



Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail

RÉSUMÉ

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail

RÉSUMÉ

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Janvier 2011

AUTEUR

Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail

RÉDACTION ET RECHERCHE

Sylvie Ricard, B. Sc., M. Sc.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Maurice Poulin, M.D., M. Sc., chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATION SPÉCIALE

Luc Bhérer, M.D., médecin-conseil en santé en travail
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Ce document a été réalisé grâce au soutien financier accordé par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

RÉVISION

Tricia Jocelyn, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de la santé publique du Québec

CITATION SUGGÉRÉE

Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail. Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail : résumé. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2011.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-61295-7 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-61296-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

COMITÉ D'EXPERTS SUR LE DÉPISTAGE ET LA SURVEILLANCE MÉDICALE EN SANTÉ AU TRAVAIL

Luc Bhérer, M.D.

Médecin-conseil en santé au travail

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Institut national de santé publique du Québec

Jean-François Boivin, M.D., Sc. D.

Professeur

Épidémiologie et biostatistiques

Université McGill

Chantal Caux, Ph. D.

Professeure adjointe

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

Pierre Deshaies, M.D., M. Sc., C.S.P.Q., F.R.C.P.C.

Médecin-conseil en santé au travail

Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels

Institut national de santé publique du Québec

Nathalie Laflamme, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique de recherche

Direction des systèmes de soins et politiques publiques

Institut national de santé publique du Québec

Denis Laliberté, M.D., M.P.H.

Professeur en santé au travail

Université Laval

Daniel Nadeau, M.D., M. Sc.¹

Médecin-conseil en santé au travail

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

Maurice Poulin, M.D., M. Sc.

Chef de l'unité Santé au travail

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Institut national de santé publique du Québec

Bernard Pouliot, M.D., M. Sc.

Médecin-conseil en santé au travail

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent/Direction de santé publique

¹ Nous avons eu le regret d'apprendre le décès du D^r Daniel Nadeau le 24 avril 2009.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	III
1 PRÉSENTATION.....	1
2 PRINCIPES DIRECTEURS EN GESTION DE RISQUES.....	2
3 DÉFINITIONS	3
4 MODÈLE CONCEPTUEL.....	5
5 CRITÈRES DE DÉPISTAGE ET DE SURVEILLANCE MÉDICALE.....	11
5.1 Premier noyau décisionnel et critères sous-jacents	12
5.2 Deuxième noyau décisionnel et critères sous-jacents.....	12
5.3 Recommandations.....	13
5.3.1 Nature des recommandations.....	15
5.3.2 Actions de communication.....	15
5.4 Troisième noyau décisionnel et critères de dépistage sous-jacents.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Principales différences entre un test appliqué en contexte de dépistage et de diagnostic	3
Tableau 2	Exemples d'application du modèle conceptuel à différents facteurs de risque en milieu de travail	8
Tableau 3	Grille d'attribution des cotes de recommandation	13
Tableau 4	Nature des recommandations et actions de communication classées selon la force des recommandations	14

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Concept de surveillance médicale et autres activités préventives	4
Figure 2	Modèle conceptuel : Histoire naturelle de la maladie et sa relation avec le dépistage et la surveillance en milieu de travail	6
Figure 3	Aperçu schématique de la démarche décisionnelle	11

1 PRÉSENTATION

De par sa nature, le dépistage se caractérise par l'application d'un test à des individus présymptomatiques ou symptomatiques précoces susceptibles de profiter d'une intervention plus efficace si elle est appliquée avant le moment habituel du diagnostic.

Loin d'être une intervention anodine, le dépistage peut aussi entraîner des inconvénients chez les personnes dépistées dont certains peuvent être importants. C'est pourquoi, avant d'offrir un dépistage à des travailleurs, son efficacité et la prépondérance des avantages sur les inconvénients doivent avoir été démontrées au plan populationnel. Qui plus est, le dépistage doit posséder les qualités recherchées afin que les bienfaits escomptés se matérialisent dans la pratique.

Les approches du type « algorithme » se veulent généralement séquentielles. Notre approche devait être souple et autoriser des compromis. La démarche comprend trois noyaux décisionnels qui doivent généralement être abordés de manière successive. Une réponse adéquate à l'un est habituellement nécessaire pour passer au suivant. Néanmoins, une évaluation de plusieurs noyaux peut être aussi bien réalisée de manière simultanée que de manière itérative, permettant ainsi des allers-retours au sein de la démarche. Les noyaux décisionnels et les critères sous-jacents doivent être vus comme un outil d'analyse et de réflexion et non pas comme un processus rigide.

Noyaux décisionnels :

- 1) Les conditions de base sont-elles réunies pour justifier de poursuivre l'évaluation?
- 2) Quelle est la balance des bénéfices du dépistage par rapport à ses inconvénients, en tenant compte de la qualité de la preuve?
- 3) Dans quelle mesure le dépistage possède-t-il les qualités recherchées pour sa mise en œuvre?

Le dépistage s'inscrit dans différents contextes : il peut s'agir d'une « simple » activité de dépistage, d'un programme de dépistage, d'une surveillance médicale, d'un examen médical de préaffectation ou d'un examen médical réglementé. Leur instauration doit faire l'objet d'une évaluation à partir de la démarche proposée et des particularités propres à chacun, évoquées dans le document.

Même si le cadre de référence a été conçu pour s'appliquer plus spécifiquement au domaine de la santé au travail, une préoccupation constante de le rendre le plus inclusif possible s'y reflète et une attention particulière a été portée afin qu'il puisse être généralisé aux activités de dépistage dans la population générale. Toutefois, lorsqu'il est question d'examen médicaux pour des risques non professionnels, le lecteur est également invité à prendre connaissance des recommandations des sociétés savantes appropriées et de consulter leurs cadres de référence afin de bien comprendre les fondements de ces recommandations.

2 PRINCIPES DIRECTEURS EN GESTION DE RISQUES

La démarche proposée est basée sur les principes directeurs présentés dans le *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*, adoptés en 2003 par les autorités québécoises de santé publique (INSPQ 2003)². Ces principes sont les suivants :

Appropriation de ses pouvoirs

La gestion des risques par la santé publique doit favoriser le renforcement de la capacité des individus et des collectivités à prendre des décisions éclairées et à agir quant aux risques qui les concernent.

Équité

La gestion des risques par la santé publique doit garantir la juste répartition des bénéfices et des inconvénients des risques au sein des communautés.

Ouverture

La gestion des risques par la santé publique doit permettre aux parties intéressées et touchées de participer au processus afin qu'elles puissent exprimer leur point de vue, faire connaître leurs perceptions et leurs préoccupations face à la situation, contribuer à la recherche de solutions et influencer les décisions de gestion.

Primauté de la protection de la santé humaine

La gestion des risques par la santé publique doit accorder la priorité à la protection de la santé humaine.

Prudence

La gestion des risques par la santé publique doit prôner la réduction ou l'élimination des risques chaque fois qu'il est possible de le faire et l'adoption d'une attitude vigilante afin d'agir de manière à éviter tout risque inutile. Cette attitude s'exerce tant dans un contexte de relative certitude (prévention) que d'incertitude scientifique (précaution).

Rigueur scientifique

La gestion des risques par la santé publique doit être basée sur les meilleures connaissances disponibles, doit reposer sur des avis scientifiques d'experts issus de toutes les disciplines pertinentes, doit considérer les points de vue minoritaires et les opinions provenant de diverses écoles de pensées et doit suivre une démarche structurée et systématique.

Transparence

La gestion des risques par la santé publique doit assurer un accès facile et le plus rapide possible à toute l'information critique et à toutes les explications pertinentes pour les parties intéressées et touchées, tout en respectant les exigences légales de confidentialité.

² <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=163>.

3 DÉFINITIONS

Le cadre de référence propose plusieurs définitions qui visent à établir un vocabulaire commun entre intervenants issus de différentes disciplines de la santé au travail, les travailleurs et les employeurs ou leurs représentants.

Test

Tout questionnaire, toute partie de l'examen clinique ou tout examen complémentaire (laboratoire, radiographie, scopie, etc.) appliqué à un individu. Utilisé dans un contexte de dépistage, il ne fournit généralement pas un résultat définitif; un suivi approprié est nécessaire selon le résultat du test, quel qu'il soit.

Dépistage

Application de tests à un individu qui fait partie d'un groupe partageant certaines caractéristiques communes. Le dépistage vise à départager les personnes qui sont probablement porteuses d'une maladie non diagnostiquée ou d'un facteur de risque d'une maladie, des personnes qui en sont probablement exemptes.

Tableau 1 Principales différences entre un test appliqué en contexte de dépistage et de diagnostic

Test de dépistage	Test diagnostique
Lorsque le résultat au test est anormal, il représente une étape préalable à une démarche diagnostique.	Il est utilisé en seconde ligne après un test de dépistage ou chez un patient symptomatique. Il aide à confirmer ou non la présence de la maladie.
Il est appliqué aux personnes apparemment non atteintes de la maladie recherchée.	Il est appliqué aux personnes présentant des symptômes évoquant la maladie.
Il ne constitue pas une aide à la décision thérapeutique.	Il permet le plus souvent de déboucher vers les options thérapeutiques ou d'orienter vers un autre diagnostic.

Surveillance

Ensemble des actes par lesquels on exerce un contrôle suivi. Dans un contexte de santé publique, la surveillance est une activité récurrente par laquelle on exerce un suivi et qui doit conduire à des mesures de correction si nécessaire.

Surveillance populationnelle

Processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et de ses déterminants par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données pertinentes, ainsi que leur diffusion systématique et régulière à ceux qui ont besoin de les connaître en vue de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la santé.

Surveillance médicale (en milieu de travail)

Activité de dépistage appliquée de manière récurrente chez une même personne, qui doit mener à des interventions de suivi préventif (figure 1).

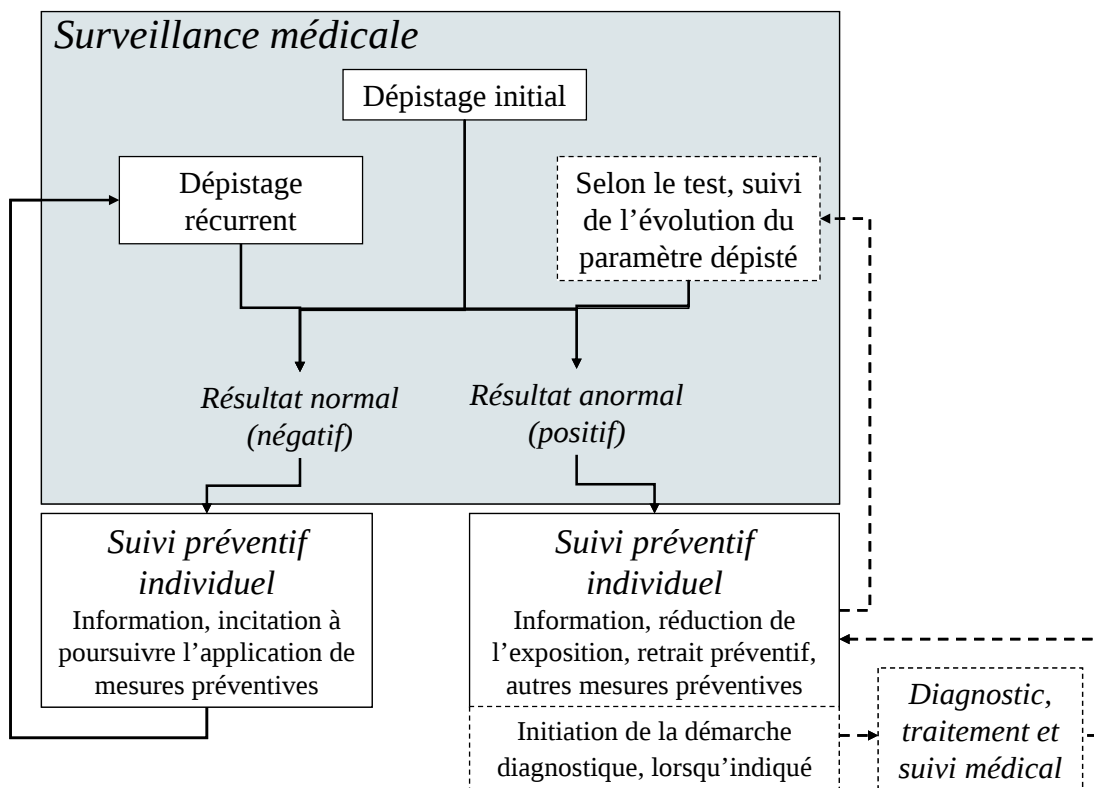


Figure 1 Concept de surveillance médicale et autres activités préventives

Note : La surveillance médicale (en milieu de travail) proprement dite concerne la portion ombragée de la figure. Les autres éléments sont présentés pour faciliter la compréhension. Les flèches et les cases pointillées indiquent que, selon le cas, ces activités ne sont pas toujours mises en œuvre. Il est à noter également que, dans un souci de simplification, toutes les options ne sont pas illustrées. En outre, la possibilité d'un résultat équivoque et la mise en œuvre d'un suivi approprié dans ces circonstances, généralement la reprise du test, n'apparaissent pas dans la figure.

4 MODÈLE CONCEPTUEL

Le modèle conceptuel vient illustrer l'histoire naturelle d'une maladie et ses liens avec les concepts de dépistage et de surveillance médicale (figure 2).

À partir de l'exposition au facteur de risque d'intérêt, l'histoire naturelle de la maladie se subdivise en plusieurs étapes successives jusqu'à la conséquence ultime de cette exposition : la déficience, l'incapacité, la situation de handicap ou encore le décès. Par contre, une évolution favorable de la maladie est possible et est représentée vers le haut du graphique, c'est-à-dire vers la réversibilité (détoxification, réparation, guérison).

Les facteurs de susceptibilité se divisent en facteurs acquis (environnementaux, biologiques ou associés aux habitudes de vie) et hérités (prédispositions génétiques). Qui plus est, les facteurs de susceptibilité englobent dans les faits les facteurs de protection, qui influencent positivement et entraînent un ralentissement, un arrêt ou un renversement de la dynamique de production de la maladie.

Sous le continuum de l'histoire naturelle de la maladie apparaissent les concepts de surveillance environnementale, de surveillance médicale, de dépistage et de suivi médical.

Les étapes sont illustrées selon le postulat d'une séquence chronologique, reconstituant le processus de cause à effet. Cependant, la progression de la maladie n'est pas forcément linéaire. Une représentation multidimensionnelle, couvrant plusieurs voies possibles, pourrait être plus représentative des phénomènes qui prennent place dans la réalité. Le paradigme linéaire est généralement adopté vu son aspect simplifié et pratique.

Ce modèle se veut générique, pouvant s'appliquer aux nombreux facteurs de risque qui influencent la santé au travail et qui couvrent un ensemble très large de caractéristiques tant liées à l'environnement qu'à l'organisation du travail. Conçu d'abord pour une application en santé au travail, il peut aussi être transposé à d'autres domaines. Certaines étapes de l'histoire naturelle pourront être escamotées selon le facteur de risque considéré, brisant du même coup le passage obligatoire par chaque étape du continuum.

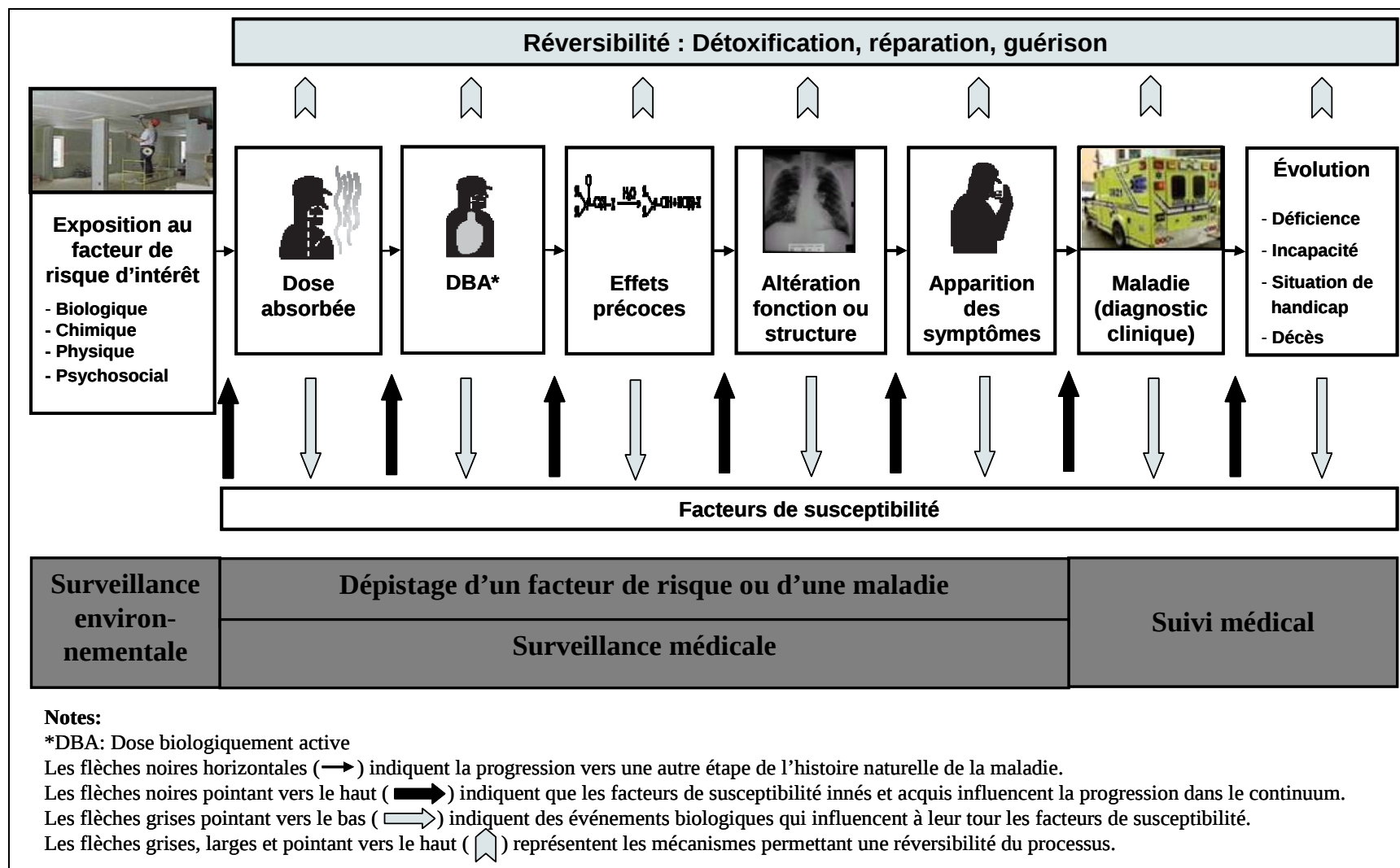


Figure 2 **Modèle conceptuel : Histoire naturelle de la maladie et sa relation avec le dépistage et la surveillance en milieu de travail**

Les exemples présentés correspondent seulement à quelques facteurs de risque parmi la multitude de facteurs pouvant être présents en milieu de travail. Ils ne représentent également que quelques scénarios possibles d'évolution de la maladie, que certains phénomènes pour chaque étape du continuum et que certains facteurs de susceptibilité.

Tableau 2 Exemples d'application du modèle conceptuel à différents facteurs de risque en milieu de travail

Exposition au facteur de risque d'intérêt	Dose absorbée	Dose biologique-ment active	Effets biologiques précoces	Altération de la fonction ou de la structure	Apparition des symptômes	Maladie (diagnostic clinique)	Évolution/Réversibilité	Facteurs de susceptibilité
Biologique								
Méningo-coque ^a	ND ^b	ND	Stimulation du système immunitaire	ND	Fièvre	Méningite à méningo-coque	Guérison par traitement antibiotique, mais avec séquelle (surdité)	Vaccination contre les souches A, C, Y, W (facteur de protection partiel)
Eau contenant des virus de l'hépatite A ^c	ND	ND	Stimulation de l'immunité humorale	Destruction d'hépatocytes et mise en circulation d'enzymes	Ictère, fatigue et fièvre	Hépatite A confirmée par la sérologie (IgM)	Retour à une fonctionnalité complète	Âge, hépatite pré-existante, éthyliste
Chimique								
Plomb ^d	Plombémie	Plombémie	Effet sur le métabolisme de l'hème	Diminution de la synthèse d'hémoglobine	Fatigue, essoufflement à l'effort	Anémie franche	Guérison à la suite du retrait de l'exposition	Alimentation faible en fer
Plomb	Plombémie	ND	ND	Altération des fonctions neuro-psychiatriques	Atteinte du jugement, de l'humeur, de la capacité d'apprentissage	Aucune	Rétablissement	Mauvais ajustement de l'appareil de protection respiratoire
Oxyde d'éthylène ^e	Adduits à l'hémoglobine	Adduits à l'ADN	Aucun	Aucune	Aucune	Aucune	Réparation de l'ADN	Exposition à une autre substance chimique géno-toxique

^a Informations fournies par Pierre Deshaies, membre du Comité d'experts, comm. pers. (2006).

^b ND signifie « Non déterminé », soit parce que le processus est inconnu, soit parce que l'information est non disponible.

^c Informations fournies par Denis Laliberté, membre du Comité d'experts, comm. pers. (2007).

^d Pour les deux exemples associés au plomb, les informations ont été tirées de Plante *et al.* (2003) et complétées par Luc Bhérer, membre du Comité d'experts, comm. pers. (2006).

^e Informations tirées de l'OIT (Sauter *et al.* 2000).

Tableau 2 Exemples d'application du modèle conceptuel à différents facteurs de risque en milieu de travail (suite)

Exposition au facteur de risque d'intérêt	Dose absorbée	Dose biologique-ment active	Effets biologiques précoces	Altération de la fonction ou de la structure	Apparition des symptômes	Maladie (diagnostic clinique)	Évolution/ Réversibilité	Facteurs de susceptibilité
Physique								
Vibrations ^f	Énergie absorbée	Dose vibratoire reçue au système main-bras	Augmentation du tonus sympathique du système nerveux central et périphérique	Prédominance des récepteurs alpha-2 due à l'atteinte des récepteurs alpha-1 de l'intima, vasoconstriction	Œdème des mains en fin de journée	Atteinte vasospastique	Guérison	Exposition au froid, stress
Rayonnements ionisants ^g	Radionucléides inhalés	Mutation du gène de l'HPRT ^h	Dommages chromosomiques	Hyperplasie	Toux avec expectorations de sang	Cancer du poumon	Décès	Tabagisme
Bruit ⁱ	Énergie sonore atteignant la cochlée	Dose de bruit atteignant les cellules ciliées de la cochlée	Changements morphologiques et biochimiques des cellules ciliées de la cochlée, changements circulatoires	Destruction des cellules ciliées de la cochlée et dégénérescence des fibres du nerf auditif, diminution de la sensibilité, de la sélectivité, de la discrimination auditive et de la capacité de la localisation ^j	Demandes fréquentes de répéter, augmentation du volume de la télévision, particulièrement en présence de bruit de fond, retrait des activités sociales	Surdité neuro-sensorielle irréversible	Situations de handicap causées par les difficultés d'écoute et de communication	Exposition à un contaminant ototoxique (ex. : CO, médicaments), exposition à des vibrations, adaptation du poste de travail avec diminution des problèmes de communication (facteur de protection)

^f Informations tirées des rapports de Boileau et Turcot (2004) et de Turcot (2005), complétées par Alice Turcot, médecin-conseil, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches et Institut national de santé publique du Québec, comm. pers. (2006). La dose vibratoire reçue au système main-bras tient compte de la durée d'exposition et du niveau de vibration globale reçue aux mains et aux bras (Boileau et Turcot 2004).

^g Informations tirées de Schulte (1989), de Veulemans *et al.* (2007) et du site Internet « Cancer du poumon », de l'Association pulmonaire du Québec, consulté le 26 mars 2006 : http://www.pg.poumon.ca/sections/mpulmonaires/fr/cancer_poumon/index.php.

^h HPRT : Hypoxanthine-guanine phosphoribosyl transférase.

ⁱ Informations fournies par Pierre Deshaies, membre du Comité d'experts, comm. pers. (2006) et par Pauline Fortier M. O.A., audiologiste, Direction de santé publique de la Montérégie et Institut national de santé publique du Québec, comm. pers. (2008), et complétées par OMS (1999).

^j Il peut également y avoir diminution de la capacité de supporter les sons forts (hypersonie) et présence d'acouphènes.

Tableau 2 Exemples d'application du modèle conceptuel à différents facteurs de risque en milieu de travail (suite)

Exposition au facteur de risque d'intérêt	Dose absorbée	Dose biologique-ment active	Effets biologiques précoces	Altération de la fonction ou de la structure	Apparition des symptômes	Maladie (diagnostic clinique)	Évolution/ Réversibilité	Facteurs de susceptibilité
Cadence de travail trop élevée ^k	ND	ND	Inflammation	Augmentation de la fatigue musculaire	Douleur sourde et diffuse dans l'épaule, ressentie surtout lors des mouvements	Tendinite de la coiffe des rotateurs (épaule)	Réadaptation	Position de travail inadéquate, âge
Psychosocial								
Procédés de production hautement automatisés ^l	ND	ND	Sécrétion accrue des hormones de stress	Modifications structurelles des vaisseaux sanguins	Hypertension artérielle	Accident cérébro-vasculaire (ACV)	Situation de handicap	Travail sous contrainte de temps, absence de signification de la tâche, faible latitude décisionnelle
Travail répétitif et monotone ^m	ND	ND	Sécrétion accrue des hormones de stress	Tension psychique	Aucun	Aucune	Rétablissement	Propension individuelle à réagir positivement au stress déterminée par l'expérience et les acquis de la petite enfance (facteur de protection)
Situation de harcèlement ou propos dévalorisants exprimés de manière répétée ⁿ	ND	ND	Sécrétion accrue des hormones de stress	Tension psychique	Insomnie, perte d'appétit, fatigue, difficultés de concentration	Maladie dépressive	Suicide	Facteurs de stress concomitants (ex. : divorce, décès d'un proche) et faible reconnaissance au travail

^k Informations fournies par Alice Turcot, médecin-conseil, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches et Institut national de santé publique du Québec, comm. pers. (2006), complétées par le site Internet Troubles musculosquelettiques de l'épaule, de Passeport santé, consulté le 27 mars 2006 : http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=troubles_musculosquelettiques_epaule_pm.

^l Informations tirées de l'OIT (Sauter *et al.* 2000).

^m Informations tirées de Vézina (1992).

ⁿ Informations tirées de l'OIT (Sauter *et al.* 2000) et du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2003).

5 CRITÈRES DE DÉPISTAGE ET DE SURVEILLANCE MÉDICALE

La démarche comprend trois noyaux décisionnels (figure 3). Le premier noyau décisionnel renvoie à l'examen des conditions de base pour justifier une évaluation plus poussée du bien-fondé du dépistage.

Le deuxième noyau s'attarde sur l'évaluation de l'ampleur des avantages et des inconvénients et de la qualité de la preuve qui y est associée. La combinaison de ces deux paramètres, évalués à l'échelle d'une population de travailleurs, concourt à la gradation de la force de la recommandation qui résultera. Chaque niveau dicte la pertinence de proposer ou non le dépistage, les conditions sous-jacentes et les actions de communication qui devraient être entreprises dans chaque situation.

Le troisième noyau évalue dans quelle mesure l'implantation d'une activité de dépistage répond à un certain nombre de critères qui permettent d'assurer une mise en œuvre adéquate et de qualité.

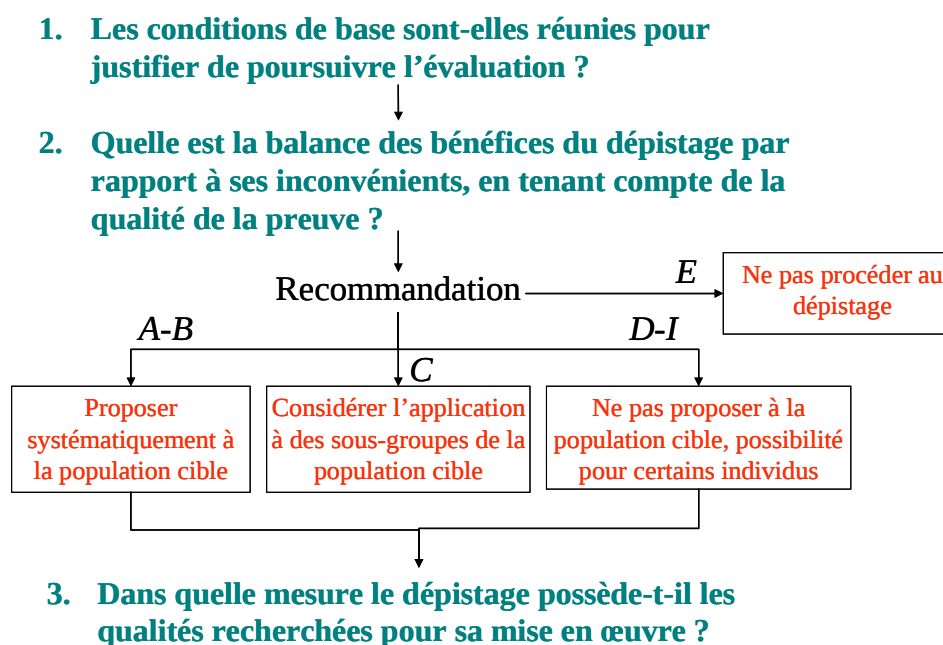


Figure 3 Aperçu schématique de la démarche décisionnelle

Chaque noyau décisionnel se compose de plusieurs critères sur lesquels un jugement doit être porté. Bien que les trois noyaux décisionnels doivent toujours être abordés, les critères eux-mêmes représentent en quelque sorte un aide-mémoire afin d'identifier les éléments qui doivent être considérés avant l'application d'un test de dépistage, quel qu'il soit. Il est à noter également que la numérotation des critères n'indique pas l'ordre dans lequel ils doivent être examinés.

Une modulation de la démarche est possible selon les circonstances du dépistage. Le plus important est de rendre la démarche transparente et de rendre explicites les raisons qui motivent l'application d'un test malgré le non-respect ou la non-considération de certains critères, le cas échéant.

5.1 PREMIER NOYAU DÉCISIONNEL ET CRITÈRES SOUS-JACENTS

L'analyse de la légitimité du dépistage part des raisons qui le motivent. Une brève synthèse d'informations devrait permettre de statuer sur l'importance du problème de santé que l'on veut prévenir, sur l'existence d'une fenêtre d'intervention précoce et sur la possibilité d'utiliser un test en lien avec la condition recherchée.

Noyau 1. Les conditions de base sont-elles réunies pour justifier de poursuivre l'évaluation?

Critères :

- 1-1 La condition que l'on veut prévenir est grave ou fréquente.
- 1-2 La durée de la phase présymptomatique ou symptomatique précoce se prête à une intervention précédant le moment habituel du diagnostic.
- 1-3 Il existe un test en lien avec le facteur de risque ou la maladie professionnelle ciblée.

5.2 DEUXIÈME NOYAU DÉCISIONNEL ET CRITÈRES SOUS-JACENTS

Une fois le premier noyau décisionnel franchi, il est impératif, sur le plan éthique, de s'assurer que le dépistage procurera plus de bien que de tort pour la population ciblée. Ceci est particulièrement valable lorsque le dépistage est à l'initiative non pas des individus dépistés, mais des professionnels de la santé ou lorsqu'il est exigé par des tiers.

L'objectif du deuxième noyau décisionnel est de comparer l'ampleur des bénéfices et des inconvénients attendus pour la population cible. Cette évaluation doit s'appuyer sur des preuves dont la qualité doit être appréciée.

Noyau 2. Quelle est la balance des bénéfices du dépistage par rapport à ses inconvénients, en tenant compte de la qualité de la preuve?

Critères :

- 2-1 Les interventions réalisées à la suite du dépistage ont une capacité accrue de réduire la mortalité et la morbidité d'un point de vue populationnel par rapport aux interventions réalisées au moment habituel du diagnostic.
- 2-2 Les valeurs de sensibilité et de spécificité sont prises en compte dans le calcul de l'efficacité du dépistage.
- 2-3 Les inconvénients évalués au niveau populationnel sur les plans physiques et psychologiques associés au test et aux interventions qui s'ensuivent sont jugés acceptables par rapport aux bénéfices escomptés.

5.3 RECOMMANDATIONS

La balance des avantages sur les inconvénients à l'échelle populationnelle, pour une population cible de travailleurs, mène à une classification selon une échelle semi-quantitative à cinq niveaux :

- Élevée;
- Modérée;
- Faible;
- Nulle (avantages comparables aux inconvénients);
- Négative (inconvénients supérieurs aux avantages).

D'autre part, l'évaluation de la qualité de la preuve associée aux bénéfices nets mène à sa qualification selon trois niveaux :

- Preuve de bonne qualité;
- Preuve de qualité suffisante;
- Données insuffisantes (en quantité ou en qualité).

La combinaison de l'estimation de l'ampleur des bénéfices nets engendrés et de l'évaluation de la qualité de la preuve qui y est associée, tous deux à l'échelle de la population de travailleurs ciblée, détermine l'attribution d'une cote A, B, C, D, E ou I (tableau 3).

Tableau 3 Grille d'attribution des cotes de recommandation

Qualité de la preuve à l'échelle populationnelle*	Balance des bénéfices sur les inconvénients à l'échelle populationnelle ^a				
	Élevée	Modérée	Faible	Nulle	Négative
Preuve de bonne qualité	A	B	C	D	E
Preuve de qualité suffisante	B	B	C	D	E
Données insuffisantes (en quantité ou en qualité)	I				

^a Pour la population cible de travailleurs.

Les recommandations de dépistage sont de nature variable selon cette cote, comme le montre le tableau 4. À la différence des présentations traditionnelles de cotes de recommandation, ce tableau intègre des actions de communication, qui deviennent partie intégrante de la recommandation comme éléments importants dans la mise en œuvre du dépistage. Il est à noter que les recommandations sont spécifiques à un test de dépistage et à une population cible donnée. Elles peuvent donc différer en fonction de ces variables.

Tableau 4 Nature des recommandations et actions de communication classées selon la force des recommandations

Force de la recommandation		Recommandations aux professionnels de la santé	
Cote	Description de la cote	Nature de la recommandation	Actions de communication
A	Preuve de l'efficacité du dépistage de bonne qualité et bénéfices surpassant substantiellement les inconvénients à l'échelle populationnelle ^a .	Proposer systématiquement le dépistage à la population cible.	Informar l'individu appartenant à la population cible des bénéfices et des inconvénients escomptés du dépistage et de la possibilité pour chaque individu de s'en prévaloir, en tenant compte des facteurs de risque et des attentes personnels.
B	Qualité de la preuve de l'efficacité du dépistage au moins suffisante et bénéfices surpassant modérément les inconvénients à l'échelle populationnelle ^a .	Idem à A.	Idem à A.
C	Qualité de la preuve de l'efficacité du dépistage au moins suffisante et bénéfices surpassant faiblement les inconvénients à l'échelle populationnelle ^a .	Considérer le dépistage seulement pour des sous-groupes présentant une plus grande probabilité de bénéfices comparativement aux inconvénients.	Informar uniquement l'individu appartenant à l'un des sous-groupes pour lesquels le dépistage présente une plus grande probabilité de bénéfices comparativement aux inconvénients. L'information doit porter sur les bénéfices et les inconvénients escomptés du dépistage et sur la possibilité pour chaque individu de s'en prévaloir, en tenant compte des facteurs de risque et des attentes personnels.
D	Qualité de la preuve de l'efficacité du dépistage au moins suffisante et bénéfices comparables aux inconvénients à l'échelle populationnelle ^a .	Ne pas proposer le dépistage à la population cible.	Aucune information n'est fournie, à moins d'une demande d'un individu ou d'un groupe. Dans ce cas, l'information doit porter sur les raisons justifiant de ne pas proposer le dépistage, notamment sur les bénéfices et les inconvénients escomptés du dépistage. Si, malgré tout, une personne souhaite passer le test compte tenu de ses facteurs de risque et de ses attentes personnelles, une information individualisée est privilégiée afin de s'assurer d'une décision informée.
E	Qualité de la preuve de l'inefficacité du dépistage au moins suffisante et inconvénients surpassant les bénéfices à l'échelle populationnelle ^a .	Ne pas procéder au dépistage.	Aucune information n'est fournie, à moins d'une demande d'un individu ou d'un groupe. Dans ce cas, on doit leur fournir les informations justifiant de ne pas procéder au dépistage, notamment sur le fait que les inconvénients surpassent les bénéfices du dépistage.
I	Données insuffisantes (en quantité ou en qualité) ^b de sorte que la balance des bénéfices et des inconvénients ne peut être déterminée ^a .	Ne pas proposer le dépistage à la population cible.	Idem à D. La conduite à adopter peut toutefois différer selon l'importance des bénéfices et des inconvénients évoqués et selon que les tests de dépistage sont de nature expérimentale ou sont communément utilisés en pratique clinique ou en santé publique. Il faut par ailleurs favoriser la poursuite des recherches, lorsque les conditions s'y prêtent.

^a Pour la population cible de travailleurs.

^b Nombre insuffisant d'études OU nombre suffisant d'études dont les résultats sont incohérents en ce qui a trait à la direction et à la force de l'association (GRGT 2007).

5.3.1 Nature des recommandations

La formulation d'une recommandation est valable pour la population de travailleurs ciblée. La probabilité que les bienfaits attendus à l'échelle populationnelle se transposent au plan individuel varie en fonction de la qualité de la preuve et de l'ampleur des bénéfices nets qui seraient, selon toute vraisemblance, engendrés pour la population cible. La démarche prend toutefois en considération que les facteurs de risque et les attentes personnels influencent les probabilités propres à chaque individu de tirer des bénéfices du dépistage.

Proposer systématiquement (cotes A et B) le dépistage à la population cible signifie, en santé au travail, entreprendre proactivement des démarches dans toutes les entreprises concernées, où une exposition au facteur de risque est avérée ou soupçonnée.

Lorsque les bénéfices sont faibles comparativement aux inconvénients (cote C), l'offre de services doit être limitée. Le dépistage ne doit pas être recommandé de manière systématique, mais il pourrait être justifié de le proposer à des sous-groupes pour lesquels le dépistage est perçu comme ayant une plus grande probabilité d'avantages comparativement aux inconvénients.

Ne pas proposer le dépistage (cotes D et I) équivaut à ne pas prendre les devants en ce qui a trait à la communication d'information sur l'existence d'un test de dépistage et à uniquement répondre aux demandes qui pourraient émaner d'un individu ou d'un groupe d'individus. La recommandation de ne pas procéder au dépistage (cote E) est à l'effet de ne pas administrer le test, peu importe si des individus le réclament ou non.

5.3.2 Actions de communication

Les actions de communication tiennent un rôle important dans la mise en œuvre du dépistage. Elles se concrétisent par des actions collectives de communication destinées à la population ciblée de travailleurs et réalisées de manière proactive dans tous les cas où le dépistage est proposé à une population (cotes A, B ou C). Dans les situations où la recommandation est cotée D, E ou I, les actions collectives sont mises en place à la suite d'une demande émanant d'un individu ou d'un groupe de travailleurs. Au besoin, elles sont complétées par la diffusion d'une information individualisée.

5.4 TROISIÈME NOYAU DÉCISIONNEL ET CRITÈRES DE DÉPISTAGE SOUS-JACENTS

Une fois établie si le dépistage peut être proposé et comment, soit à une population cible ou à des travailleurs individuellement, cela ne signifie pas que l'on puisse automatiquement aller de l'avant. D'autres critères (#3-1 à 3-15) constituent des conditions de réussite afin que toute activité de dépistage soit réalisée de manière appropriée et optimale et que l'efficacité démontrée, grâce à l'évaluation de la preuve (deuxième noyau décisionnel), se transpose dans la pratique lors de l'implantation du dépistage. Soulignons que les critères #3-12 à 3-15 inclusivement, recommandés dans le cas d'une activité de dépistage, deviennent obligatoires dans le cas de l'instauration d'un programme ou de l'imposition d'un examen par voie législative.

Noyau 3. Dans quelle mesure le dépistage possède-t-il les qualités recherchées pour sa mise en œuvre?

Critères :

- 3-1 Le dépistage devrait³ être réalisé en complémentarité avec les mesures de prévention primaire nécessaires (c'est-à-dire réduction de l'exposition, amélioration des méthodes de travail, etc.) et ne devrait pas être réalisé au détriment de celles-ci.
- 3-2 Dans le cas du dépistage d'une maladie, les résultats anormaux devraient être confirmés par des tests diagnostiques avant tout traitement, excepté si le test de dépistage est lui-même un test diagnostique.
- 3-3 Le suivi médical et professionnel des individus dont le résultat du test est anormal, incluant celui des découvertes fortuites, devrait avoir été défini.
- 3-4 Pour les résultats équivoques au test de dépistage, les interventions subséquentes appropriées devraient avoir été définies.
- 3-5 Il faudrait s'assurer de pouvoir identifier et joindre les individus de la population cible.
- 3-6 Les tests de dépistage, les tests diagnostiques et les traitements ainsi que le choix de la population cible devraient être acceptables aux plans éthique, juridique et social.
- 3-7 Les buts et objectifs visés, et les responsabilités de chaque acteur devraient être déterminés.
- 3-8 Il faudrait disposer du personnel formé et des ressources nécessaires pour le recrutement des participants, les tests de dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi approprié à chaque étape ainsi que pour la gestion et la continuité des activités de dépistage.
- 3-9 La périodicité du dépistage devrait être déterminée en fonction de l'histoire naturelle de la maladie.
- 3-10 L'information sur les bénéfices et les inconvénients du dépistage au plan populationnel ainsi qu'au plan individuel pour la personne dépistée devrait être communiquée à cette personne. La décision de participer à un dépistage et d'en connaître ou non le résultat doit être prise de façon libre et éclairée.
- 3-11 Aucune donnée à caractère personnel issue d'un dépistage ne devrait être communiquée à un tiers, incluant l'employeur, à moins que l'individu concerné n'ait donné son autorisation explicite ou que cela soit prescrit par voie législative.

³ Dans ce document, l'utilisation du verbe « devrait » indique une recommandation ou ce qui est conseillé et préférable, mais sans en faire une obligation absolue.

Les critères #3-12 à #3-15 sont obligatoires lorsqu'il est question d'implanter un programme et de prescrire un dépistage par règlement. Ils sont néanmoins recommandés pour toute activité de dépistage.

- 3-12 La structure de gouvernance qui sera imputable de l'allocation des ressources et de l'impact du dépistage devrait être identifiée.
- 3-13 Des mécanismes appropriés d'assurance de la qualité devraient être mis en place.
- 3-14 Le dépistage devrait faire l'objet d'une évaluation périodique (structure, processus, résultats, impacts).
- 3-15 Une veille scientifique portant sur les éléments pertinents du dépistage devrait être mise en place afin de tenir compte de l'évolution des connaissances.

Pour ceux qui désirent plus d'informations sur le sujet, le rapport complet intitulé « Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail » est disponible à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=990>.

