.2.

5.1.1 Résultats de l'enquête en ligne

	n	%
Courriels transmis	4 622	100,0
Courriels non valides	315	6,8
Courriels valides	4 307	93,2
Refus de participer	19	0,4
Questionnaires remplis	519	11,2
Questionnaires remplis partiellement ¹	64	1,4
Questionnaires non remplis mais ouverts	157	3,4
Questionnaires transmis, non remplis et non ouverts	3 583	76,8
Taux de réponse sur courriels valides	--	12,1

I. Les questionnaires remplis partiellement sont des questionnaires dont le répondant n'a rempli que la première ou la deuxième page. Ces questionnaires ont donc été exclus de l'analyse.

1. Il pouvait s'agir d'une adresse personnelle ou professionnelle. Dans certains cas, il s'agissait d'une adresse commune à plusieurs médecins, par exemple l'adresse courriel d'une clinique.

5.1.2 Résultats de l'enquête postale

	n	%
Nombre de questionnaires transmis	1 000	100,0
Nombre de questionnaires retournés mais non remplis	20	2,0
Nombre de questionnaires remplis	231	23,1
Taux de réponse sur adresses valides	--	23,6

• Caractéristiques des répondants

Les répondants à l'étude sont majoritairement des hommes (58,2 %), ce qui correspondait à la situation des médecins inscrits au Québec en 2006 (63,8 % étaient des hommes). Un peu plus des trois quarts des répondants (79,1 %) se situent dans les groupes d'âge 35-49 ans (39,9 %) ou 50-64 ans (39,2 %).

La moitié (soit 50,5 %) des répondants à l'enquête sont des spécialistes et 43,2 % sont des omnipraticiens

La moitié des répondants (soit 50,5 %) sont des spécialistes et 43,2 % sont des omnipraticiens. Les autres répondants sont soit non pratiquants ou résidents (5,8 % c. 0,4 %). Les données sur la discipline pour l'ensemble des médecins au Québec ne distinguent que deux catégories : spécialistes et omnipraticiens (50,8 % c. 49,2 %). Malgré ces différences dans les catégories liées à la discipline, le profil général des répondants demeure semblable à celui de l'ensemble des médecins.

Principalement, 62,1 % des répondants proviennent d'une des trois régions suivantes : Montréal (37,7 %), Capitale-Nationale (14,2 %) et Montérégie (10,2 %). Cette proportion est de 62,6 % pour l'ensemble des médecins (Montréal = 36,6 %, Capitale-Nationale = 13,3 % et Montérégie = 12,7 %).

La moitié (50,3 %) des répondants ont comme principal lieu d'activité un centre hospitalier. Les autres lieux d'activité qui regroupent le plus de répondants sont : les cliniques ou les cabinets privés (19,9 %), les CLSC (7,3 %), les groupes de médecine de famille (7,2 %) et les ministères et organismes publics (7,1 %).

Pour ce qui est de la clientèle, 15,8 % des répondants indiquent que leur clientèle est composée majoritairement d'enfants de 18 ans et moins, 47 % indiquent que leur clientèle est composée d'adultes de 19 à 64 ans et 32,9 %, de personnes de 65 ans et plus.

5.1.3 Caractéristiques des répondants et comparaisons avec l'ensemble de la population à l'étude

RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE			POPULATION DE MÉDECINS INSCRITS AU 31 DÉCEMBRE 2006	
	n	%	n	%
Sexe				
Femmes	310	41,8	6 893	36,2
Hommes	432	58,2	12 174	63,8
Total	742	100,0	19 067	100,0
Âge				
Moins de 35 ans	55	7,4	1 999	10,3
35-49 ans	297	39,9	7 607	39,3
50-64 ans	292	39,2	6 600	34,1
65 ans et plus	101	13,6	3 160	16,3
Total	745	100,0	19 366	100,0
Discipline				
Omnipraticien	303	43,2	9 386	49,2
Résident	3	0,4		
Spécialiste	354	50,5	9 681	50,8
Je ne pratiquais pas, mais j'utilisais le titre	41	5,8		
Total	701	100,0	19 067	100,0
Principal lieu d'activité professionnelle				
Bas-Saint-Laurent	19	2,6	456	2,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	23	3,2	541	3,0
Québec (Capitale-Nationale)	103	14,2	2 399	13,3
Mauricie et Centre-du-Québec	28	3,9	866	4,8
Estrie	59	8,1	856	4,7
Montréal	273	37,7	6 605	36,6
Outaouais	24	3,3	547	3,0
Abitibi-Témiscamingue	0	1,8	294	1,6
Côte-Nord	4	0,6	188	1,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	14	1,9	236	1,3
Chaudière-Appalaches	31	4,3	695	3,8
Laval	17	2,3	622	3,4
Lanaudière	20	2,8	606	3,4
Laurentides	20	2,8	786	4,4
Montérégie	74	10,2	2 291	12,7
Nord-du-Québec	2	0,3	67	0,4
Total	711	100,0	18 055	100,0

5.1.4 Autres caractéristiques des répondants

RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE		
	n	%
Principal lieu d'activité professionnelle		
Centre hospitalier de courte ou de longue durée	377	50,3
Clinique ou cabinet privés	149	19,9
CLSC	55	7,3
Groupe de médecine de famille (GMF)	54	7,2
Ministère ou organisme	53	7,1
Recherche, enseignement	29	3,9
Retraité	19	2,5
Autre	14	1,9
Total	750	100,0
Proportion de la clientèle : Enfants de 18 ans ou moins		
0 %	167	27,3
1 à 9 %	122	19,9
10 à 49 %	226	36,9
50 % et plus	97	15,8
Total	612	100,0
Proportion de la clientèle : Adultes de 19 à 64 ans		
0 %	74	11,7
1 à 9 %	20	3,2
10 à 49 %	241	38,1
50 % et plus	297	47,0
Total	632	100,0
Proportion de la clientèle : Personnes de 65 ans et plus		
0 %	89	14,1
1 à 9 %	41	6,5
10 à 49 %	295	46,6
50 % et plus	208	32,9
Total	633	100,0

- **Lecture et conservation des guides cliniques**

5.1.5 Consultation des guides cliniques

Chez les médecins se rappelant avoir vu ou reçu les guides, environ 90 % rapportent en avoir lu au moins un. Chez ceux ayant lu au moins un guide, 90 % en ont conservé au moins un.

RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE		
	n	%
Vous rappelez-vous avoir vu ou reçu les guides cliniques?		
Oui	551	73,5
Non	199	26,5
Total	750	100,0
Les avez-vous lus? (Uniquement ceux qui se rappelaient les avoir reçus)		
Oui, tous	173	31,6
Oui, quelques-uns	289	52,7
Oui, un seul	33	6,0
Non	53	9,7
Total	548	100,0
Les avez-vous conservés? (Uniquement ceux qui les ont lus)		
Oui, tous	302	61,1
Oui, mais seulement celui ou ceux qui m'intéressaient	143	28,9
Non	49	9,9
Total	494	100,0

La proportion de médecins ayant lu et conservé au moins un guide est plus élevée chez les omnipraticiens en exercice (84,8 % c. 80,7 %) que chez les spécialistes (54,1 % c. 45,4 %) et que chez les médecins ne pratiquant pas (50,6 % c. 43,4 %).

Les médecins dont plus de 50 % de la clientèle est composée de personnes âgées de 65 ans ou plus ont rapporté avoir lu et

Même trois ans après avoir reçu les guides, pratiquement 75 % des répondants se souviennent les avoir reçus

conservé les guides dans des proportions plus élevées (82,6 % c. 73,6 %) que ceux dont la clientèle est composée principalement d'adultes de 19 à 64 ans (65,3 % c. 60,2 %).

5.1.6 Taux de lecture et de conservation selon certaines caractéristiques des médecins

	Taux de lecture		Taux de conservation	
	n ^I	%	n ^I	%
Statut professionnel en janvier 2007				
Omnipraticien en exercice	256	84,8	243	80,7
Spécialiste en exercice	192	54,1	161	45,4
Ne pratique pas	42	50,6	36	43,4
Principale clientèle desservie				
Enfants de 18 ans et moins	57	65,5	52	59,8
Adultes (19 à 64 ans)	171	65,3	157	60,2
65 ans et plus	147	82,6	131	73,6
Sexe				
Femme	229	74,4	214	69,7
Homme	260	60,3	225	52,2
Âge				
Moins de 35 ans	43	78,2	39	70,9
35-49 ans	215	72,9	189	64,1
50-64 ans	191	65,4	178	61,2
65 ans et plus	43	43,0	36	36,0
Principal lieu d'activité professionnelle				
Centre hospitalier de courte ou de longue durée	224	59,7	193	51,5
Clinique ou cabinet privés	108	72,5	97	65,5
Groupe de médecine de famille (GMF)	51	94,4	50	92,6
CLSC	51	94,4	48	88,9
Retraité	10	52,6	9	47,4
Ministère ou organisme	29	54,7	28	52,8
Centre de recherche ou université	15	51,7	13	44,8
Autre	7	50,0	7	50,0
Régions				
Régions ressources ^{II}	51	82,3	51	82,3
Québec (Capitale-Nationale)	72	70,6	57	55,9
Mauricie et Centre-du-Québec	23	82,1	23	82,1
Estrie	39	66,1	34	57,6
Montréal/Laval	154	53,1	131	45,3
Outaouais	16	66,7	13	54,2
Chaudière-Appalaches	28	93,3	28	93,3
Laurentides/Lanaudière	28	70,0	27	67,5
Montréal	60	81,1	58	78,4

I. Le « n » indique le nombre de médecins à partir duquel le taux a été calculé. Il varie selon le nombre de médecins qui ont répondu aux questions.

II. Régions ressources : Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Nord-du-Québec et Saguenay-Lac-Saint-Jean.

- **Utilité et utilisation des guides cliniques**

Parmi les médecins qui avaient lu au moins un guide, 96,8 % indiquent que ces guides cliniques sont utiles. De ceux-ci, 55,1 % les considèrent très utiles et 41,7 % assez utiles.

Chacun des guides cliniques est jugé particulièrement utile par 40 % et plus des médecins. Les trois guides le plus souvent mentionnés comme étant particulièrement utiles sont : la pneumonie acquise chez l'adulte (58,5 %), la rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte (58,3 %) et la

**Plus de 95 % des médecins
ayant lu au moins un guide
les disent utiles**

bronchite aiguë et exacerbation aiguë de bronchite chronique (MPOC) (58,1 %). Le guide traitant des infections urinaires chez l'adulte suit ceux-ci de très près (56,4 %). Chez les médecins qui pratiquent actuellement, la majorité (71,5 %) indique utiliser régulièrement (24,5 %) ou à l'occasion (47 %) les guides pour prendre des décisions thérapeutiques. Par ailleurs, la proportion de médecins ayant rapporté utiliser les guides pour donner des explications à leurs patients est moins élevée, soit de 36,9 % (9,3 % qui utilisent les guides régulièrement pour donner des explications à leurs patients et 27,6 % à l'occasion).

5.1.7 Utilité et utilisation des guides cliniques^I

	n	%
Dans l'ensemble, comment qualifieriez-vous les guides cliniques?		
Très utiles	271	55,1
Assez utiles	205	41,7
Pas du tout utiles	6	1,2
Ne sais pas	10	2,0
Total	492	100,0
Parmi les 11 guides cliniques, indiquez ceux que vous avez jugé particulièrement utiles : (« n » = nombre de mentions et « % » = proportion des répondants ayant mentionné un guide)		
Pneumonie acquise chez l'adulte	276	58,5
Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte	275	58,3
Bronchite aiguë et exacerbation aiguë de bronchite chronique (MPOC)	274	58,1
Infections urinaires chez l'adulte	266	56,4
Otite moyenne aiguë chez l'enfant	257	54,4
Guide posologique des antibiotiques courants chez l'adulte	241	51,1
Pharyngite-amygdalite (enfant et adulte)	223	47,2
Guide posologique des antibiotiques courants chez l'enfant	218	46,2
Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'enfant	205	43,4
Traitement de la diarrhée ou de la colite associée au <i>Clostridium difficile</i>	201	42,6
Pneumonie acquise chez l'enfant	189	40,0
À quelle fréquence vous êtes-vous référé aux guides cliniques pour prendre des décisions thérapeutiques? (médecins pratiquant seulement)		
Régulièrement	115	24,5
À l'occasion	221	47,0
Rarement	100	21,3
Jamais	34	7,2
Total	470	100,0
À quelle fréquence vous êtes-vous référé aux guides cliniques pour donner des explications à vos patients? (médecins pratiquant seulement)		
Régulièrement	43	9,3
À l'occasion	128	27,6
Rarement	126	27,2
Jamais	166	35,9
Total	463	100,0
I. Données portant uniquement sur les médecins ayant lu au moins un guide.		

- **Utilisation des guides cliniques selon certaines caractéristiques des médecins**

Les omnipraticiens en exercice disent utiliser davantage les guides que les spécialistes (72,9 % c. 28 %).

Les omnipraticiens disent utiliser davantage les guides que les spécialistes

Les médecins dont la plus grande proportion de la clientèle est composée de personnes âgées de 65 ans ou plus sont ceux qui disent utiliser le plus les guides. Plus un médecin est âgé, moins il utilise les guides cliniques (67,3 % pour les médecins âgés de moins de 35 ans et de 21,8 % pour les médecins âgés de 65 ans ou plus).

Les femmes utilisent plus les guides que les hommes (55,5 % c. 38 %).

Chez les médecins ayant lu au moins un guide, 68,5 % rapportent les utiliser pour prendre des décisions thérapeutiques ou pour donner des explications à leurs patients.

Le taux d'utilisation des guides est supérieur chez les médecins dont le principal lieu d'activité professionnelle est le groupe de médecine de famille (GMF) (81,5 %) et les CLSC (83,6 %).

Par ailleurs, le taux d'utilisation est plus faible chez les médecins dont le lieu de pratique est situé sur le territoire regroupant les régions de Montréal et de Laval.

5.1.8 Taux d'utilisation des guides cliniques selon certaines caractéristiques des médecins

	Taux d'utilisation	
	n ^I	%
Statut professionnel en janvier 2007		
Omnipraticien en exercice	221	72,9
Spécialiste en exercice	100	28,0
Principale clientèle desservie		
Enfants de 18 ans et moins	36	41,4
Adultes (19 à 64 ans)	128	48,5
65 ans et plus	110	61,5
Sexe		
Femme	172	55,5
Homme	164	38,0
Âge		
Moins de 35 ans	37	67,3
35-49 ans	148	49,8
50-64 ans	129	44,2
65 ans et plus	22	21,8
Principal lieu d'activité professionnelle		
Centre hospitalier de courte ou de longue durée	136	36,1
Clinique ou cabinet privés	84	56,4
Groupe de médecine de famille (GMF)	44	81,5
CLSC	46	83,6
Centre de recherche ou université	7	24,1
Autre	6	42,9
Régions		
Régions ressources ^{II}	44	71,0
Québec (Capitale-Nationale)	41	39,8
Mauricie et Centre-du-Québec	19	67,9
Estrie	29	49,2
Montréal/Laval	87	30,0
Outaouais	11	45,8
Chaudière-Appalaches	22	71,0
Laurentides/Lanaudière	24	60,0
Montréal	48	64,9
I. Le « n » indique le nombre de médecins à partir duquel le taux a été calculé. Il varie selon le nombre de médecins qui ont répondu aux questions. II. Régions ressources : Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Nord-du-Québec et Saguenay-Lac-Saint-Jean.		

- **Format des guides cliniques et consultation**

Seulement 26,7 % des médecins qui ont lu au moins un guide clinique savent que les guides sont disponibles sur le site Web du Conseil du médicament et 13,7 % savent que les guides sont disponibles en format pour ordinateur de poche. Lorsqu'ils consultent les guides cliniques, les médecins utilisent généralement les fiches cartonnées. Plus de 80 % des médecins indiquent ne jamais utiliser les fichiers sur le site Web du Conseil du médicament (81,2 %) ou encore les versions téléchargeables pour ordinateur de poche (89,1 %).

**Les guides cartonnés
sont les plus utilisés**

5.1.9 Format des guides cliniques et consultation^I

	n	%
Saviez-vous que les guides cliniques sont disponibles sur le site Web du Conseil du médicament?		
Oui	132	26,7
Non	363	73,3
Total	495	100,0
Saviez-vous que les guides cliniques sont disponibles en format pour ordinateur de poche sur le site Web du Conseil du médicament?		
Oui	68	13,7
Non	427	86,3
Total	495	100,0
Lorsque vous avez consulté les guides cliniques, avez-vous utilisé les fiches cartonnées qui vous ont été transmises par la poste?		
Souvent	172	34,9
À l'occasion	212	43,0
Rarement	68	13,8
Jamais	40	8,1
Ne sais pas	1	0,2
Total	493	100,0
Lorsque vous avez consulté les guides cliniques, avez-vous utilisé les fichiers imprimables disponibles dans le site Web du Conseil du médicament?		
Souvent	16	3,3
À l'occasion	29	6,0
Rarement	32	6,6
Jamais	394	81,2
Ne sais pas	14	2,9
Total	485	100,0
Lorsque vous avez consulté les guides cliniques, avez-vous utilisé les versions téléchargeables pour ordinateur de poche disponibles dans le site Web du Conseil du médicament?		
Souvent	7	1,4
À l'occasion	9	1,9
Rarement	22	4,5
Jamais	432	89,1
Ne sais pas	15	3,1
Total	485	100,0

I. Données portant uniquement sur les médecins ayant lu au moins un guide.

Influence du guide pour le traitement de la pharyngite à Streptocoques β -hémolytique du Groupe A

La proportion de médecins disant avoir été influencés beaucoup ou assez par les guides dans le traitement de la pharyngite à Streptocoques β -hémolytique du groupe A est de 55,6 %. L'influence des guides cliniques est plus élevée chez les omnipraticiens que chez les spécialistes (62,2 % c. 49 %) et les médecins en groupe de médecine de famille sont parmi ceux où l'influence est la plus élevée (69,2 %).

Plus de 50 % des médecins disent avoir été influencés par les guides pour le traitement de la pharyngite à Streptocoques β -hémolytique du groupe A

5.1.10 Recommandations pour le traitement de la pharyngite¹

	n	%
En général, que prescrivez-vous comme traitement initial chez les adultes non allergiques aux antibiotiques qui vous consultent pour une nouvelle infection de pharyngite à Streptocoques du groupe A?		
Je prescris la pénicilline V (PENVEE) comme traitement.	349	85,5
Je prescris l'un des antibiotiques suivants : l'azithromycine, la céphalexine, la clarithromycine ou le céfadroxil.	31	7,6
Je prescris l'amoxicilline.	12	2,9
Je prescris un autre antibiotique que ceux énoncés.	10	2,5
Autre traitement	6	1,5
Total	408	100,0
Le choix que vous faites quant au traitement d'une nouvelle infection de pharyngite à Streptocoques du groupe A est-il influencé par les guides cliniques?		
Beaucoup	80	19,8
Assez	145	35,8
Peu	101	24,9
Pas du tout	65	16,0
Ne sais pas	14	3,5
Total	405	100,0
I. Données portant uniquement sur les médecins qui rencontrent ce type de cas dans leur pratique.		

5.1.11 Proportion de médecins disant avoir été influencés par les guides pour le traitement de la pharyngite selon certaines caractéristiques des médecins^I

		Taux d'influence
	n ^{II}	%
Statut professionnel en janvier 2007		
Omnipraticien en exercice	163	62,2
Spécialiste en exercice	72	49,0
Principale clientèle desservie^{III}		
Enfants de 18 ans et moins	25	53,2
Adultes (19 à 64 ans)	92	54,8
65 ans et plus	73	59,3
Sexe^{III}		
Femme	116	59,8
Homme	127	53,4
Âge^{III}		
Moins de 35 ans	22	62,9
35-49 ans	112	59,6
50-64 ans	89	53,3
65 ans et plus	19	46,3
Principal lieu d'activité professionnelle		
Centre hospitalier de courte ou de longue durée	91	49,2
Clinique ou cabinet privés	62	57,9
Groupe de médecine de famille (GMF)	36	69,2
CLSC	34	65,4
Centre de recherche ou université	5	55,6
Autre	6	60,0
Régions		
Régions ressources ^{IV}	35	74,5
Québec (Capitale-Nationale)	28	54,9
Mauricie et Centre-du-Québec	17	77,3
Estrie	17	45,9
Montréal/Laval	71	51,4
Outaouais	11	68,8
Chaudière-Appalaches	13	54,2
Laurentides/Lanaudière	17	65,4
Montréal	30	55,6

I. Données portant uniquement sur les médecins qui rencontrent ce type de cas dans leur pratique.

II. Le « n » indique le nombre de médecins à partir duquel le taux a été calculé. Il varie selon le nombre de médecins qui ont répondu aux questions.

III. Caractéristique jugée statistiquement non significative pour expliquer les écarts observés sur le taux d'influence des guides cliniques.

IV. Régions ressources : Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Nord-du-Québec et Saguenay-Lac-Saint-Jean.

- **Sources d'information utilisées pour prendre une décision clinique**

Pour les médecins qui ont participé à l'enquête, les sources d'information les plus souvent mentionnées comme étant utilisées pour prendre une décision clinique sont : leurs collègues de travail et le matériel promotionnel transmis par les représentants pharmaceutiques. En effet, 97,1 % des médecins indiquent que les conseils de leurs collègues ont beaucoup ou moyennement d'impact sur leurs habitudes de prescription. Cette proportion est de 91 % pour le matériel promotionnel transmis par les représentants pharmaceutiques. Dans une moindre mesure, 81,2 % des médecins indiquent que les recommandations du Conseil du médicament ont beaucoup ou moyennement d'impact sur leurs habitudes de prescription. Cette proportion est de 82 % pour les recommandations des différentes associations médicales et des consensus de congrès. Pour ce qui est des articles scientifiques, seulement 20,5 % des médecins indiquent qu'ils ont beaucoup ou moyennement d'impact sur leurs habitudes de prescription.

Plus de 80 % des médecins indiquent que les recommandations du Conseil du médicament ont un impact sur leurs habitudes de prescription

5.1.12 Sources d'information utilisées pour prendre une décision clinique^I

	n	%
Matériel promotionnel transmis par les représentants pharmaceutiques		
Beaucoup d'impact	325	51,3
Moyennement d'impact	251	39,7
Peu d'impact	44	7,0
Pas d'impact	13	2,1
Total	633	100,0
Conseils de vos collègues		
Beaucoup d'impact	447	70,1
Moyennement d'impact	172	27,0
Peu d'impact	14	2,2
Pas d'impact	5	0,8
Total	638	100,0
Recommandations du Conseil du médicament		
Beaucoup d'impact	281	45,9
Moyennement d'impact	216	35,3
Peu d'impact	82	13,4
Pas d'impact	33	5,4
Total	612	100,0
Recommandations de différentes associations médicales et consensus des congrès scientifiques		
Beaucoup d'impact	152	24,1
Moyennement d'impact	366	57,9
Peu d'impact	92	14,6
Pas d'impact	22	3,5
Total	632	100,0
Articles scientifiques		
Beaucoup d'impact	9	1,4
Moyennement d'impact	121	19,1
Peu d'impact	329	51,9
Pas d'impact	175	27,6
Total	634	100,0
I. Les médecins ayant indiqué ne pas avoir d'opinion ont été exclus.		

• Autres stratégies de diffusion proposées

Dans notre enquête en collaboration avec Sogémap, nous demandions aux médecins d'indiquer les autres stratégies de diffusion que pourrait utiliser le Conseil du médicament pour communiquer de l'information. Un peu plus de la moitié de ceux qui ont fait des propositions concrètes (55 %, soit 171 médecins) ont proposé l'utilisation d'Internet, et plus particulièrement la transmission des publications du Conseil du médicament par courriel. Trente-cinq médecins (11,3 %) ont proposé que le Conseil du médicament soit présent aux congrès ou colloques en effectuant de la publicité.

Plus de 50 % des médecins ont proposé la transmission des publications du Conseil par courriel

Trente médecins (9,6 %) ont proposé que le Conseil du médicament présente ou annonce ses publications dans les publications médicales, notamment celles des associations. Vingt-neuf médecins (9,3 %) proposent de développer d'autres types de documents en version papier. Finalement, dix médecins (3,2 %) proposent des formations ou des séances d'information.

Après trois ans, 73,5 % des répondants se souviennent avoir vu ou reçus les guides. Parmi ceux-ci, environ 90 % rapportent en avoir lu au moins un. Chez ceux ayant lu au moins un guide, 68,5 % rapportent les utiliser pour prendre des décisions thérapeutiques ou pour donner des explications à leurs patients. D'après l'enquête, les omnipraticiens utiliseraient plus les guides que les spécialistes (72 % c. 28 %), notamment auprès de la population âgée ou plus vulnérable. Les femmes disent utiliser plus les guides que les hommes et les médecins plus âgés moins que les médecins plus jeunes. D'autre part, les guides cliniques seraient moins utilisés sur le territoire regroupant les régions de Montréal et de Laval qu'ailleurs au Québec. Le guide cartonné demeure le format privilégié par les répondants, la version Web n'est alors utilisée qu'à 20 %. Par ailleurs, les répondants encouragent le Conseil à publier ses outils par courriel et par l'entremise de revues médicales spécialisées. Les médecins indiquent que les recommandations du Conseil ont beaucoup ou moyennement d'impact sur leurs habitudes de prescription et la proportion est semblable pour les recommandations des différentes associations médicales et des consensus de congrès. Le rapport détaillé de la firme Sogémap est accessible sur notre site Internet au www.cdm.gouv.qc.ca dans la section *Publications*.

6. TENDANCES D'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES (banque de données CompuScript d'IMS)

6.1 Sommaire méthodologique et résultats

Une analyse a été réalisée à l'aide des données colligées par la compagnie IMS. La période de deux ans précédant la diffusion des guides, soit à partir de janvier 2003, a été comparée à la période de trois ans suivant leur diffusion, soit jusqu'en décembre 2007. L'enquête CompuScript permet d'estimer de façon évolutive et mensuelle, soit de janvier 2003 à décembre 2007, le nombre d'ordonnances à l'échelle provinciale (Québec) de même qu'à l'échelle nationale pour l'ensemble des antibiotiques répertoriés dans les onze guides cliniques, en excluant les formes injectables et ophtalmiques des antibiotiques. Un échantillon de 5 100 pharmacies (soit 65 %) parmi les quelques 7 800 pharmacies communautaires canadiennes a été utilisé. L'échantillon couvre 80 % des prescriptions totales exécutées vu la sélection effectuée des pharmacies.

D'après le graphique suivant concernant la saisonnalité ci-dessous, nous observons plus d'ordonnances exécutées par 1 000 personnes-population au Canada qu'au Québec de 2003 à 2007. Le calcul est le suivant : nombre d'ordonnances/population (en 000s) de la province de l'année précise. De plus, l'écart entre le Québec et les autres provinces canadiennes semble s'accroître à partir de 2005. En effet, de 117 qu'il était en 2003 et 2004, il a atteint en 2005, 2006 et 2007 respectivement 178, 170 et 208. L'écart s'est donc élargi.

Dans ce graphique et le tableau 1, le nombre d'ordonnances (données de facturation) exécutées par 1 000 habitants correspond au nombre d'ordonnances pour un mois donné divisé par la population totale (donc, le nombre d'habitants de la région de référence) et non le nombre de personnes ayant reçu une ordonnance d'antibiotique. Le calcul est le suivant : nombre d'ordonnances/population (en 000s) de la province de l'année précise.

De 2003 à 2007 au Québec, le nombre d'ordonnances d'antibiotiques servis par 1 000 habitants baissait de 6,2 %, passant de 513 en moyenne pour 2003 et 2004 à 481 en moyenne pour les années 2005, 2006 et 2007, alors que dans les autres provinces canadiennes, le nombre d'ordonnances d'antibiotiques servis par 1 000 habitants augmentait de 4 %, passant de 630 en moyenne en 2003 et 2004 à 666 en 2005, 2006 et 2007 (voir tableau 1). Si l'on ne considère que les années 2004 et 2005, on note une baisse de 4,2 % du nombre d'ordonnances d'antibiotiques par 1 000 habitants au Québec (de 501 à 480) par rapport à une hausse de 6,5 % pour les autres provinces canadiennes (de 618 à 658).

Nous invitons les lecteurs à consulter l'annexe 8.3 concernant les caractéristiques des nouvelles ordonnances d'antibiotiques (base de données CDTI/IMS) en fonction de l'âge des patients et des infections. Bien que nous ne puissions faire de lien de cause à effet entre les guides et ces données, il est intéressant de souligner que des changements favorables sont observables dans la répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la pharyngite-amygdalite, la pneumonie, la sinusite et la bronchite au Québec à la suite de la diffusion des guides. Nous croyons donc que l'élaboration de guides cliniques en collaboration avec nos partenaires et experts du réseau de la santé et accompagné d'un processus de diffusion solide pourrait influencer sensiblement la prescription au Québec.

SAISONNALITÉ

Nombre d'ordonnances d'antibiotiques oraux indiqués dans les guides cliniques du Conseil du médicament exécutées par 1 000 personnes-population, par trimestre, au Canada et au Québec

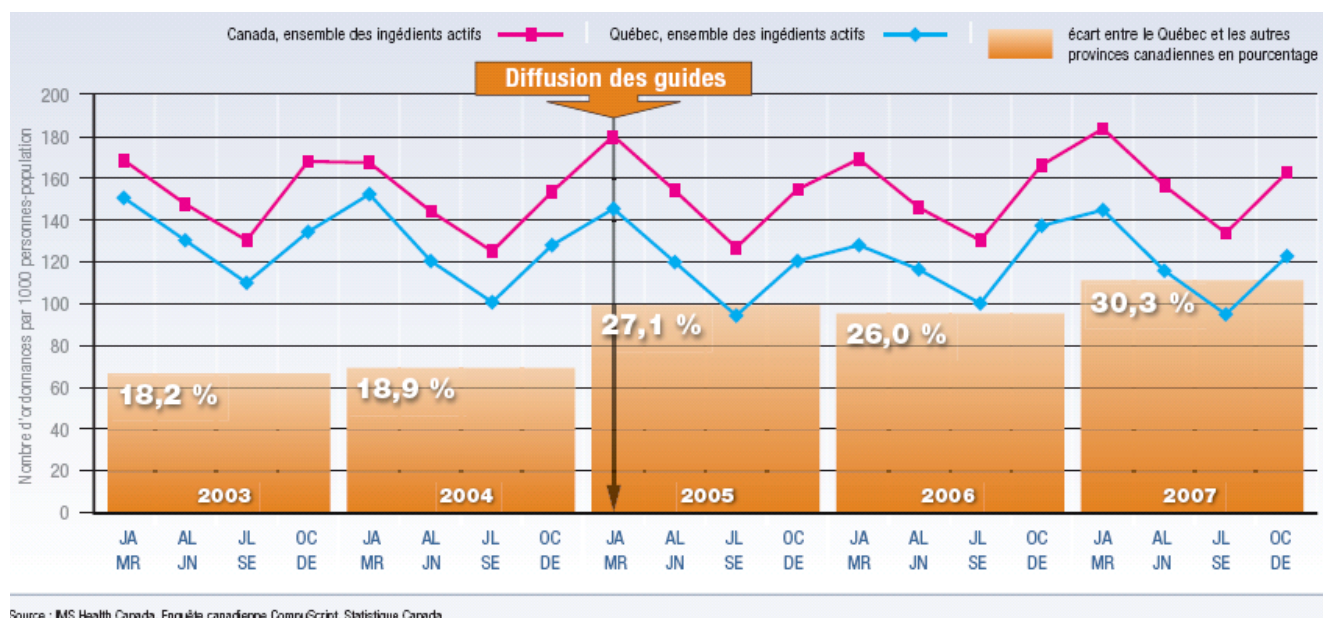


Tableau 1 : Nombre d'ordonnances d'antibiotiques servis par 1 000 habitants au Québec et ailleurs au Canada, par année

Année	Canada sans Québec (1)	Québec (2)	Écart (Canada vs Québec)	
			Absolu	%
	A (somme trimestrielle)	B (somme trimestrielle)	C=A-B	D=C/A
2003	643	526	117	18,2
2004	618	501	117	18,9
2005	658	480	178	27,1
2006	653	483	170	26,0
2007	687	479	208	30,3

Sources de données : IMS Health Canada, Enquête CompuScript, Statistique Canada.

7. CONCLUSION

L'ensemble de ce travail permet d'évaluer la diffusion et l'appréciation des guides cliniques par les médecins du Québec. D'abord, les statistiques de diffusion active et passive témoignent du succès du processus de diffusion. Ensuite, en effectuant un sondage auprès des médecins, nous avons validé leur appréciation des guides. Les faibles taux de réponse limitent la capacité de généraliser les résultats, mais les données constituent un témoignage intéressant du taux de pénétration et d'utilisation des guides par les médecins du Québec.

Les principaux résultats du sondage démontrent que :

- 73,5 % des répondants se souviennent avoir vu ou reçu les guides;
- 90 % de ceux-ci rapportent en avoir lu au moins un;
- 96,8 % des médecins ayant lu au moins un guide les disent utiles;
- 90 % des médecins ayant lu au moins un guide en ont conservé au moins un;
- 72 % des omnipraticiens et 28% des spécialistes disent utiliser les guides;
- 68,5 % des médecins ayant lu au moins un guide rapportent utiliser cet outil pour prendre des décisions thérapeutiques ou pour donner des explications à leurs patients;
- 81,2 % des répondants indiquent que les recommandations du Conseil ont beaucoup ou moyennement d'impact sur leurs habitudes de prescription (la proportion est semblable pour les recommandations provenant des différentes associations médicales et des consensus de congrès).

De façon générale, les guides cliniques seraient davantage lus par les omnipraticiens et auraient une influence plus grande auprès des omnipraticiens que des spécialistes. Les guides seraient également davantage lus par les plus jeunes médecins que par les plus âgés. Les médecins en région rurale ont tendance à consulter davantage les guides que ceux situés dans les régions urbaines. Les trois guides les plus souvent mentionnés comme étant particulièrement utiles sont : la pneumonie acquise chez l'adulte (58,5 %), la rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte (58,3 %) et la bronchite aiguë et exacerbation aiguë de bronchite chronique (MPOC) (58,1 %). Le guide sur les infections urinaires chez l'adulte suit de très près ces statistiques (56,4 %). Donc, deux de ces mêmes guides correspondent à ceux bénéficiant du plus grand nombre de téléchargements, soit celui sur les infections urinaires chez l'adulte et celui sur la bronchite aiguë.

Les résultats du sondage nous permettent de constater que la stratégie de diffusion des guides a porté fruit en permettant de rejoindre un pourcentage élevé de médecins. Cependant, nous retenons que nous devons affiner notre stratégie de diffusion afin d'atteindre la totalité des populations concernées. Également, le taux élevé d'utilisation des guides démontre que le travail de concertation que le Conseil a effectué avec plusieurs experts cliniciens pour l'élaboration des guides a permis de diffuser un contenu scientifique juste, utile et crédible. Ces résultats nous encouragent à renouveler ce type de collaboration dans le futur. Les sujets suivants ont été ciblés par les médecins sondés pour de prochains guides : ITS, infections urinaires chez l'enfant, infections de la peau (impétigo, cellulite, furoncles...), SARM, infections et grossesse, sida, morsures, diarrhée du voyageur.

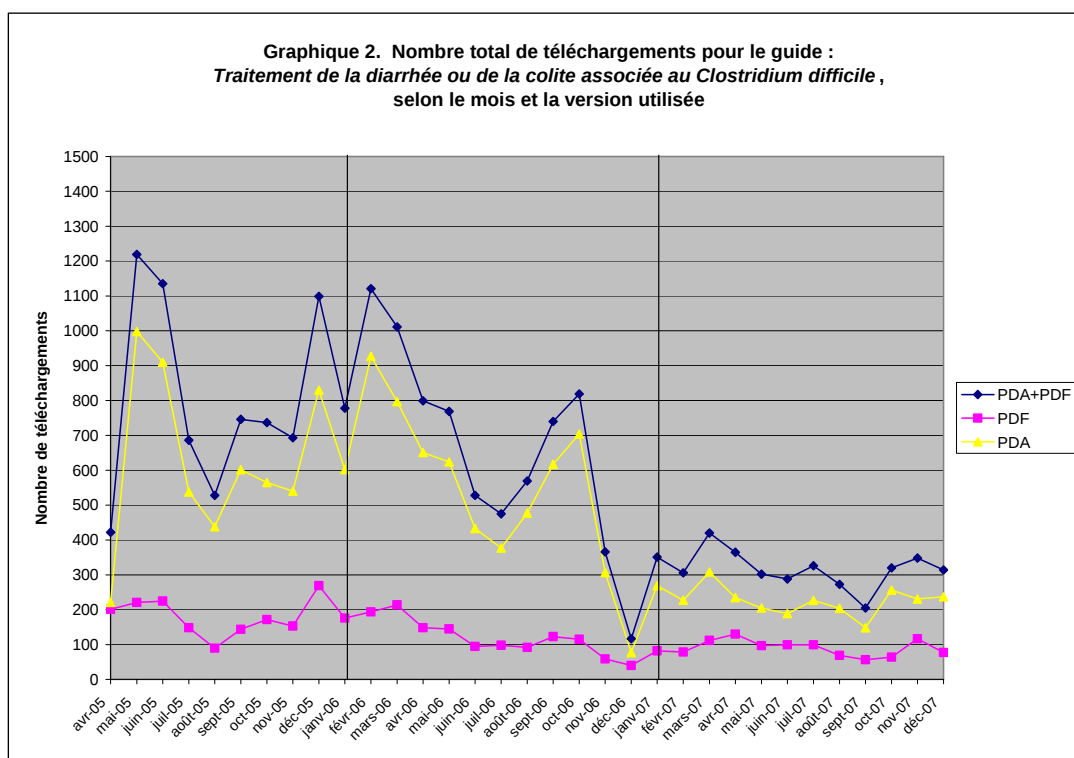
Tel que proposé par plusieurs des médecins sondés, le Conseil orientera la diffusion de ses prochains outils par courriel ainsi que par son site Web. Encourager la parution de nos outils dans les revues des différentes associations médicales, collaborer à l'organisation d'ateliers ou de séances avec les médecins (Gross et al.⁴²) tout en s'associant des objectifs d'accréditation seraient aussi des stratégies d'avenir efficaces pour faciliter l'appropriation du contenu des guides par les médecins.

La dernière étape du bilan était de brosse le portrait de l'usage des antibiotiques au Québec de 2003 à 2007. De cet exercice il ressort que, pour les années pré et post-diffusion des guides, une baisse du nombre d'ordonnances d'antibiotiques au Québec comparativement aux autres provinces canadiennes est observable. L'évolution de la prescription d'antibiotiques au Québec semble être en lien avec les recommandations contenues dans les guides cliniques développés par le Conseil.

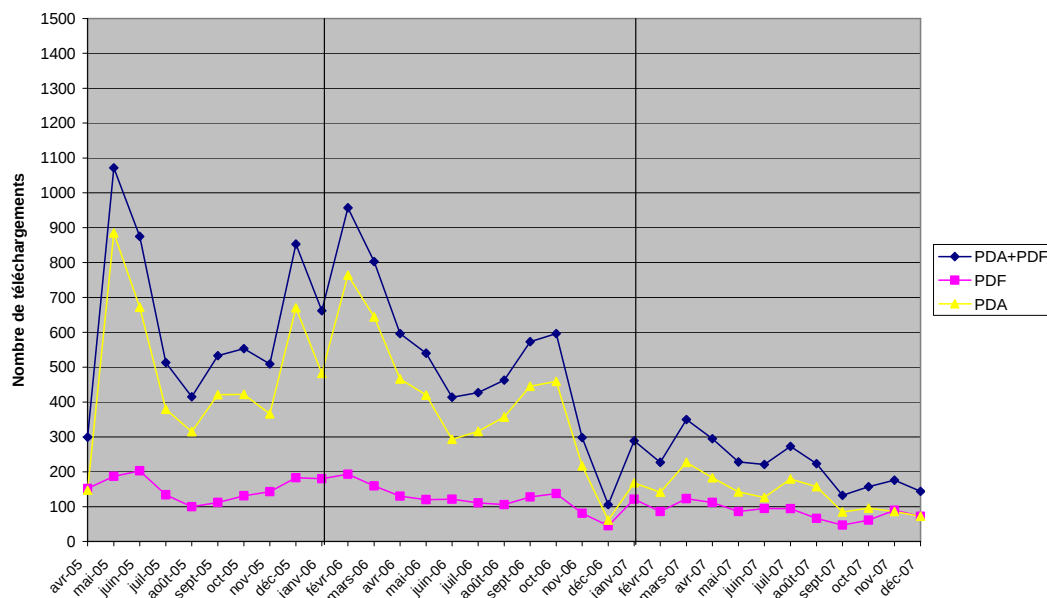
8. ANNEXES

8.1 Diffusion active

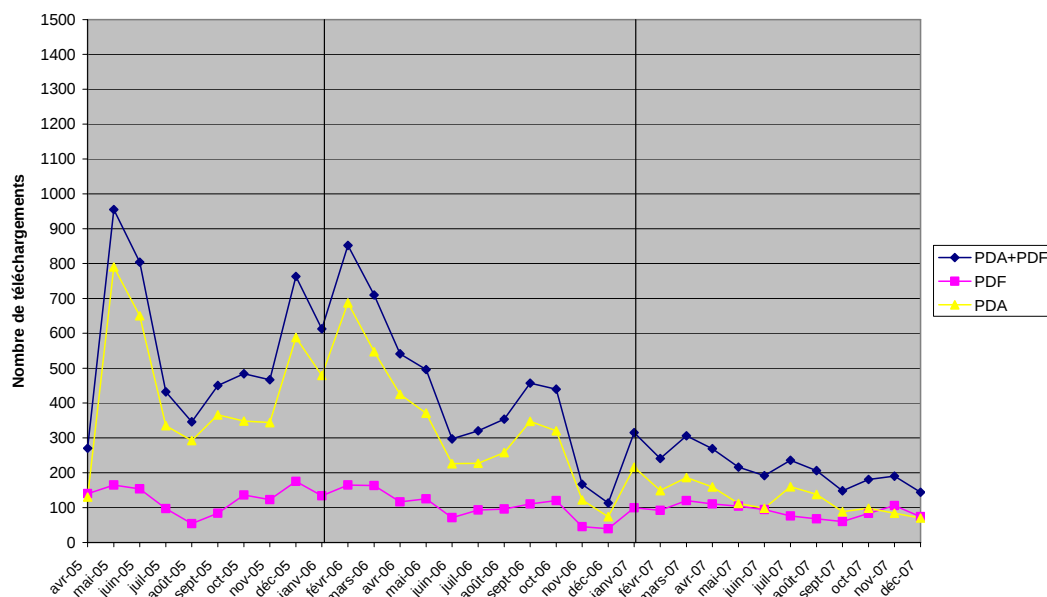
Le graphique 1 (nombre total de téléchargements pour l'ensemble des guides selon le mois et la version utilisée) est disponible à la section 4.1 du présent rapport. Les graphiques suivants illustrent de façon individuelle, le nombre total de téléchargements pour chacun des onze guides cliniques :



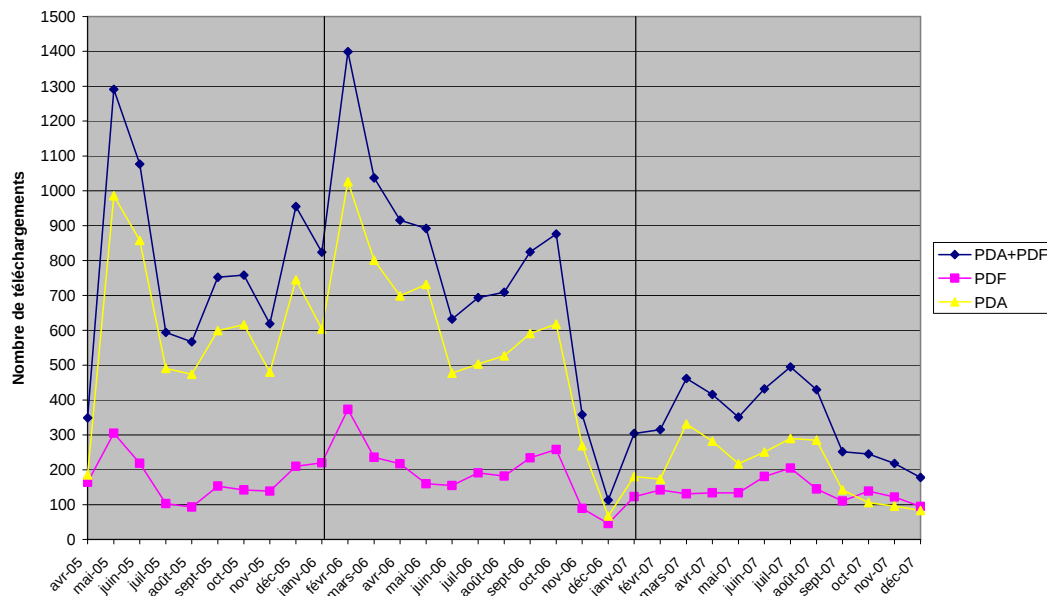
**Graphique 3. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Guide posologique des antibiotiques courants chez l'adulte ,
selon le mois et la version utilisée**



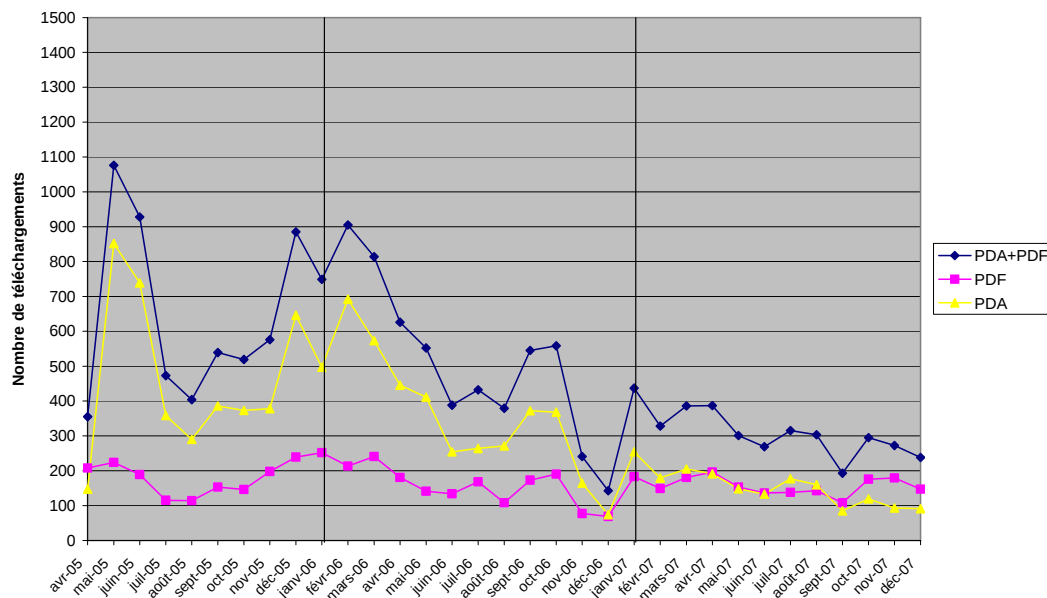
**Graphique 4. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Guide posologique des antibiotiques courants chez l'enfant ,
selon le mois et la version utilisée**



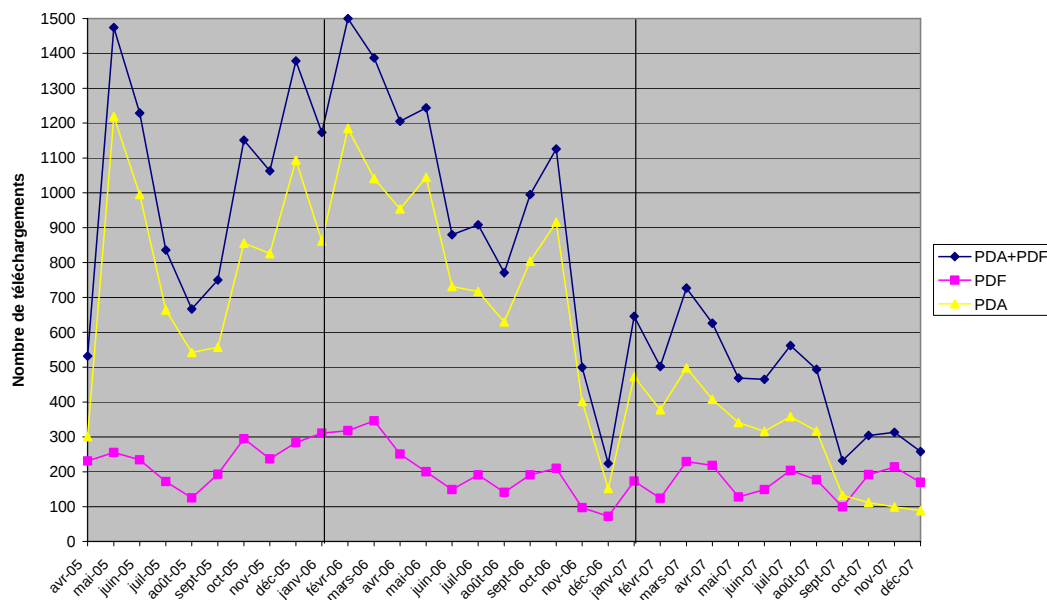
**Graphique 5. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Infections urinaires chez l'adulte,
selon le mois et la version utilisée**



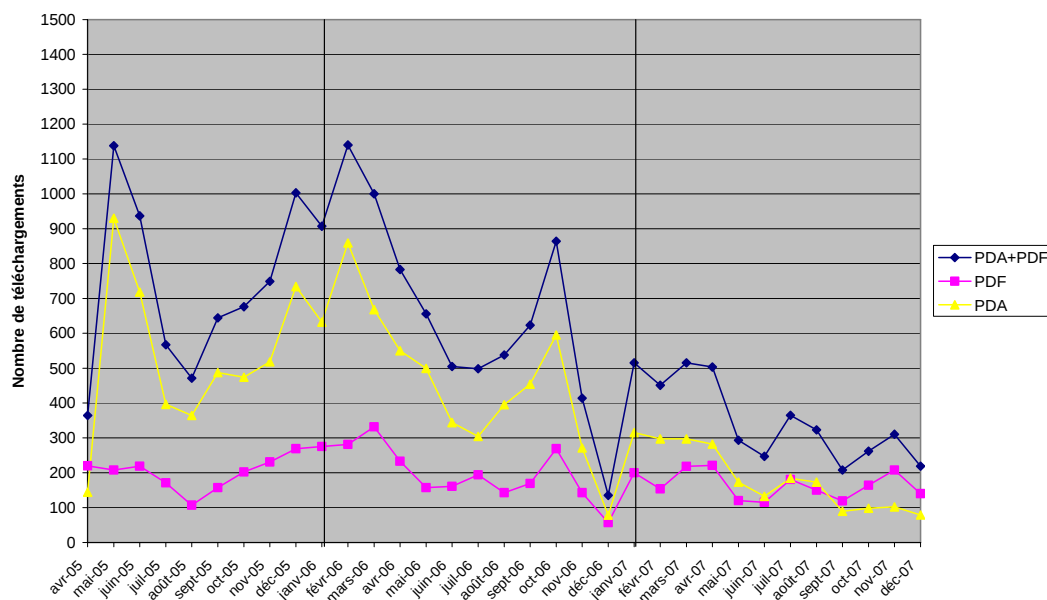
**Graphique 6. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Otite moyenne aiguë (OMA) chez l'enfant,
selon le mois et la version utilisée**



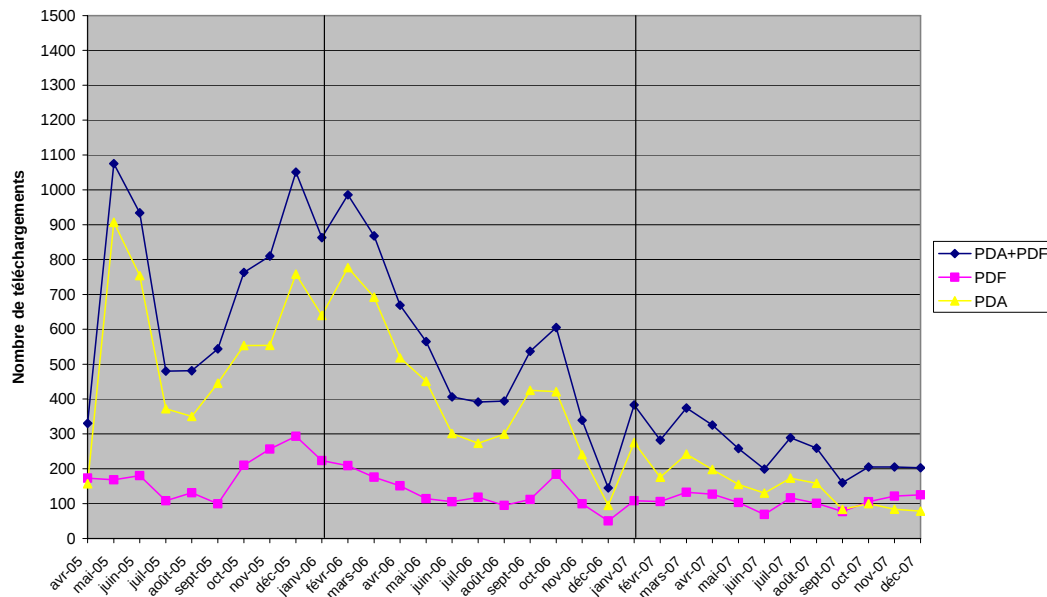
**Graphique 7. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et chez l'adulte ,
selon le mois et la version utilisée**



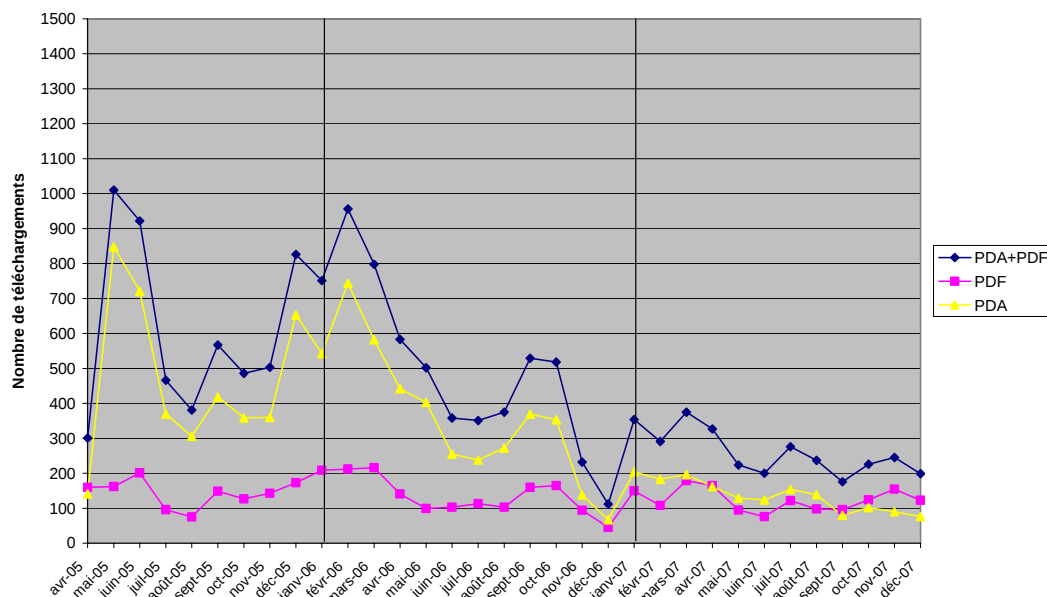
**Graphique 8. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte ,
selon le mois et la version utilisée**



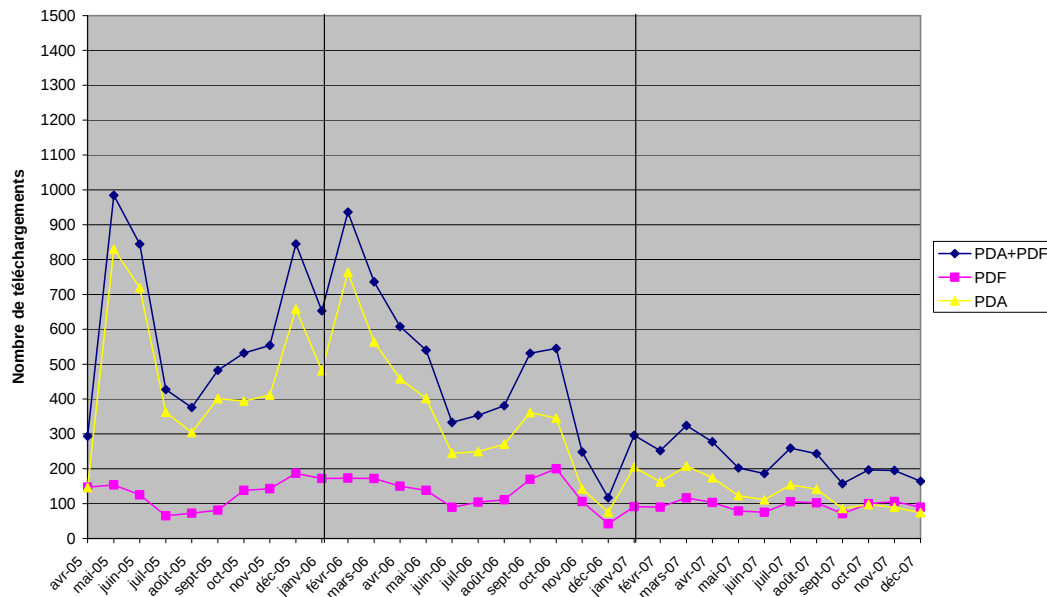
**Graphique 9. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Pneumonie acquise en communauté chez l'enfant,
selon le mois et la version utilisée**



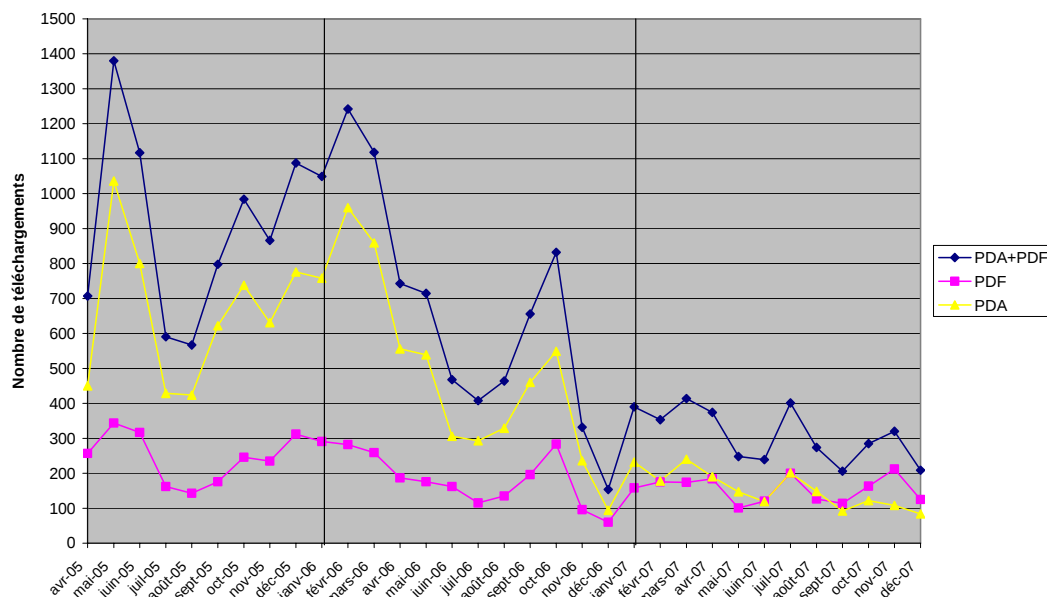
**Graphique 10. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte,
selon le mois et la version utilisée**



**Graphique 11. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'enfant ,
selon le mois et la version utilisée**



**Graphique 12. Nombre total de téléchargements pour le guide :
Bronchite aiguë et exacerbation aiguë de bronchite chronique chez le patient MPOC ,
selon le mois et la version utilisée**



8.2 Enquête électronique et postale

Méthodologie

1. Constitution de l'échantillon et sollicitation des médecins en faisant partie

L'enquête auprès des médecins a été menée à partir de deux populations. Une première population était composée de 4 622 médecins ayant une adresse courriel² connue (fichier Excel transmis par le Collège des médecins du Québec). Un courriel leur a été transmis et les invitait à participer à l'enquête en répondant à un questionnaire en ligne. Ce courriel comprenait une brève description des objectifs de l'enquête et un lien pour accéder au questionnaire en ligne. Afin d'augmenter les chances d'obtenir plus de 500 répondants, un envoi postal du questionnaire auprès d'un échantillon de 1 000 médecins a été effectué de façon à compléter l'enquête électronique. Ces 1 000 médecins dont l'adresse courriel était inconnue, ont été sélectionnés de façon aléatoire par le logiciel SPSS. Le fichier contenait 13 375 noms (excluant les médecins ayant une adresse courriel).

2. Instrument de collecte des données

Le sondage a été réalisé à l'aide d'un questionnaire auto-administré, composé de 36 questions et comportant les sections suivantes :

- Section 1 : Consultation des guides
- Section 2 : Utilisation des guides
- Section 3 : Recommandations pour le traitement de la pharyngite
- Section 4 : Sources d'information pour prendre une décision clinique
- Section 5 : Renseignements généraux

Le questionnaire est présenté à l'annexe 2. Un prétest du questionnaire a été envoyé le 24 septembre 2007 et expérimenté auprès de 51 médecins dont l'adresse courriel était disponible afin de vérifier leur compréhension et la clarté du questionnaire. Six médecins ont retourné le questionnaire rempli en totalité. Des ajustements mineurs en conséquence ont alors été apportés à ce dernier.

3. Déroulement de l'enquête

L'enquête par courrier électronique s'est déroulée en octobre et en novembre 2007. Les médecins visés ont reçu, en plus du questionnaire, un courriel personnalisé comprenant l'information suivante :

- présentation de l'étude;
- importance de la participation;
- explication de la démarche;
- assurance de confidentialité;
- coordonnées du sondage (adresse URL);
- code d'accès <NIP>;
- coordonnées du chargé de projet.

2. Il pouvait s'agir d'une adresse personnelle ou professionnelle. Dans certains cas, il s'agissait d'une adresse commune à plusieurs médecins, par exemple l'adresse courriel d'une clinique.

Un rappel par courriel a été transmis chaque semaine à ceux n'ayant pas rempli le questionnaire. Un maximum de deux rappels par courriel a été transmis.

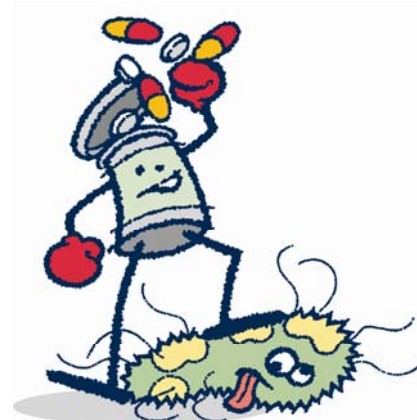
L'enquête par la poste s'est déroulée entre novembre 2007 et janvier 2008. Les médecins ont reçu une lettre de présentation de l'étude, le questionnaire et une enveloppe-réponse. Deux rappels téléphoniques ont été faits auprès de ceux n'ayant pas retourné le questionnaire.

Pour chaque rappel, un maximum de cinq appels a été fait afin de tenter de parler directement aux médecins.

4. Analyse des renseignements recueillis et rédaction d'un rapport sur les résultats de l'enquête

Les analyses ont été effectuées avec l'aide du logiciel SPSS. Deux types de traitements statistiques ont été faits. Le premier repose sur une analyse univariée qui se veut descriptive et qui consiste à présenter les données brutes obtenues pour chaque question.

Le deuxième type d'analyse statistique repose sur une analyse bivariée. Ce type d'analyse est basé sur des tests à deux phases afin de déterminer la variable (caractéristique des répondants) lorsque la différence est statistiquement significative (correction Bonferroni). Tous les tests statistiques ont été effectués à un niveau de confiance de 95 %.



GUIDES CLINIQUES D'ANTIBIOTHÉRAPIE

Évaluation

Madame,
Monsieur,

Le Conseil du médicament réalise une étude pour connaître l'opinion des professionnels sur des guides cliniques synthèses diffusés en janvier 2005. Ces guides portaient sur l'antibiothérapie ciblant les infections les plus fréquemment rencontrées en médecine de première ligne.

Le présent questionnaire s'adresse aux médecins. **Que vous connaissiez ou non les guides d'antibiothérapie, nous désirons obtenir votre opinion.**

La présente étude répond à la volonté gouvernementale d'évaluer les services offerts, et c'est dans cette optique que nous demandons votre collaboration en répondant à ce questionnaire. Les résultats de cette étude permettront de formuler des recommandations qui aideront le Conseil du médicament à mieux adapter ces guides aux besoins des médecins.

Remplir ce questionnaire prendra moins de cinq minutes.

Comment remplir le questionnaire?

- Pour chaque question, cochez (✓) la ou les cases correspondant à votre réponse. Lorsqu'il s'agit d'une question sans choix de réponse, vous devez préciser votre réponse dans la case appropriée.
- Retourner le questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe à :
Sogémap inc.
2125, rue Jean-Talon Est, bureau 204
Montréal (Québec) H2E 1V4
- Pour toute question sur la présente enquête, veuillez communiquer avec M. François Armanville au 514 990-0546 ou par courriel à armanville@sogemap.com

**TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS NOUS CONFIEZ
DEMEURERONT CONFIDENTIELS.**

1. Consultation des guides

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LES ONZE GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES
DIFFUSÉS PAR LE CONSEIL DU MÉDICAMENT EN JANVIER 2005. CES GUIDES SONT :

RHINOSINUSITE BACTÉRIENNE AIGÜE CHEZ L'ENFANT
RHINOSINUSITE BACTÉRIENNE AIGÜE CHEZ L'ADULTE
PHARYNGITE-AMYGDALITE (ENFANT ET ADULTE)
PNEUMONIE ACQUISE CHEZ L'ENFANT
PNEUMONIE ACQUISE CHEZ L'ADULTE
OTITE MOYENNE AIGÜE CHEZ L'ENFANT
BRONCHITE AIGÜE ET EXACERBATION AIGÜE DE BRONCHITE CHRONIQUE (MPOC)
INFECTIONS URINAIRES CHEZ L'ADULTE
TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE OU DE LA COLITE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM*
DIFFICILE
GUIDE POSOLOGIQUE DES ANTIBIOTIQUES COURANTS CHEZ L'ENFANT
GUIDE POSOLOGIQUE DES ANTIBIOTIQUES COURANTS CHEZ L'ADULTE

Q_1.1 VOUS RAPPELEZ-VOUS AVOIR VU OU REÇU CES GUIDES CLINIQUES
SYNTHÈSES?

- ☐₁ Oui
☐₂ Non → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 3.1 À LA PAGE 5

Q_1.2 LES AVEZ-VOUS LUS?

- ☐₁ Oui, tous
☐₂ Oui, quelques-uns
☐₃ Oui, un seul
☐₄ Non → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 3.1 À LA PAGE 5

Q_1.3 LES AVEZ-VOUS CONSERVÉS?

- ☐₁ Oui, tous
☐₂ Oui, mais seulement celui ou ceux qui m'intéressaient
☐₃ Non

2. Utilisation des guides

Q_2.1 DANS L'ENSEMBLE, COMMENT QUALIFIERIEZ-VOUS LES GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES?

- ☐₁ Très utiles
- ☐₂ Assez utiles
- ☐₃ Pas du tout utiles
- ☐₄ Ne sais pas

Q_2.2 À QUELLE FRÉQUENCE VOUS ÊTES-VOUS RÉFÉRÉ AUX GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES POUR PRENDRE DES DÉCISIONS THÉRAPEUTIQUES?

- ☐₁ Régulièrement
- ☐₂ À l'occasion
- ☐₃ Rarement
- ☐₄ Jamais
- ☐₅ Je ne pratique pas → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 2.4

Q_2.3 À QUELLE FRÉQUENCE VOUS ÊTES-VOUS RÉFÉRÉ AUX GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES POUR DONNER DES EXPLICATIONS À VOS PATIENTS?

- ☐₁ Régulièrement
- ☐₂ À l'occasion
- ☐₃ Rarement
- ☐₄ Jamais
- ☐₅ Je ne pratique pas

Q_2.4 SAVIEZ-VOUS QUE LES GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES SONT DISPONIBLES SUR LE SITE WEB DU CONSEIL DU MÉDICAMENT?

- ☐₁ Oui
- ☐₂ Non

Q_2.5 SAVIEZ-VOUS QUE LES GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES SONT DISPONIBLES EN FORMAT POUR ORDINATEURS DE POCHE SUR LE SITE WEB DU CONSEIL DU MÉDICAMENT?

- ☐₁ Oui
☐₂ Non

Q_2.6 LORSQUE VOUS AVEZ CONSULTÉ LES GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES, VOUS AVEZ UTILISÉ ... ?

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	Je ne sais pas
a. Les fiches cartonnées qui vous ont été transmises par la poste	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. Les fichiers imprimables disponibles dans le site Web du Conseil du médicament	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. Les versions téléchargeables pour ordinateur de poche disponibles dans le site Web du Conseil du médicament	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Q_2.7 PARMI LES 11 GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES, INDIQUEZ CEUX QUE VOUS AVEZ JUGÉS PARTICULIÈREMENT UTILES :

- ☐₁ Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'enfant
☐₂ Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte
☐₃ Pharyngite-amygdalite (enfant et adulte)
☐₄ Pneumonie acquise chez l'enfant
☐₅ Pneumonie acquise chez l'adulte
☐₆ Otite moyenne aiguë chez l'enfant
☐₇ Bronchite aiguë et exacerbation aiguë de bronchite chronique (MPOC)
☐₈ Infections urinaires chez l'adulte
☐₉ Traitement de la diarrhée ou de la colite associée au *Clostridium difficile*
☐₁₀ Guide posologique des antibiotiques courants chez l'enfant
☐₁₁ Guide posologique des antibiotiques courants chez l'adulte
☐₁₂ Aucun

Q_2.8 INDIQUEZ VOTRE NIVEAU D'ACCORD POUR CHACUN DES ÉNONCÉS SUIVANTS.

	Entièrement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord	Pas d'opinion/ Ne s'applique pas
Les guides cliniques synthèses sont...					
des documents de référence importants.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
présentés dans un format attrayant.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
L'information contenue dans les guides est suffisamment complète pour répondre à mes besoins.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Les recommandations sont...					
clairement formulées.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
applicables dans la pratique.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Les guides ont modifié ma façon de traiter certaines infections les plus fréquemment rencontrées en médecine de première ligne.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Les guides reflètent bien l'orientation de la documentation scientifique actuelle.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

3. Recommandations pour le traitement de la pharyngite

Q_3.1 EN GÉNÉRAL, QUE PRESCRIVEZ-VOUS COMME TRAITEMENT INITIAL CHEZ LES ADULTES NON ALLERGIQUES AUX ANTIBIOTIQUES QUI VOUS CONSULTENT POUR UNE NOUVELLE INFECTION DE PHARYNGITE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A? (COCHEZ LA RÉPONSE QUI CORRESPOND LE MIEUX À CE QUE VOUS FAITES HABITUELLEMENT.)

- ☐₁ Je prescris la pénicilline V (PENVEE) comme traitement initial
- ☐₂ Je prescris l'un des antibiotiques suivants : l'azithromycine (ZITHROMAX), la céphalexine (KEFLEX), la clarithromycine (BIAXIN) ou le céfadroxil (DURICEF)
- ☐₃ Je prescris un autre antibiotique que ceux énoncés précédemment
- ☐₄ Autre, précisez : _____
- ☐₅ Je ne rencontre pas ce genre de cas dans ma pratique → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 4.1 À LA PAGE 6
- ☐₆ Je ne sais pas
- ☐₇ Je ne pratique pas → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 5.1 À LA PAGE 7

Q_3.2 LE CHOIX QUE VOUS FAITES QUANT AU TRAITEMENT D'UNE NOUVELLE INFECTION DE PHARYNGITE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A EST-IL INFLUENCÉ PAR LES GUIDES CLINIQUES SYNTHÈSES?

- ☐₁ Beaucoup
- ☐₂ Assez
- ☐₃ Peu
- ☐₄ Pas du tout
- ☐₅ Je ne sais pas

4. Sources d'information utilisées pour prendre une décision clinique

Q_4.1 LES SOURCES D'INFORMATION SUIVANTES ONT-ELLES UN IMPACT SUR VOS HABITUDES DE PRESCRIPTION EN CE QUI CONCERNE LE TRAITEMENT DES INFECTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES EN MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE?

	Beaucoup d'impact	Moyennement d'impact	Peu d'impact	Pas d'impact	Je ne sais pas
	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
a. Articles scientifiques	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. Recommandations de différentes associations médicales et consensus des congrès scientifiques	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. Recommandations du Conseil du médicament	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
d. Conseils de vos collègues	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
e. Matériel promotionnel transmis par les représentants pharmaceutiques	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
f. Autre, précisez :	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

5. Perception des activités du Conseil du médicament

Q_5.1 SI VOUS AVIEZ À QUALIFIER LA CONNAISSANCE QUE VOUS AVEZ DU RÔLE DU CONSEIL DU MÉDICAMENT, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS LE CONNAISSEZ... ?

- ☐₁ très bien
- ☐₂ assez bien
- ☐₃ peu
- ☐₄ pas du tout

Q_5.2 SI VOUS AVIEZ À QUALIFIER LA CONNAISSANCE QUE VOUS AVEZ DES ACTIVITÉS ET PRODUITS DU CONSEIL DU MÉDICAMENT, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS LES CONNAISSEZ... ?

- ☐₁ très bien
- ☐₂ assez bien
- ☐₃ peu
- ☐₄ pas du tout

Q_5.5 QUELLES AUTRES STRATÉGIES DE DIFFUSION POURRAIT UTILISER LE CONSEIL DU MÉDICAMENT POUR COMMUNIQUER DE L'INFORMATION AUX MÉDECINS SUR L'USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS?

Q_5.6 QUELS AUTRES SUJETS AIMERIEZ-VOUS VOIR TRAITER DANS DE FUTURS GUIDES CLINIQUES?

6. Renseignements généraux

Q_6.1 EN JANVIER 2005, QUEL ÉTAIT VOTRE STATUT PROFESSIONNEL?

- ☐₁ Omnipraticien
- ☐₂ Résident
- ☐₃ Spécialiste
- ☐₄ Je ne pratiquais pas
- ☐₅ Retraité

Q_6.2 EN JANVIER 2007, QUEL ÉTAIT VOTRE STATUT PROFESSIONNEL?

- ☐₁ Omnipraticien → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 6.4
- ☐₂ Résident → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 6.4
- ☐₃ Spécialiste
- ☐₄ Je ne pratiquais pas → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 6.5
- ☐₅ Retraité → VEUILLEZ PASSER À LA QUESTION 6.5

Q_6.3 QUELLE EST VOTRE SPÉCIALITÉ OU QUELLES SONT VOS SPÉCIALITÉS?

Q_6.4 INDIQUEZ, DE FAÇON APPROXIMATIVE, LA RÉPARTITION DE VOTRE CLIENTÈLE (POUR UN TOTAL DE 100 %).

	Proportion
a. Enfants de 18 ans ou moins	_____ %
b. Adultes (19 à 64 ans)	_____ %
c. Personnes de 65 ans ou plus	_____ %
Total :	<u>100</u> %

Q_6.5 SEXE : FEMME : ☐₁ HOMME : ☐₂

Q_6.6 ÂGE : MOINS DE 35 ANS ☐₁ 35-49 ANS ☐₂ 50-64 ANS ☐₃
65 ET PLUS ☐₄

Q_6.7 EN QUELLE ANNÉE AVEZ-VOUS OBTENU VOTRE PREMIER DIPLÔME DE
M.D.?

— — — —

Q_6.8 INDIQUEZ VOTRE PRINCIPAL LIEU D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :
(COCHEZ UNE SEULE RÉPONSE)

- ☐₁ Centre hospitalier de courte ou de longue durée
- ☐₂ Clinique ou cabinet privé
- ☐₃ Groupe de médecine de famille (GMF)
- ☐₄ CLSC
- ☐₅ Autre, précisez : _____

Q_6.9 INDIQUEZ LA RÉGION SOCIO SANITAIRE DE VOTRE PRINCIPAL LIEU
D'ACTIVITÉ :

- ☐₁ Bas-Saint-Laurent
- ☐₂ Saguenay-Lac-Saint-Jean
- ☐₃ Québec (Capitale-Nationale)
- ☐₄ Mauricie et Centre-du-Québec
- ☐₅ Estrie
- ☐₆ Montréal
- ☐₇ Outaouais
- ☐₈ Abitibi-Témiscamingue
- ☐₉ Côte-Nord
- ☐₁₀ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- ☐₁₁ Chaudière-Appalaches
- ☐₁₂ Laval
- ☐₁₃ Lanaudière
- ☐₁₄ Laurentides
- ☐₁₅ Montérégie
- ☐₁₆ Nord-du-Québec, Nunavik
- ☐₁₈ Centre du Québec
- ☐₁₇ Hors Québec

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Veuillez envoyer votre questionnaire rempli dans l'enveloppe ci-jointe à :

Sogémap inc.
2125, rue Jean-Talon Est, bureau 204
Montréal (Québec) H2E 1V4

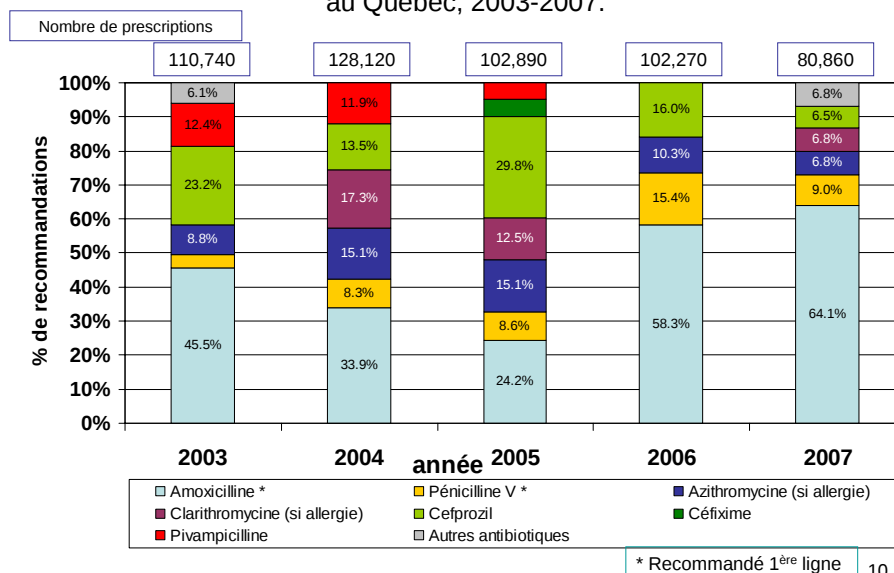
8.3 Données complémentaires

Portrait de l'usage des antibiotiques au Québec de 2003 à 2007 (données CDTI/IMS)

L'Index canadien des maladies et traitements mesure les données de traitement d'un échantillon de médecins canadiens exerçant en cabinet privé, en plus d'établir les modèles de consommation et de traitement répartis selon les médicaments et la spécialité médicale. Les données de CDTI sont recueillies auprès de 652 médecins répartis par régions géographiques et représentant les principales spécialités. Au cours de quatre trimestres consécutifs, chaque médecin présente un registre de cas comprenant des renseignements détaillés sur tous les patients (à l'exception de l'identité) les ayant consultés au cours d'une période de rapport de 48 heures durant le trimestre. Par la suite, les données sont validées, codées et traitées selon les normes de confidentialité les plus strictes.

D'après le graphique suivant (graphique 2), le pourcentage de prescriptions pour l'amoxicilline et la pénicilline V (traitements de première intention proposés dans les guides pour la pharyngite bactérienne chez les 0 à 6 ans) diminue de 2003 à 2005, passant de 50 % à 33 % pour ensuite remonter à plus de 70 % en 2006 et se maintenir en 2007.

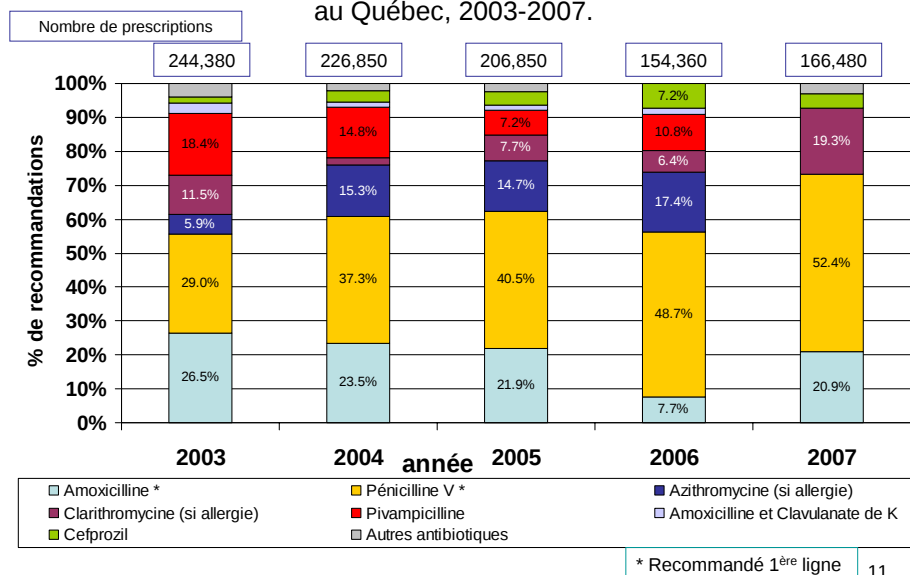
Graphique 2. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Pharyngite-Amygdalite chez les enfants de 0 à 6 ans au Québec, 2003-2007.



Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

Dans le traitement de la pharyngite-amygdalite, à l'exception d'une légère baisse en 2006 par rapport à 2005, une augmentation graduelle du pourcentage de prescriptions, correspondant aux choix de première ligne chez les enfants de 7 à 18 ans, a été observée de 2003 à 2007 (soit de 55,5 % en 2003 à 73,3 % en 2007).

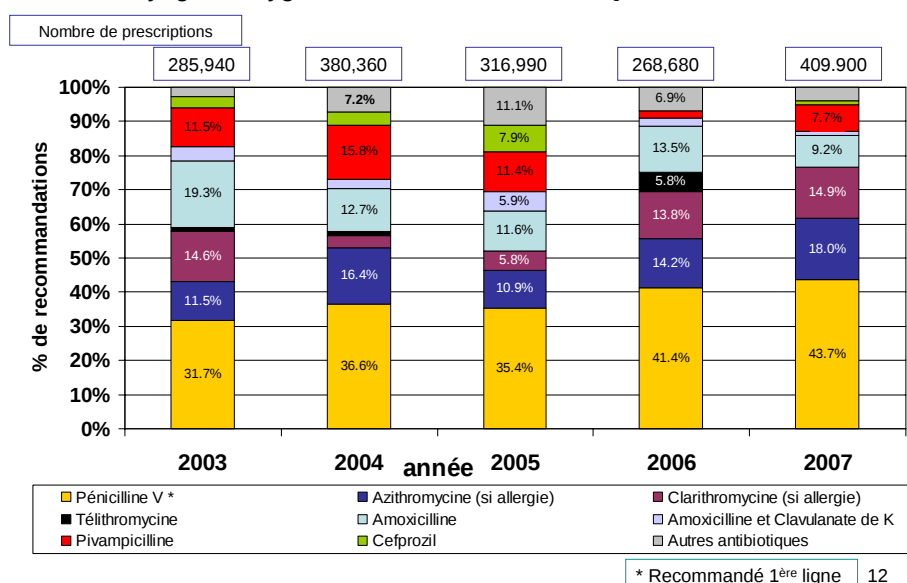
Graphique 3. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Pharyngite-Amygdalite chez les enfants de 7 à 18 ans au Québec, 2003-2007.



Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

Chez l'adulte, le pourcentage de prescriptions correspondant au premier choix de traitement est supérieur en 2006-2007 (soit > 40 %) par rapport aux années 2003 à 2005 (soit < 37 %).

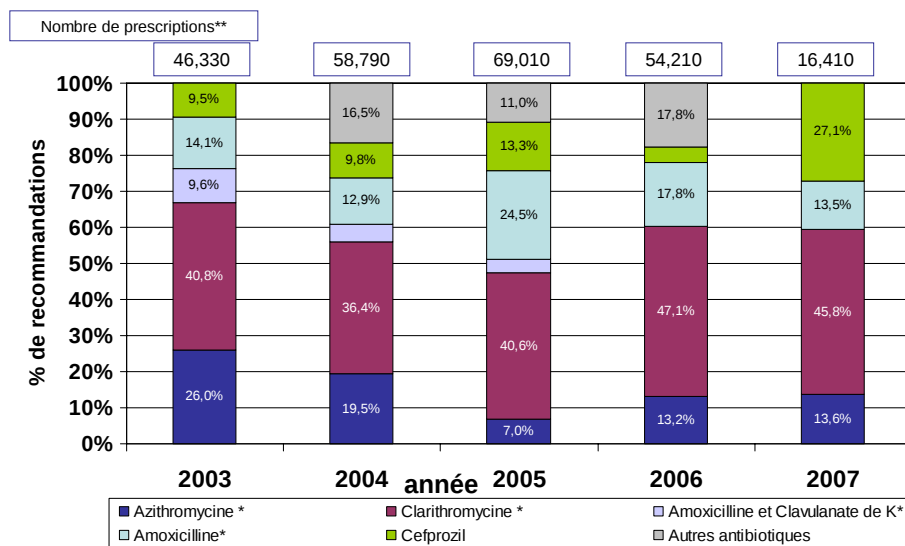
Graphique 4. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Pharyngite-Amygdalite chez les adultes au Québec, 2003-2007.



Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

Le pourcentage de prescriptions pour les antibiotiques recommandés en première intention dans le traitement de la pneumonie diminue de 2003 à 2004 (passant de 90 % à 75 %) chez les 0 à 6 ans et se maintient à ce niveau jusqu'en 2007.

Graphique 5. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Pneumonie chez les enfants de 0 à 6 ans au Québec, 2003-2007.

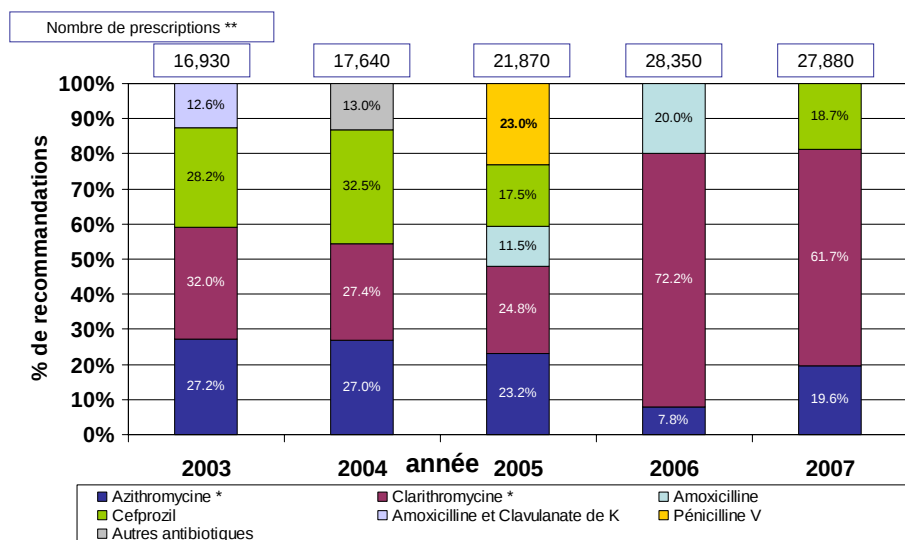


Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

* Recommandé 1^{ère} ligne 18

Chez les 7 à 18 ans, le pourcentage de prescriptions pour les premiers choix de traitement de la pneumonie est inférieur à 60 % avant 2006 et passe à environ 80 % en 2006 et 2007.

Graphique 6. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Pneumonie chez les enfants de 7 à 18 ans au Québec, 2003-2007.

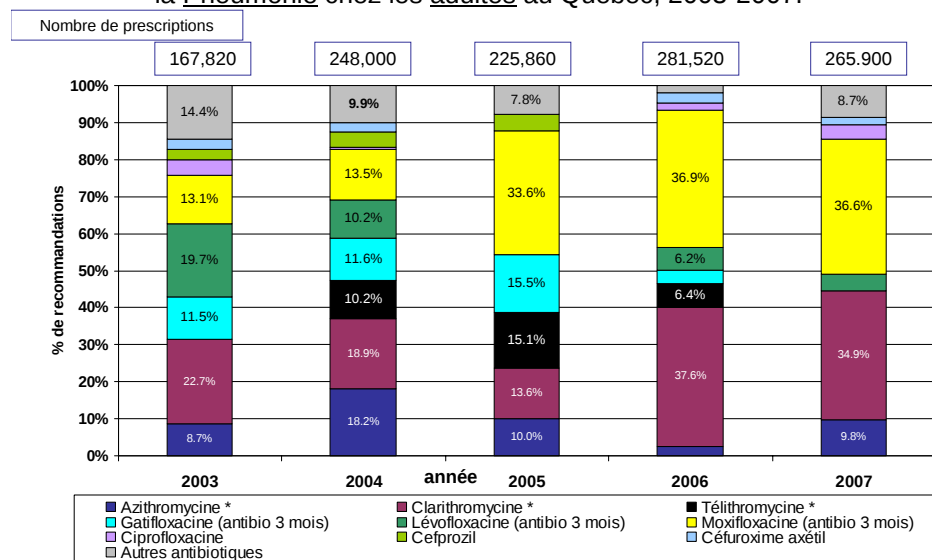


Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

* Recommandé 1^{ère} ligne 19

Chez l'adulte, à la suite d'une diminution à moins de 40 % en 2005, on observe une augmentation du pourcentage de prescriptions correspondant aux choix de première ligne dans la pneumonie autour de 45 % en 2006 et 2007.

Graphique 7. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Pneumonie chez les adultes au Québec, 2003-2007.

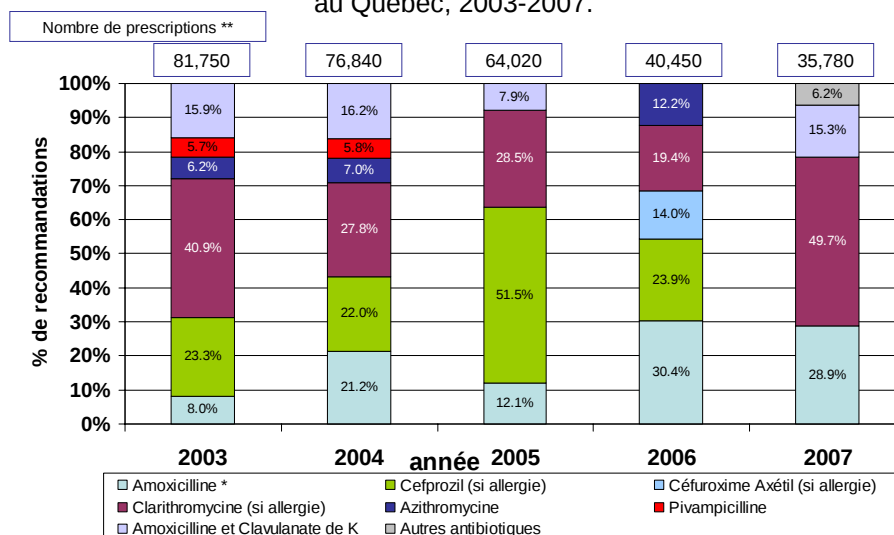


Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

* Recommandé 1^{ère} ligne 20

Pour ce qui est du traitement de la sinusite aiguë, à la suite d'une diminution à 12 % du pourcentage de prescriptions d'amoxicilline (traitement de première intention recommandé chez les enfants de 0 à 6 ans) en 2005, on observe une augmentation de ce pourcentage en 2006 et 2007 à environ 30 %.

Graphique 8. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Sinusite Aiguë chez les enfants de 0 à 6 ans au Québec, 2003-2007.



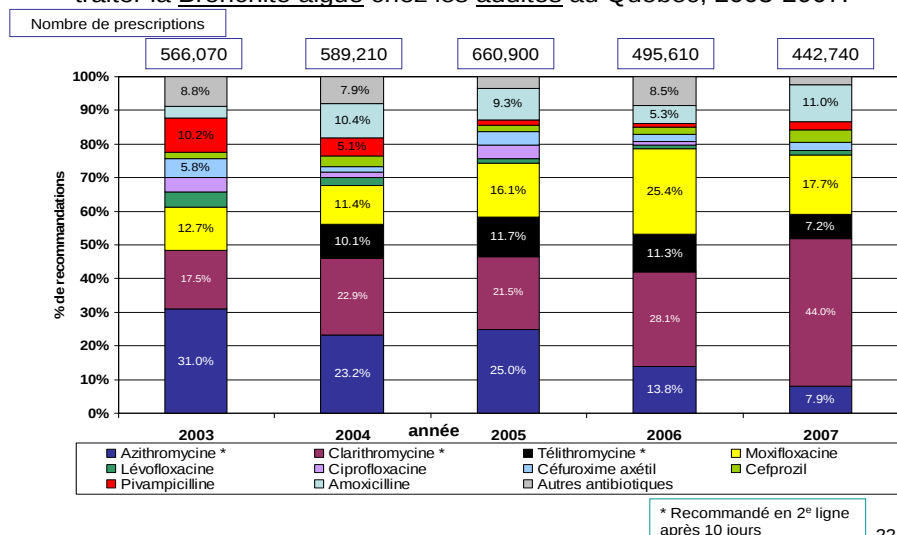
Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

* Recommandé 1^{ère} ligne 14

Dans le cas de la bronchite aiguë, même si un traitement symptomatique est privilégié par rapport à l'antibiothérapie en première intention, on dénote que le pourcentage de prescriptions pour les premiers choix après 10 jours se maintient entre 53 % et 59 % entre 2004 et 2007. Par exemple, le pourcentage d'utilisation de la clarithromycine augmente sensiblement de 2003 à 2007, alors qu'une diminution du pourcentage d'utilisation est observée pour l'azithromycine.

Le pourcentage de prescriptions pour traiter les infections urinaires chez les adultes demeure élevé (soit plus de 85 %) pour l'ensemble des années étudiées, soit de 2003 à 2007 inclusivement.

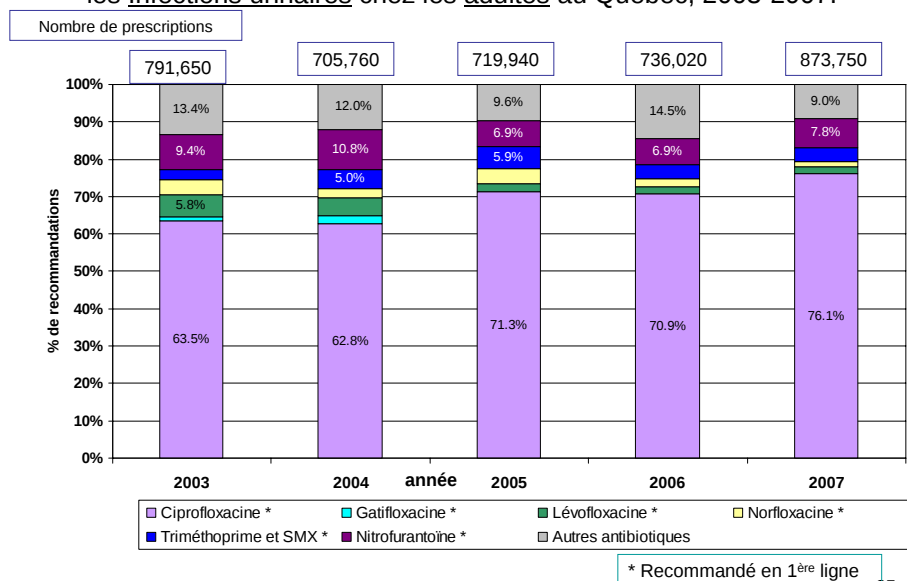
Graphique 9. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter la Bronchite aiguë chez les adultes au Québec, 2003-2007.



Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

22

Graphique 10. Répartition des prescriptions d'antibiotiques pour traiter les Infections urinaires chez les adultes au Québec, 2003-2007.



Source: IMS Health Canada, Index Canadien des Maladies et Traitements

25

9. RÉFÉRENCES

1. **Cabana D.** Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA*. **1999**;282:1458-1465.
2. **Lomas J.** Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth. *Milbank Q.* **1993**;71:439-475.
3. **Stross J.K.** et **W.R. Harlan.** The dissemination of new medical information. *JAMA*. **1979**; 241:2622-2624.
4. **Wigder H.N., D.A. Arai, K. Narasimhan** et **S. Cohan.** ACEP chest pain policy: emergency physician awareness. *Ann Emerg Med.* **1996**;27:606-609.
5. **Balk S.J., L.Y. Landesman** et **M. Spellmann.** Centers for Disease Control and Prevention lead guidelines: do pediatricians know them? *J Pediatr.* **1997**;131:325-327.
6. **Domnick-Pierre K., E. Vayda, J. Lomas, M.W. Enkin, W.J. Hannah** et **G.M. Anderson.** Obstetrical attitudes and practices before and after the Canadian Consensus Conference Statement on Cesarean Birth. *Soc Sci Med.* **1991**;32:1283-1289.
7. **Olesen F.** et **T. Lauritzen.** Do general practitioners want guidelines? Attitudes toward a county-based and a national college-based approach. *Scand J Prim Health Care.* **1997**;15:141-145.
8. **Christakis D.A.** et **F.P. Rivara.** Pediatricians' awareness of and attitudes about four clinical practice guidelines. *Pediatrics.* **1998**;101:825-830.
9. **Ward J.E., J. Boyages** et **L. Gupta.** Local impact of the NHMRC early breast cancer guidelines: where to go from here? *Med J Aust.* **1997**;167:362-365.
10. **Hudak B.B., J. O'Donnell** et **N. Mazyrka.** Infant sleep position: pediatricians' advice to parents. *Pediatrics.* **1995**;95:55-58.
11. **Pathman D.E., T.R. Konrad, G.L. Freed, V.A. Freeman** et **G.G. Koch.** The Awareness-to-Adherence Model of the steps to clinical guideline compliance: the case of pediatric vaccine recommendations. *Med Care.* **1996**;34:873-889.
12. **Tunis S.R., R.S Hayward, M.C. Wilson** et al. Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med.* **1994**;120:956-963.
13. **Taylor V.M., S.H. Taplin, N. Urban,** et al. Community organization to promote breast cancer screening ordering by primary care physicians. *J Community Health.* **1996**;21:277-291.
14. **Fergusson S.C.** et **T.A Lieu.** Blood lead testing by pediatricians: practice, attitudes and demographics. *Am J Public Health.* **1997**;87:1349-1351.
15. **Rimer B.K., B. Trock, A. Balshem, P.F. Engstrom, J. Rosan** et **C. Lerman.** Breast screening practices among primary physicians: reality and potential. *J Am board Fam Pract.* **1990**;3:26-34.

16. **Roetzheim** R.G., S.A. **Fox** et B. **Leake** Physician-reported determinants of screening mammography in older women: the impact of physician and practice characteristics. *J Am Geriatr Soc.* **1995**;43:1398-1402.
17. American Cancer Society. Survey of physicians' attitudes and practice in early cancer detection. *Cancer.* **1985**;35:197-213.
18. **Freed** B.L., W.C. **Bordley**, S.J. **Clark** et T.R. **Konrad**. Universal hepatitis B immunization of infants: reactions of pediatricians and family physicians over time. *Pediatrics.* **1994**;93:747-751.
19. **Kraus** D.M., M.M. **Campbell** et J.F. **Marcinak**. Evaluation of universal hepatitis B immunization practice of Illinois pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **1994**;148:936-942.
20. **Soltez** K.S., J.H. **Price**, L.W. **Johnson** et S.K. **Tellijohann**. Family physicians view of the Preventive Services Task Force recommendations regarding nutritional counselling. *Arch Fam Med.* **1995**;4:589-593.
21. **Zucker** A.R. et W.L. **Meadow**. Pediatric critical care physician's attitudes about guidelines for the use of ribavirin in critically ill children with respiratory syncytial virus pneumonia. *Crit Care Med.* **1995**;23:767-772.
22. **Hutchinson** B.G., J. **Abelson**, C.A. **Woodward** et G. **Norman**. Preventive care and barriers to effective prevention: how do family physicians see it. *Can Fam Physician.* **1996**;42:1693-1700.
23. **Schaffer** S.J., J.R. **Campbell**, **Szilagyi** P.G. et M. **Weitzman**. Lead screening practice of pediatric residents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **1998**;152:185-189.
24. **Jafari** H.S., A. **Schuchat**, R. **Hilsdon**, C.G. **Whitney**, K.E. **Toomey** et J.D. **Wenger**. Barriers to prevention of perinatal group B streptococcal disease. *Pediatr Infect Dis J.* **1995**;14:662-667.
25. **Lorino** C.O., A.E. **Green** et J.M. **Harris**. Survey of Alabama physicians' use of mammography, **1989**, *South Med J.* **1990**;32:1280-1282.
26. **Grol** R. National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract.* **1990**;40:361-364.
27. **Bradley** K.A., S.J. **Curry**, T.D. **Koepsell** et E.B. **Larson**. Primary and secondary prevention of alcohol problems: US internist attitudes and practices. *J Gen Intern Med.* **1995**;10:89-92.
28. American Cancer Society. 1989 Survey of physicians' attitudes and practices in early cancer detection. *Cancer.* **1990**;40:77-101.
29. **Kanouse** D.E, J.D. **Winkler**, J. **Kosecoff** et al. *Changing Medical Practice Through Technology Assessment: An Evaluation of the NIH Consensus Development Program.* Santa Monica, Calif: RAND; **1989**.

30. **Mansfield** C.D. Attitudes and behaviours towards clinical guidelines: the clinicians' perspective. *Qual Health Care*. **1995**;4:350-355.
31. **Feldman** E.L., **A. Jaffe**, **N. Galambos**, **A. Robbins**, **R.B. Kelley** et **J. Fromm**. Clinical practice guidelines on depressions: awareness, attitudes and current knowledge among family physicians in New York. *Arch Fam Med*. **1997**;7:58-62.
32. **James** P.A., **T.M. Cowan**, **R.P. Graham** et **B.A. Majeroni**. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J. Fam Pract*. **1997**;45:341-347.
33. **Siriwardena** A.N. Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behaviour. *Br J Gen Pract*. **1995**;45:643-647.
34. **Alston** R.P. Guidelines and cardiac anaesthetists: not in my backyard. *Anaesthesia*. **1997**;52:328-331.
35. **Hayward** R.S., **G.H. Guyatt**, **K.A. Moore**, **K.A. McKibbin**, et **A.O. Carter**. Canadian physician's attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ*. **1997**;156:1715-1723.
36. **Weingarten** S., **E. Stone**, **R. Hayward** et al. The adoption of preventive care practice guidelines by primary care physicians: do actions match intentions. *J Gen Intern Med*. **1995**; 10:138-144.
37. **Ferrier** B.M., **C.A. Woodward**, **M. Cohen** et **A.P. Williams**. Clinical practice guidelines: new-to-practice family physicians' attitudes. *Can Fam Physician*. **1996**;42:463-468.
38. **Salem-Schatz** S.R., **L.K. Bottlieb**, **M.A. Karp** et **L. Feingold**. Attitudes about clinical practice guidelines in a mixed model HMO: the influence of physician and organizational characteristics. *HMO Pract*. **1997**;11:111-117.
39. **Gupta** L., **J.E. Ward** et **R.S. Hayward**. Clinical practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitude and impact. *Med J Aust*. **1997**;166:69-71.
40. **Shye** D. et **J. Betz-Brown**. Primary care HMO clinicians' opinions about clinical practice guidelines. *HMO Pract*. **1995**;9:111-115.
41. **Grilli** R., **A. Penna**, **P. Zola** et **A. Liberati**. Physicians' view of practice guidelines: a survey of Italian physicians. *Soc Sci Med*. **1996**;43:1283-1287.
42. **Gross** P.A. et **D. Pujat**. Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage (a systematic review). *Med care*. **2001**;39:II-55-II-69.
43. United States Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Alexandria, Va: International Medical Publishing Inc; 1996.
44. **Wechsler** H.S., **Levine**, **R.K. Idelson**, **M. Rohman** et **J.O. Taylor**. The physician's role in health promotion: a survey of primary care practitioners. *N Engl J Med*. 1983; 308:97-100.
45. **Anda** R.F., **P.L. Remington**, **D.B. Sineko** et **R.M. Davis**. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA*. 1987;257:1916-1919.

46. **Brown** E.R., **R . Wyn**, **W.B. Cumberland** et al. Women's Health Related Behaviors and Use of Clinical Preventive Services: A Report to the Commonwealth Fund. Los Angeles: University of California, Los Angeles Center for Health Policy Research; 1995.
47. **Wells** K.B., **C.E. Lewis**, **B. Leake**, **M.K Schleiter** et **R . Brook**. The practices of general and subspecialty internists in counselling about smoking and exercise. Am J Public Health. 1986; 76:1009-1013.
48. **Kottke** T.E., **D.B. Willms**, **L.I. Solberg** et **M.L. Brekke**. Physician-delivered smoking cessation advice: issues identified during ethnographic interviews. Tob Control. 1994; 3:46-49.
49. **Arnold** S.R., **S.E. Strauss**. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care (Review).The Cochrane Collaboration.**2007**; Issue 4.

10. BIBLIOGRAPHIE

- Analyse des tendances d'utilisation des antibiotiques, IMS Health Canada, Enquête canadienne CompuScript et Statistique Canada
- Index canadien des maladies et des traitements (CDTI / IMS)
- **Duval M, Desrosiers M.** Guidelines for management of acute bacterial sinusitis : Impact on physicians' prescriptions for antibiotics. Otolaryngol-Head and Neck Surg.**2007**;136 : 258-260.
- Rapport d'évaluation de la firme Sogémap (mai 2008)

www.cdm.gouv.qc.ca

*Conseil
du médicament*

Québec 