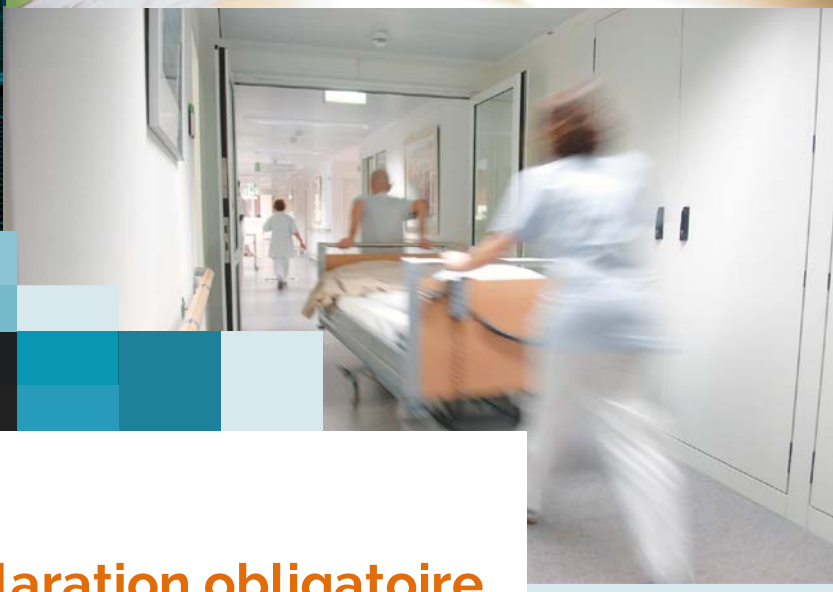
INSPQ
INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC







Faisabilité d'accroître la déclaration obligatoire des maladies liées à une exposition à l'amiante par les médecins des hôpitaux

ANNEXES

Québec

Faisabilité d'accroître la déclaration obligatoire des maladies liées à une exposition à l'amiante par les médecins des hôpitaux

ANNEXES

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Mars 2017

Institut national de santé publique Québec

AUTEURES

Louise De Guire, M.D., M. Sc., C.S.P.Q.
Alfreda Krupoves, Ph. D.
Monique Isler, M.D., D. E. S. S., M. Sc., C.S.P.Q.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Le rapport est disponible à l'adresse suivante :
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2262_declaration_obligatoire_exposition_amiante.pdf.

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 – 2e TRIMESTRE 2017
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
ISBN : 978-2-550-78543-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2017)

Table des matières

Annexe 1 Cheminement d'une maladie à déclaration obligatoire dans le cadre du projet pilote (amiantose et mésothéliome) 1

Annexe 2 Faisabilité d'accroître la déclaration des MADO reliées à une exposition à l'amiante par les médecins des hôpitaux et évaluation des impacts en vue de la surveillance 5

Annexe 3 Approbation des tables de concertation nationale en santé au travail et en environnement ainsi que de la table de coordination nationale en santé publique 23

Annexe 4 Approbation de participation au projet par les directeurs de santé publique de Chaudière-Appalaches, des Laurentides et de Montréal 29

Annexe 5 Outils pour les rencontres avec les directions de santé publique 37

Annexe 6 Procédure de traitement des MADO dans le cadre du projet dans les trois directions de santé publique 57

Annexe 7 Formulaires d'autorisation d'accès au système MADO-Chimique et délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches, des Laurentides et de Montréal pour le personnel du projet pilote 63

Annexe 8 Outils pour les rencontres avec les directeurs des services professionnels et hospitaliers et avec les responsables des services des archives médicales des hôpitaux 85

Annexe 9 Écrans de saisie des données dans une base Access pour les cas d'amiantose et de mésothéliome 97

Annexe 10 Formulaire de collecte d'information dans le dossier médical pour une amiantose et guide. Formulaire de collecte d'information dans le dossier médical pour un mésothéliome et guide ..... Erreur ! Signet non défini.

Annexe 11 Caractéristiques tomodensitométriques indicatives d'amiantose 119

Annexe 12 Description de la banque de données SPSS sur les tests d'imagerie médicale 133

Annexe 13 Description de la banque de données SPSS sur les consultations médicales 137

Annexe 14 Feuille de correspondance entre le numéro d'identité attribué à chaque patient et l'information provenant de la déclaration, questionnaire d'histoire professionnelle et environnementale d'exposition à l'amiante, feuilles supplémentaires et guide 141

Annexe 15 Contenu de la base Access développée pour le codage des occupations des patients exposés à l'amiante 163

Annexe 16 Lettre type de demande d'information à la Régie des rentes du Québec et à la Commission de la construction du Québec 183

Annexe 17 Guide d'information au patient pour soumettre une réclamation à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail 189

Annexe 18 Procédure de gestion sécuritaire des données 193

Annexe 19 Formulaire de suivi de la démarche 209

Annexe 20 Formulaire de commentaires sur la procédure par cas pour l'infirmier ou l'infirmière du projet 213

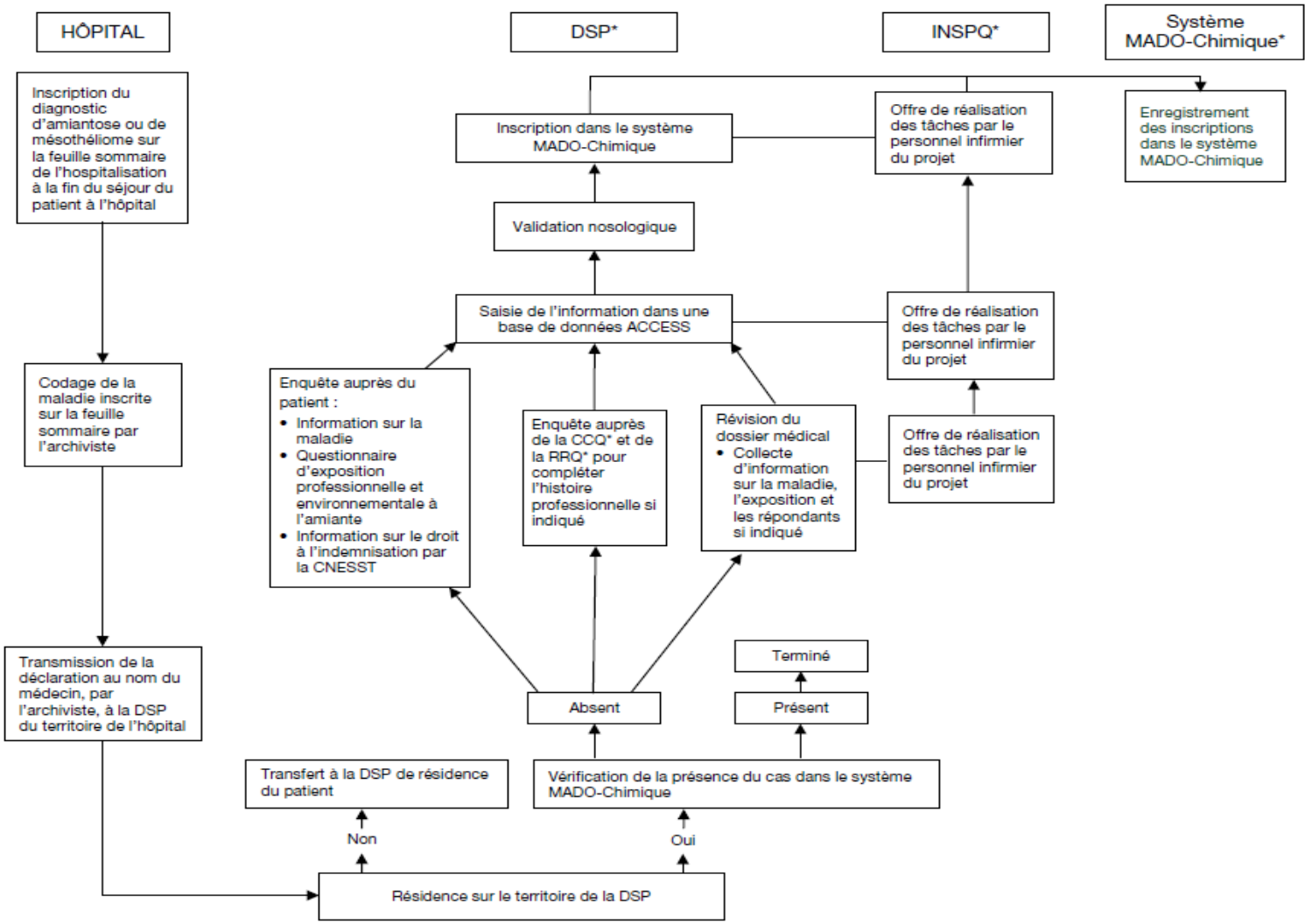
Annexe 21 Éléments à évaluer à la phase préparatoire du projet par région 217

Annexe 22 **Éléments à évaluer à la mi-parcours du projet 233**
Annexe 23 **Tableau de suivi du déroulement de quelques étapes du projet 249**
Annexe 24 **Description des résultats des tests d'imagerie médicale 253**
Annexe 25 **Description des résultats des consultations médicales 273**
Annexe 26 **Estimation du temps pour réaliser une enquête pour les cas en provenance de l'hôpital de Thetford Mines, de l'hôpital régional de Saint-Jérôme et de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont 317**

Annexe 1

Cheminement d'une maladie à déclaration obligatoire dans le cadre du projet pilote (amiantose et mésothéliome)

Figure 1 Cheminement d'une maladie à déclaration obligatoire dans le cadre du projet pilote (amiantose et mésothéliome)



* DSP : Direction de santé publique; INSPQ : Institut national de santé publique du Québec; système MADO-Chimique : base de données des maladies à déclaration obligatoire; CCQ : Commission de la construction du Québec; RRQ : Régie des rentes du Québec.

Annexe 2

Faisabilité d'accroître la déclaration des MADO reliées à une exposition à l'amiante par les médecins des hôpitaux et évaluation des impacts en vue de la surveillance

Proposition de projet

Faisabilité d'accroître la déclaration des MADO reliées à une exposition à l'amiante par les médecins des hôpitaux et évaluation des impacts en vue de la surveillance

Institut national de santé publique du Québec
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Unité de santé au travail

Décembre 2011

Problématique

Mandat de surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante de l'INSPQ

Le gouvernement du Québec a adopté en 2002 une Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec (Gouvernement du Québec, 2002). L'énoncé de cette politique évoque certaines des conditions préalables à réaliser. L'une d'entre elles est l'obligation pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'exercer une surveillance des expositions reliées à l'amiante et des maladies qui en découlent, tant chez les travailleurs que dans la population générale. Pour ce faire, le MSSS a donc confié à l'INSPQ le mandat de définir et de mettre en place un système de surveillance des expositions à l'amiante et des maladies qui y sont liées.

Surveillance – quelques notions

La surveillance est un « 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 sur la santé et ses déterminants à l'échelle d'une population » (Thacker et collab., 1996). La surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante vise à caractériser la fréquence et la distribution de celles-ci afin d'en connaître les tendances temporelles. La surveillance de l'exposition à l'amiante vise pour sa part notamment à identifier les différentes sources et circonstances possibles et à surveiller l'augmentation ou la diminution de l'exposition dans le temps. L'information produite par une surveillance efficace des maladies de l'amiante au Québec permettra de cibler des milieux de travail, des milieux de vie ou des populations afin de réduire, à l'aide d'interventions de santé publique, les risques associés à l'exposition tant professionnelle qu'environnementale.

Maladies reliées à l'exposition à l'amiante

Les principales maladies associées à l'exposition à l'amiante sont l'amiantose, les mésothéliomes de la plèvre et du péritoine, le cancer du poumon, le cancer du larynx et de l'ovaire ainsi que les anomalies pleurales non malignes, notamment les plaques pleurales, l'épaississement diffus ou localisé de la plèvre et la pleurésie amiantosique.

Le système de surveillance qui sera mis en place par l'INSPQ vise les trois maladies suivantes : le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon lié à l'exposition à l'amiante. Ces trois maladies sont à déclaration obligatoire (MADO) en vertu de la Loi sur la santé publique (chapitre VIII, articles 80 à 82) (Gouvernement du Québec, 2001) et des règlements correspondants adoptés en 2003 soit le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (Gouvernement du Québec, 2003a) et le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (Gouvernement du Québec, 2003b). Pour le mésothéliome et l'amiantose, « …tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez une personne vivante ou décédée… » est tenu d'en faire la déclaration au directeur de santé publique de son territoire. Dans le cas du cancer du poumon relié à l'amiante, seuls les cas dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP) doivent être déclarés. La Loi sur la santé publique confère au directeur de santé publique le pouvoir de procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population pourrait être menacée (chapitre XI, article 96), mais lui confère aussi le pouvoir d'autoriser spécifiquement certaines personnes à l'exercer en son nom (chapitre XI, article 113).

SOURCE DES DONNÉES POUR LA SURVEILLANCE DES MALADIES RELIÉES À L'AMIANTE

Les comités des maladies professionnelles pulmonaires (CMPP) évaluent les travailleurs qui soumettent une réclamation à la CSST alléguant qu'ils sont atteints d'une maladie reliée à l'exposition à l'amiante. Lorsqu'un diagnostic de maladie professionnelle pulmonaire est posé par un CMPP, il appartient par la suite à un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP) de revoir le dossier et d'infirmer ou de confirmer le diagnostic. Les informations provenant de ces comités sont parmi les rares sources de données au Québec qui contiennent des renseignements sur l'histoire professionnelle des personnes souffrant de ces maladies. Cette information est indispensable pour décrire la fréquence des maladies reliées à l'amiante selon les différents milieux de travail ayant entraîné une exposition à l'amiante. Cependant, cette source de données sous-estime le nombre de cas puisque ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de maladies reliées à l'amiante qui soumettent une réclamation à la CSST. Elle exclut aussi les cas d'origine environnementale. C'est pourquoi, d'autres sources doivent être utilisées pour assurer une surveillance adéquate de ces maladies.

Les cas de mésothéliome sont enregistrés dans le Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ), lequel est principalement alimenté par les données d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour. Le diagnostic de cancer est codé par les archivistes médicaux et consigné au système Med-Écho lors d'une hospitalisation en soins généraux et spécialisés depuis 1981 ou lors d'une chirurgie d'un jour, depuis septembre 1983 (MSSS, 2008). Une étude indique que le nombre de cas de mésothéliome du FiTQ est cinq fois plus élevé que le nombre de cas reconnus par le CSMPP (Lebel et collab., 2009) alors qu'on admet généralement qu'une exposition antérieure à l'amiante est retracée dans près de 80 % des cas de mésothéliome (ATSDR, 2001). Ainsi, le Fichier des tumeurs du Québec représente une source de données plus exhaustive pour le recensement des cas de mésothéliome que les données qui proviennent du CSMPP. Par contre, son utilisation pour la surveillance des maladies reliées à l'amiante est limitée par le fait qu'il ne comporte aucun renseignement sur l'exposition à l'amiante.

Pour l'amiantose, comme pour le mésothéliome, le diagnostic est codé par les archivistes médicaux et enregistré dans le système Med-Écho lors des hospitalisations de personnes présentant cette maladie. Une étude a montré que trois fois plus de cas hospitalisés avec une mention d'amiantose étaient rapportés dans Med-Écho comparativement aux données du CSMPP (Lebel et collab., 2009). Comme pour le FiTQ, le fichier Med-Écho semble comprendre plus de cas d'amiantose que ceux reconnus par le CSMPP, mais il ne contient pas de données sur l'exposition à l'amiante.

La déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire reliée à l'exposition à l'amiante au directeur de santé publique peut entraîner une enquête épidémiologique. Celle-ci permet entre autres de retracer les expositions antérieures à l'amiante de la personne atteinte ce qui conduit, lorsque l'exposition n'est pas maîtrisée, à prendre des mesures de protection visant à prévenir l'apparition de nouveaux cas. Cette enquête permet en outre de classer la maladie déclarée en fonction de la définition nosologique (MSSS, 2007). Les informations issues de ces démarches sont alors conservées dans les registres régionaux des MADO. Ainsi, le système MADO-Chimique pourrait contenir tous les éléments utiles à la surveillance des maladies de l'amiante. Cependant, comme pour l'ensemble des MADO d'origine chimique, il est généralement admis que ces maladies sont sous-déclarées. La proportion des cas déclarés par d'autres médecins que ceux du CSMPP et consignée dans les registres régionaux des MADO est d'ailleurs très faible (Lebel et collab., 2009).

Approche proposée pour assurer la surveillance des maladies de l'amiante

UTILISATION DU SYSTÈME MADO – CHIMIQUE

L'utilisation du système MADO-Chimique pour la surveillance des maladies reliées à l'amiante au Québec semble avantageuse puisque le système pourrait comprendre des données précises sur l'exposition à l'amiante et sur la maladie suite aux enquêtes faites par les directeurs de santé publique. D'ailleurs, ce système a été développé spécifiquement dans le but de répondre aux besoins de vigie et de surveillance des MADO d'origine chimique ou physique, contrairement aux autres systèmes d'information conçus initialement à des fins administratives comme Med-Écho ou le FiTQ. Mais, pour que le système soit utile, la déclaration des MADO reliées à l'amiante par les médecins devra être améliorée. Le moyen qui est proposé pour stimuler cette déclaration est d'offrir aux médecins des hôpitaux qui diagnostiquent des mésothéliomes et des amiantoses de l'aide facilitant la déclaration de ces deux MADO, en faisant appel aux services des archives médicales. Pour tester la faisabilité d'une telle entreprise, un projet pilote serait mis à l'épreuve dans trois hôpitaux. Dans le cadre de ce projet, les cas d'amiantose et de mésothéliome identifiés lors du codage du dossier médical par les archivistes médicaux seraient déclarés au directeur de santé publique du territoire. Les informations requises pour la déclaration des MADO seraient extraites des fichiers des hôpitaux par les archivistes à une fréquence qui serait déterminée avec eux, ou des dossiers médicaux par une infirmière qui se rendrait sur place pour obtenir l'information manquante. Cette façon de faire éviterait au médecin d'avoir à remplir manuellement un formulaire de MADO. Cependant, les médecins devront consentir à cette démarche car c'est en leur nom que cette déclaration serait faite; ils pourraient éventuellement être contactés lors de la collecte des données nécessaires à l'enquête de la MADO. Une compensation financière serait prévue pour le service des archives en fonction du nombre de cas à déclarer. Si le projet pilote s'avère efficace à identifier et à déclarer les cas, cette approche pourrait être généralisée à l'ensemble des hôpitaux. Ainsi, pour ces maladies reliées à l'exposition à l'amiante, la déclaration des MADO évoluerait d'un système « passif » à une collecte active des cas, du moins pour les personnes hospitalisées.

ADAPTATION DU SYSTÈME MADO-CHIMIQUE AUX MALADIES CHRONIQUES

À l'heure actuelle, le système MADO-Chimique semble mieux répondre aux besoins de collecte de données des maladies ou intoxications aiguës et de courte latence qu'à ceux des maladies chroniques à longue latence. En effet, lorsqu'une maladie reliée à un agent chimique se développe plusieurs années après l'exposition comme c'est le cas pour les maladies reliées à l'amiante, la base de données actuelle ne permet pas de colliger toute l'information nécessaire à la surveillance adéquate de ces maladies. À cet effet, un groupe de travail a été mis en place par le MSSS pour réviser l'offre de service de base, harmoniser les pratiques et les outils d'enquête et préciser le plan de vigie et de surveillance. Un des premiers comités se penchera sur les maladies reliées à l'amiante.

Ainsi, quatre volets devraient être développés, simultanément ou de façon séquentielle, pour mener à bien ce projet de surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante.

Quatre volets à ce projet

1. **Collaboration des directeurs de santé publique à la surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante**

Il est primordial d'obtenir l'appui des autorités de santé publique régionales puisque ce sont les directeurs de santé publique (DSP) qui reçoivent les déclarations de MADO et qui ont le pouvoir de procéder aux enquêtes épidémiologiques. Ces derniers ont également le mandat d'assurer la surveillance de l'état de santé de la population dont la surveillance des maladies reliées à l'amiante.

Pour le projet pilote avec le service des archives médicales que nous proposons d'instaurer dans trois hôpitaux du Québec, nous nous attendons à ce que le DSP (ou ses représentants) nous accompagne ou nous appuie lors des approches auprès des établissements. Une fois l'accord des hôpitaux obtenu et la déclaration des MADO débutée, nous croyons qu'il serait préférable qu'une seule personne assure la validation nosologique des cas à l'aide des dossiers médicaux des patients et questionne les cas sur leur histoire d'exposition professionnelle et environnementale à l'amiante. Nous proposons les services d'une infirmière qui serait autorisée à effectuer ces démarches par chaque DSP. Si cette proposition n'était pas acceptable par les DSP, l'INSPQ pourrait rembourser les frais supplémentaires encourus par l'augmentation du nombre de déclarations. S'il s'avère qu'une intervention de protection est nécessaire, la suite de l'enquête sera réalisée selon les procédures habituelles dans les directions de santé publique.

Les éléments qui seront à développer pour ce volet sont davantage détaillés à l'annexe 1.

2. **Collaboration des médecins des hôpitaux et des directeurs des services professionnels et hospitaliers**

Les données dont nous disposons révèlent que les médecins des hôpitaux posent le diagnostic de mésothéliome et d'amiantose ou le documentent lors de l'hospitalisation du patient, mais que peu d'entre eux déclarent la maladie au directeur de santé publique de leur territoire comme la loi les invite à le faire.

Nous proposons d'explorer, avec le CMDP, les médecins et les directeurs des services professionnels et hospitaliers (DSPH) des hôpitaux, un moyen qui permettrait d'augmenter la déclaration des cas d'amiantose et de mésothéliome. Le service des archives médicales serait appelé à collaborer pour identifier les MADO et transmettre les informations aux directeurs de santé publique. L'accord des médecins, premiers responsables de déclarer les MADO, et des DSPH qui sont concernés par l'ensemble des activités professionnelles dans les hôpitaux, est jugé essentiel pour mener à bien le projet.

Les éléments qui seront à développer pour ce volet sont davantage détaillés à l'annexe 2.

3. **Collaboration des archivistes médicaux au projet pilote**

Suite à l'accord des médecins et des DSPH, un projet pilote serait mis en place dans les trois hôpitaux. Ce dernier permettra de tester la faisabilité d'implanter une stratégie qui permettrait au service des archives médicales des hôpitaux de colliger les cas diagnostiqués de mésothéliome et d'amiantose et de transmettre l'information pertinente au directeur de santé publique du territoire.

Les éléments qui seront à développer sont présentés à l'annexe 3.

4. Collaboration des responsables du système MADO-Chimique

Le projet pilote nécessite la collaboration des responsables du système MADO-Chimique pour permettre la collecte et l'analyse des données nécessaires au projet pilote dans le cadre du développement d'un écran de saisie parallèle compatible avec le système MADO. Une collaboration est nécessaire pour assurer la compatibilité de l'écran et du système ainsi que pour avoir accès aux données non nominales pour l'analyse et l'évaluation du projet pilote.

Un groupe de travail a été mis en place par le MSSS pour réviser l'offre de service de base, harmoniser les pratiques et les outils d'enquête et préciser le plan de vigie et de surveillance des MADO. Un des premiers comités se penchera sur les maladies reliées à l'amiante et l'équipe de l'INSPQ y participera.

L'adaptation du système MADO-Chimique pourrait permettre à l'INSPQ, mandaté par le MSSS, de réaliser la surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante.

Les éléments qui seront à développer sont présentés à l'annexe 4.

DÉROULEMENT DU PROJET

- Présentation du projet pour approbation au Comité d'éthique en santé publique.
- Obtention de l'accord des directeurs de santé publique pour la réalisation de ce projet
- Élaboration des indicateurs de surveillance et des indicateurs nécessaires au projet pilote.
- Élaboration de l'inventaire des données à saisir dans le cadre du projet pilote.
- Développement d'un écran de saisie des données dans une banque parallèle.
- Entente avec les responsables du système MADO-Chimique pour héberger la banque parallèle du projet pilote, pour établir les modes de communication entre la banque parallèle et le système MADO-Chimique afin que les intervenants n'aient pas à effectuer une double saisie des données nécessaires au système MADO-Chimique et pour prévoir l'accès aux données pour l'analyse.
- Élaboration des outils d'enquête pour les intervenants des directions de santé publique.
- Rencontre des intervenants responsables des MADO-Chimique des trois principales DSP impliquées pour expliquer le projet, les outils et les attentes de l'INSPQ.
- Information des autres DSP et rencontre pour expliquer le projet, les outils et les attentes de l'INSPQ, si les cas déclarés résident dans leurs territoires.
- Entente avec les trois directeurs de santé publique sur les modalités de soutien pour la présentation du projet dans les trois hôpitaux visés. Présentation du projet aux directeurs des services professionnels et hospitaliers (DSPH), aux exécutifs des CMDP et aux médecins des trois hôpitaux et obtenir leur accord et leur appui pour la réalisation du projet pilote en faisant appel au service des archives médicales pour faciliter la déclaration des MADO reliées à l'amiante.
- Présentation du projet pilote au personnel du service des archives médicales des hôpitaux participants afin de prendre une entente sur la procédure dans chaque hôpital.
- Déclaration par les archivistes médicaux des mésothéliomes et des amiantoses au nom des médecins dans trois hôpitaux pendant un an.
- Collecte d'information dans le dossier médical des cas déclarés en vue de la validation nosologique de la MADO.

- Initiation des questionnaires sur l'histoire professionnelle et environnementale d'exposition à l'amiante par une infirmière pour les cas d'amiantose et de mésothéliome déclarés.
- Poursuite des enquêtes épidémiologiques en milieu de travail ou en milieu de vie par les équipes régionales responsables, s'il y a lieu (ces activités ne font pas partie du projet pilote).
- Saisie de l'information dans un écran parallèle développé spécifiquement pour le projet pilote en lien avec le système MADO-Chimique actuel.
- Participation de l'INSPQ au groupe de travail sur les outils d'enquêtes du système de MADO-Chimique pour proposer des modifications nécessaires à la réalisation de la surveillance des maladies de l'amiante.
- Évaluation des résultats du projet pilote en termes de la faisabilité d'intégration du volet de surveillance des maladies reliées à l'amiante au système existant de vigie et surveillance des maladies à déclaration obligatoire.
- Évaluation des résultats du projet pilote en termes de la faisabilité d'augmenter la déclaration les amiantoses et des mésothéliomes provenant des milieux hospitaliers par la collaboration des archivistes médicaux.

Résultats attendus

- Validation de la faisabilité d'augmenter la déclaration des amiantoses et des mésothéliomes par les archivistes médicaux au nom des médecins dans les procédures de déclaration des MADO.
- Éléments du dossier médical nécessaires à la validation nosologique identifiés ainsi que les procédures pour y accéder.
- Méthode et outils validés pour la classification de la maladie et de l'exposition pour les cas d'amiantose et de mésothéliome.
- Procédure fonctionnelle pour la saisie des données dans la banque MADO-Chimique.

Retombées du projet

- Un système de surveillance des maladies reliées à l'amiante dans la population du Québec qui utilise une structure et un fonctionnement déjà en place pour les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique.
- Un système MADO-Chimique optimisé, utile à la fois pour la vigie sanitaire et pour la surveillance.
- Une meilleure connaissance des maladies reliées à l'amiante et des expositions au Québec.
- Une harmonisation des enquêtes MADO pour les maladies reliées à l'amiante, ce qui pourrait assurer une plus grande uniformité des interventions de santé publique et une meilleure fiabilité des données du système de surveillance.

Confidentialité

La déclaration des MADO exige la communication d'information nominale. Aussi, toutes les mesures seront prises pour protéger les renseignements personnels et assurer la confidentialité des données. En effet, les données ne seront utilisées que pour des fins de surveillance et de prévention et seules les données dénominalisées seront utilisées dans les produits de surveillance.

Annexe 1 : Collaboration des directeurs de santé publique pour permettre à l'INSPQ de réaliser son mandat de surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante

CONTEXTE :

- La Loi sur la santé publique stipule que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés » (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 4).
- L'exercice de la fonction de surveillance est confié de manière exclusive, au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique.
- Selon la loi « …le ministre peut confier à l'Institut national de santé publique (INSPQ), en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance, aux conditions et dans la mesure qu'il juge appropriées. » (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 34).
- Suite à l'adoption de la Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec en 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'INSPQ le mandat de définir et de mettre en place un système de surveillance des expositions à l'amiante et des maladies qui y sont liées : le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon.
- Ces maladies font partie des objets de surveillance qui ont été priorisés dans le Plan commun de surveillance (PCS) et son complément au niveau provincial, le Plan ministériel de surveillance multithématique (PMSM).
- De plus, elles sont à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la santé publique et des règlements correspondant adoptés en novembre 2003 soit le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2, r.1) et le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2, r.2).
- Tous les médecins du Québec doivent déclarer les cas d'amiantose et de mésothéliome et les médecins du Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP) doivent déclarer les cas de du cancer du poumon d'origine professionnelle.
- Ces cas font ensuite l'objet d'une validation nosologique
- La déclaration de ces maladies conduit généralement à une enquête du directeur de santé publique pour tenter notamment de retracer les expositions encore existantes à l'amiante car la Loi sur la santé publique confère au directeur de santé publique le pouvoir de procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population pourrait être menacée (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 96). Elle lui confère aussi le pouvoir d'autoriser spécifiquement certaines personnes à l'exercer en son nom (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 113).
- Toutes les informations issues de ces enquêtes sont conservées dans le système des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique (système MADO-Chimique) qui représente une source de données intéressante pour la surveillance de ces maladies reliés à l'exposition à l'amiante.

PRÉSENTATION DU PROJET :

Pour répondre à son mandat de surveillance des maladies reliées à l'amiante au Québec, l'INSPQ veut explorer la possibilité d'utiliser le système MADO-Chimique déjà en place. Cependant, pour que le système soit utile, la déclaration des MADO reliées à l'amiante (mésothéliome et amiantose) par les médecins devra être améliorée. Les données dont nous disposons révèlent que les médecins des hôpitaux posent ou documentent le diagnostic de mésothéliome et d'amiantose, mais que peu

d'entre eux déclarent la maladie au directeur de santé publique de leur territoire comme la loi les invite à le faire. De plus, certaines modifications et ajouts devront être apportés au système des MADO-Chimique afin de mieux répondre aux besoins de surveillance des maladies chroniques qui incluent les maladies de l'amiante.

Une proposition de projet sera donc présentée à trois hôpitaux pour tester la faisabilité d'augmenter la déclaration de deux maladies reliées à l'exposition à l'amiante, par les médecins, grâce à la collaboration du service des archives médicales. Si le projet pilote s'avère concluant, l'approche pourrait s'appliquer à l'ensemble des hôpitaux du Québec. La collaboration des directeurs de santé publique au projet est indispensable puisque les MADO relèvent de leur responsabilité.

OBJET DE LA DEMANDE :

Nous sollicitons l'appui des directeurs de santé publique pour la réalisation de ce projet et en particulier pour approcher les hôpitaux ciblés (accompagnement ou lettre d'appui) et assurer la collaboration des intervenants de leur DSP mandatés dans le dossier MADO-Chimique au projet pilote. L'INSPQ offre un soutien pour les activités découlant du projet pilote.

DÉROULEMENT DU PROJET (VOLET DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE) :

- Présenter le projet aux tables de concertation nationales en santé publique, santé au travail et santé environnementale, aux directeurs de santé publique et aux équipes de santé publique concernées.
- Présenter le projet aux directeurs des services professionnels et hospitaliers (DSPH), aux exécutifs des CMDP et aux médecins des trois hôpitaux et obtenir leur accord pour la réalisation du projet pilote en faisant appel au service des archives médicales pour faciliter la déclaration des MADO reliées à l'amiante par les médecins.
- Présenter le projet pilote au personnel du service des archives médicales des hôpitaux participants et s'assurer de leur collaboration.
- Recevoir les déclarations des hôpitaux pendant un an et les traiter selon les modalités du projet pilote.
- Vérifier les informations nécessaires à la validation nosologique des cas dans le dossier médical des patients.
- Recueillir l'information sur l'histoire professionnelle et environnementale d'exposition à l'amiante auprès des cas.
- Saisir l'information dans l'écran parallèle développé en lien avec le système Mado-Chimique.
- Participer à l'évaluation du projet pilote notamment en termes d'impacts sur l'organisation du travail et les coûts pour les DSP impliquées dans le projet pilote.

COÛTS DU PROJET :

L'INSPQ peut offrir les services d'une infirmière pour la collecte des données dans les dossiers médicaux et pour le questionnaire du patient notamment sur l'exposition à l'amiante. Si la DSP préfère utiliser son propre personnel, l'INSPQ pourrait rembourser les frais supplémentaires encourus par le projet.

RÉSULTATS ATTENDUS :

- Méthode et outils validés pour la classification de la maladie et de l'exposition pour les cas d'amiantose et de mésothéliome.
- Éléments du dossier médical nécessaires à la validation nosologique identifiés ainsi que les procédures pour y accéder.
- Procédure fonctionnelle pour la saisie des données dans la banque MADO-Chimique.

RETOMBÉES DU PROJET :

- Un système de surveillance des maladies reliées à l'amiante dans la population du Québec qui utilise une structure et un fonctionnement déjà en place pour les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique.
- Un système MADO-Chimique optimisé, utile à la fois pour la vigie sanitaire et pour la surveillance.
- Une meilleure connaissance des maladies reliées à l'amiante et des expositions au Québec.
- Une harmonisation des enquêtes MADO pour les maladies reliées à l'amiante, ce qui pourrait assurer une plus grande uniformité des interventions de santé publique et une meilleure fiabilité des données du système de surveillance.

CONFIDENTIALITÉ :

La déclaration des MADO exige la communication d'information nominale. Toutes les mesures seront prises pour protéger les renseignements personnels et assurer la confidentialité des données. En effet, les données ne seront utilisées que pour des fins de surveillance et de prévention et seules les données dénominalisées seront utilisées dans les produits de surveillance.

Annexe 2 : Collaboration des médecins et aux directeurs des services professionnels et hospitaliers pour la mise en place d'un projet pilote visant à faciliter la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) reliées à l'amiante (amiantose et mésothéliome)

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de définir et de mettre en place un système de surveillance des expositions à l'amiante et des maladies qui y sont liées. L'information produite par ce système permettra de cibler des milieux de travail, des milieux de vie ou des populations afin de réduire, à l'aide d'interventions de santé publique, les risques associés à l'exposition à l'amiante tant professionnelle qu'environnementale.

Le système de surveillance qui sera mis en place par l'INSPQ vise les trois maladies suivantes : le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon. Ces trois maladies sont à déclaration obligatoire (MADO) en vertu de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2) et des règlements correspondants adoptés en 2003 soit le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2, r.1) et le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2, r.2). Dans le cas du *cancer du poumon relié à l'amiante*, seuls les cas dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP) doivent être déclarés. Cependant, pour le *mésothéliome* et l'*amiantose*, tout médecin qui en fait le diagnostic ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de ces maladies chez une personne vivante ou décédée est tenu d'en faire la déclaration au directeur de santé publique de son territoire. Or, les données dont nous disposons révèlent que les médecins des hôpitaux posent ou documentent le diagnostic de mésothéliome et d'amiantose lors de l'hospitalisation du patient, mais que peu d'entre eux déclarent la maladie au directeur de santé publique de leur territoire comme la loi les invite à le faire.

Les MADO représentent des problèmes de santé importants pour lesquels une intervention de protection en santé publique est nécessaire pour éviter la survenue d'autres cas. Lors de la déclaration d'une MADO, les médecins doivent transmettre des renseignements nominatifs au directeur de santé publique du territoire concerné pour que celui-ci puisse procéder à une enquête épidémiologique (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 96) s'il y a lieu ou autorise certaines personnes à le faire en son nom (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 113).

La loi autorise les médecins à lever leur devoir de confidentialité pour permettre de faire cette déclaration, afin que leur intervention auprès du patient dépasse le cadre individuel et se prolonge dans la communauté par une action de santé publique. De plus, la déclaration des mésothéliomes et des amiantoses par les médecins des hôpitaux peut entraîner des avantages directs pour le patient (par exemple en l'informant d'une exposition antérieure à l'amiante parfois méconnue qui pourrait être maîtrisée, en le retirant de son milieu de travail pour ralentir la progression de la maladie (amiantose) et en l'informant sur son droit à une indemnisation s'il s'agit d'un travailleur) mais aussi pour son entourage (par exemple en maîtrisant la source d'exposition dans un milieu de travail ou dans un milieu de vie). Les informations issues de ces enquêtes sont conservées dans un système appartenant à chaque direction de santé publique (appelé le système MADO-Chimique). Ce dernier contient des éléments utiles à la surveillance des maladies de l'amiante et permet donc de suivre leur évolution au sein de la population générale.

Pour nous permettre de réaliser notre mandat de surveillance, nous devons faire équipe avec les médecins des hôpitaux en facilitant la déclaration systématique des maladies visées. Nous sommes

conscients que, compte tenu du contexte clinique actuel, les médecins sont très sollicités par les soins aux patients. Ils ont donc peu de temps à consacrer à d'autres activités, aussi valables soient-elles. Par conséquent, le présent document propose aux médecins un moyen qui permettrait de faciliter la tâche de déclarer ces MADO.

PROPOSITION D'UN PROJET PILOTE :

Nous proposons aux médecins des hôpitaux qui diagnostiquent ou documentent des mésothéliomes et des amiantoses chez leurs patients un moyen de faire la déclaration de ces maladies avec l'aide du service des archives médicales. Pour tester la faisabilité d'une telle entreprise, un projet pilote serait mis à l'épreuve dans trois hôpitaux dont le vôtre. Dans le cadre de ce projet, les cas d'amiantose et de mésothéliome seront identifiés par les archivistes médicaux lors du codage du dossier médical et seront déclarés au directeur de santé publique du territoire. Les informations requises pour la déclaration des cas de MADO seraient extraites par les archivistes médicaux et celles permettant leur validation nosologique par une infirmière, mandatée par le directeur de santé publique, qui se rendrait sur place pour obtenir l'information nécessaire.

OBJET DE LA DEMANDE AUX MÉDECINS :

Nous sollicitons l'accord des médecins pour permettre la réalisation de ce projet pilote et en particulier pour autoriser les archivistes médicaux à transmettre l'information nominative nécessaire à la déclaration des MADO au directeur de santé publique de leur territoire en leur nom.

Les autorités de santé publique responsables de réaliser les enquêtes épidémiologiques effectuées suite à la déclaration d'une MADO pourraient communiquer avec les médecins et avec leurs patients, au besoin. Les médecins devraient donc informer leurs patients qu'ils pourront être contactés par la santé publique à ce sujet.

OBJET DE LA DEMANDE AUX DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS (DSPH) :

Nous sollicitons l'appui des directeurs des services professionnels hospitaliers pour permettre la mise en place d'un projet pilote dans leur hôpital visant à augmenter la déclaration des mésothéliomes et des amiantoses par les médecins en faisant appel à la collaboration du service des archives médicales. Les données nécessaires à la déclaration des MADO seraient extraites des dossiers ou des fichiers et transmises au directeur de santé publique du territoire concerné.

DÉROULEMENT DU PROJET PILOTE (VOLET HÔPITAUX) :

Une fois l'accord des DSPH obtenu :

- Présenter le projet pilote à l'exécutif du CMDP, aux médecins concernés et au personnel du service des archives médicales des hôpitaux participants ainsi qu'à d'autres instances si jugé nécessaire, et s'assurer de leur collaboration.
- Mettre en place une procédure qui simplifiera l'intervention du personnel du service des archives médicales des hôpitaux concernés.
- Effectuer la déclaration des cas pendant un an.
- Recueillir les données nécessaires pour la classification nosologique des cas déclarés dans les dossiers médicaux (par la direction de santé publique).
- Proposer une méthode permettant aux médecins, aux archivistes et aux autres personnes concernées de fournir un retour sur le processus.
- Faire un bref retour d'information aux médecins et aux archivistes médicaux à la fin du projet.

COÛTS DU PROJET :

Une compensation financière pourrait être versée au service des archives médicales par l'INSPQ pour le temps travaillé dans le cadre du projet si nécessaire.

CONFIDENTIALITÉ :

La déclaration des MADO exige la communication d'information nominale. Toutes les mesures seront prises pour protéger les renseignements personnels et assurer la confidentialité des données. En effet, les données ne seront utilisées que pour des fins de surveillance et de prévention et seules les données dénominalisées seront utilisées dans les produits de surveillance.

Annexe 3 : Implantation du projet pilote avec la collaboration du personnel des archives médicales

L'amiantose et le mésothéliome sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO), mais les données dont nous disposons nous indiquent que peu de médecins les déclarent aux directeurs de santé publique. Un projet pilote dans trois hôpitaux vise à tester la faisabilité d'implanter un système qui permettrait au service des archives médicales d'identifier les cas de mésothéliome et d'amiantose et de transmettre l'information requise, au nom des médecins, au directeur de santé publique du territoire.

OBJECTIF :

Tester la faisabilité pour le personnel du service des archives médicales de trois hôpitaux de collaborer avec l'INSPQ pour contribuer à améliorer la déclaration de deux maladies reliées à l'exposition à l'amiante inscrites sur la liste des maladies à déclaration obligatoire : l'amiantose et le mésothéliome.

DÉROULEMENT DU PROJET PILOTE (VOLET HÔPITAUX SERVICES DES ARCHIVES) :

- Tous les cas de mésothéliome (CIM 10 = C45) et d'amiantose (CIM 10 = J61 et J92.0) identifiés au cours d'une année suite au codage du dossier du patient hospitalisé ou en hospitalisation d'un jour seront déclarés par les archivistes au nom des médecins selon les modalités établies dans chaque hôpital.
- Les données qui pourraient être extraites des dossiers ou des fichiers accessibles aux archivistes ainsi que la périodicité d'extraction seront définies par chaque hôpital en collaboration avec la direction de santé publique de son territoire.
- Les données minimales à déclarer sont : le nom de la MADO et l'identification de la personne.
- Au besoin, une infirmière se rendra sur place pour aller recueillir toute l'information nécessaire demandée dans l'article 6 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (Gouvernement du Québec, 2003b), soit : le nom de la MADO (amiantose ou mésothéliome); le nom, le sexe, l'occupation, la date de naissance, l'adresse incluant le code postal, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne atteinte; la date du début de la maladie; l'information sur le médecin qui fait la déclaration (nom, numéro de permis d'exercice, numéros de téléphone où il peut être rejoint); la date de la déclaration.
- L'information sera transmise aux responsables de santé publique : les données pourront être acheminées selon un protocole établi d'avance (fréquence de déclaration, mode de déclaration : courriel sécurisé, courrier, téléphone, etc.).

CONFIDENTIALITÉ :

La déclaration des MADO exige la communication d'information nominale. Toutes les mesures seront prises pour protéger les renseignements personnels et assurer la confidentialité des données. En effet, les données ne seront utilisées que pour des fins de surveillance et de prévention et seules les données dénominalisées seront utilisées dans les produits de surveillance.

Annexe 4 : Collaboration des responsables du système MADO-Chimique (CPC-MADO-C) au MSSS

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

- Suite à l'adoption de la Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec en 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'INSPQ le mandat de définir et de mettre en place un système de surveillance des expositions à l'amiante et des maladies qui y sont liées: le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon.
- Ces maladies sont à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la santé publique et des règlements correspondant adoptés en L.R soit le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2, novembre 2003 r.1) et le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (.Q, chapitre S-2.2, r.2).
- Le système MADO-Chimique est mal adapté aux maladies chroniques.
- Un comité de travail a été mis en place par le MSSS (CPC-MADO-C) pour définir l'offre de service de base pour les MADO afin de mieux répondre aux besoins de protection, de vigie et de surveillance.
- L'INSPQ propose d'explorer, dans le cadre d'un projet pilote, la faisabilité de réaliser la surveillance des maladies reliées à l'amiante par l'utilisation du système MADO-Chimique
  - En augmentant la déclaration des mésothéliomes et des amiantoses en provenance des hôpitaux (les cancers pulmonaires sont exclus du projet pilote, puisque cette MADO doit être déclarée uniquement par les médecins des comités des maladies professionnelles pulmonaires) pour contrer la sous-déclaration existante.
  - En développant les outils pour la validation nosologique pour ces maladies, dont le processus diffère des déclarations provenant des médecins des CMPP, considérées d'emblée des MADO sans autre forme de validation.
  - En adaptant le système MADO-Chimique afin qu'il réponde aux besoins des maladies reliées à l'amiante.

OBJET DE LA DEMANDE :

- Permettre l'utilisation d'un écran parallèle pour recueillir les données nécessaires au projet pilote suite à la déclaration d'une maladie reliée à l'amiante.
- Collaborer pour assurer la compatibilité de l'écran parallèle avec le système actuel afin d'éviter la double saisie des données.
- Héberger la banque de données du projet pilote et permettre l'accès aux données non nominales à l'équipe de l'INSPQ.
- Prévoir le développement d'un écran spécifique aux maladies de l'amiante dans le système MADO-Chimique, suite aux résultats du projet pilote.

DÉROULEMENT DU PROJET PILOTE (VOLET SYSTÈME MADO-CHIMIQUE) :

- L'équipe de l'INSPQ développe des outils nécessaires pour le projet pilote d'une durée d'un an (questionnaires pour l'enquête auprès de la personne atteinte de la MADO, outils de révision du dossier médical pour la validation de la MADO, …).

- L'INSPQ développe un écran de saisie parallèle, compatible avec le système MADO-Chimique existant pour saisir l'information.
- Les responsables du système MADO-Chimique assurent l'accès aux données du projet pilote à l'équipe de l'INSPQ.
- L'INSPQ collabore aux travaux du comité mis en place par le MSSS (CPC-MADO-C) pour définir l'offre de service de base pour les MADO reliées à l'amiante.
- L'INSPQ analyse les données du projet pilote.
- Selon les résultats du projet pilote, l'INSPQ propose un écran de saisie permanent pour les maladies reliées à l'amiante, en collaboration avec les responsables du système MADO-Chimique.

RETOMBÉES DU PROJET :

- Un système de surveillance des maladies reliées à l'amiante dans la population du Québec qui utilise une structure et un fonctionnement déjà en place pour les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique.
- Un système MADO-Chimique optimisé, utile à la fois pour la vigie sanitaire et pour la surveillance.
- Une meilleure connaissance des maladies reliées à l'amiante et des expositions au Québec.
- Une harmonisation des enquêtes MADO pour les maladies reliées à l'amiante, ce qui pourrait assurer une plus grande uniformité des interventions de santé publique et une meilleure fiabilité des données du système de surveillance.

CONFIDENTIALITÉ :

La déclaration des MADO exige la communication d'information nominale. Toutes les mesures seront prises pour protéger les renseignements personnels et assurer la confidentialité des données. En effet, les données ne seront utilisées que pour des fins de surveillance et de prévention et seules les données dénominalisées seront utilisées dans les produits de surveillance.

Références

ATSDR (2001). *Toxicological profile for asbestos* US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Toxic Substances and Disease Registry.

Gouvernement du Québec (2001). *Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2.*

Gouvernement du Québec (2002). *Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec*.

Gouvernement du Québec (2003a). *Règlement d'application de la loi sur la santé publique, L.R.Q. chapitre S-2.2, r.1*.

Gouvernement du Québec (2003b). *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2, r.2*.

Lebel, G., Gingras, S., & De Guire, L. (2009). *Jumelage des cas de mésothéliome et d'amiantose reconnus comme maladies professionnelles pulmonaires aux nouveaux cas de cancer et aux hospitalisations avec amiantose.* Institut national de santé publique du Québec.

MSSS (2007). *Définitions nosologiques, Maladies d'origine chimique ou physique,* ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

MSSS (2008). *Fichier des tumeurs du Québec; Guide d'utilisation version 2.0,* ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Thacker, S. B., Stroup, D. F., Parrish, R. G., & Anderson, H. A. (1996). Surveillance in environmental public health: Issues, systems, and sources. *Am J Public Health, 86,* 633-638.

Annexe 3

Approbation des tables de concertation nationale en santé au travail et en environnement ainsi que de la table de coordination nationale en santé publique

Table de concertation nationale en santé au travail
TCNSAT

COMMUNICATION

DÉCISION DE LA TCNSAT	
DE :	Gervais Tremblais et Farida Djoudi, coprésidents de la TCNSAT
DESTINATAIRE(S) :	Maurice Poulin et Louise De Guire
DATE :	23 février 2011
OBJET :	SURVEILLANCE DES CAS DE DÉCLARATION DES MÉSOTHÉLIOMES ET AMIANTOSE

MISE EN CONTEXTE

Le point 5. SURVEILLANCE DES CAS DE DÉCLARATION DES MÉSOTHÉLIOMES ET AMIANTOSE de l'ordre du jour de la rencontre du 10 février 2011 a fait état d'une décision rendue par la TCNSAT.

EXTRAIT DU COMPTE RENDU DE LA TCNSAT

Mme De Guire résume la fiche synthèse déposée à la TCNSAT. Elle précise qu'au regard des maladies reliées à l'amiante, l'INSPQ note une nette sous déclaration de ces cas par les médecins. L'INSPQ propose donc un projet pilote afin de tester la faisabilité d'augmenter les déclarations par les médecins dans 3 hôpitaux, soit Maisonneuve-Rosemont, St-Jérôme et Thetford Mines.

Mme De Guire explique qu'elle doit obtenir l'accord de la TCNSAT et de la TCNSE avant de présenter le sujet à la TCNSP. Elle précise qu'il pourrait y avoir un surcroît de travail pour les équipes en lien avec les déclarations.

Dans le cadre du projet pilote, une infirmière de l'INSPQ s'engage à fournir un soutien aux régions pour réaliser la vérification de la définition nosologique de la maladie et l'historique de l'exposition professionnelle. Des outils seront mis à la disposition des régions et une évaluation du projet sera faite.

Préoccupations soulevées par les coordonnateurs :

- Les enquêtes seront difficiles à effectuer.
- On n'a pas nécessairement les ressources en SAT pour effectuer ce travail.
- Ampleur et complexité du travail : peut avoir un dédoublement du travail entre la SAT et la SE.

La TCNSAT donne son accord de principe pour le projet pilote. On voit une opportunité de documenter les besoins en ressources humaines pour réaliser ledit projet lorsqu'il y aura un déploiement dans les autres régions.

NOTES

GERVAIS TREMBLAY
COPRÉSIDENT DE LA TCNSAT

FARIDA DJOUDI
COPRÉSIDENTE DE LA TCNSAT

Canevas 6
MAJ 28 janvier 2010

Table nationale de concertation en santé environnementale (TNCSE)

Compte rendu de la Conférence téléphonique spéciale 14 janvier 2011 – 13h30 à 14h30

Projet MADO amiante hôpitaux – Version du 14 janvier 2011

Participation (13 régions présentes)			
01 - Bas-St-Laurent	-	11 – Gasp.-Iles-de-la-Madeleine	Marie Chagnon
02 - Saguenay–Lac-St-Jean	Michel Savard, Léon Larouche	12 - Chaudière-Appalaches	Renée Veillette
03 - Capitale-Nationale	Renée Levaque, Pierre Auger	13 - Laval – Président de la table	Claude Prévost, Sylvie St-Onge
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	(Josée Chartrand en remplacement de Pierre Pelletier)	14 – Lanaudière	Richard Lanthier, Sylvie Quirion
05 – Estrie	Carole Albert, Sonia Boivin	15 – Laurentides	Stéphane Dupont. Blandine Piquet-Gauthier
06 – Montréal	Norman King	16 – Montérégie	Rollande Allard, Chantal Bonneau
07 – Outaouais	-	INSPQ	Louise DeGuire
08 - Abitibi-Témiscamingue	-	MSSS	Guy Sanfaçon
09 - Côte-Nord	Caroline Couture	TNCSE	Josée Chartrand
10 - Nord-du-Québec	Gilbert Lemay		

1	**MISE EN CONTEXTE** (Guy Sanfaçon, Louise De Guire) • La consultation de chacune des tables concernées par le projet origine d'une demande du comité de coordination provinciale MADO chimique. • Le projet a été présenté à l'exécutif de la TNCSE qui a estimé qu'il devait être soumis à l'ensemble des membres de la TNCSE compte tenu de son impact potentiel important sur les ressources. • Ce dossier devant être traité dans les meilleurs délais afin de répondre à ses échéanciers, il a été décidé de ne pas attendre la prochaine Table et de le traiter le plus tôt possible lors d'une conférence téléphonique spéciale. • Le projet sera présenté à l'exécutif de la TCNSAT le 25 janvier prochain. • Les hôpitaux n'ont pas encore été choisis, donc, leur accord n'a pas été encore obtenu. Le scénario d'un hôpital de Montréal et un de la périphérie de Montréal est actuellement privilégié, question de facilité pour les responsables du projet.

2	**COMMENTAIRES DES DSP ET RÉPONSE DU DR LOUISE DE GUIRE** • Questionnement sur l'impact sur les ressources des équipes SE, compte tenu qu'il est reconnu que la grande majorité des cas sont associés à une exposition au travail. **RÉPONSE :** Il est difficile d'estimer le nombre de cas associés à l'environnement général qui peuvent être ainsi retracés, mais il est reconnu que pour certains cas, l'origine professionnelle n'a jamais pu être retracée; de plus, quelques cas associés à l'environnement général ont déjà été à tout le moins suspectés dans certaines régions (ex. exposition vermiculite contaminée à l'amiante). • L'absence d'hospitalisation de nombreux cas d'amiantose qui finissent par mourir d'une autre cause est soulevée. **RÉPONSE :** Les responsables du projet sont conscients de ce fait. • Des outils d'enquête et de suivis communs devront être développés rapidement, de façon à harmoniser l'intervention dans les régions. **RÉPONSE :** Le développement de ces outils est prévu au plan de travail du comité de coordination provinciale MADO chimique (offre de service), peut-être pas avant le début du projet mais du moins concomitamment. • Il est proposé que les cas présumés d'origine professionnelle soit systématiquement référés au CSMPP (Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires) pour enquête, question d'économie de ressources. **RÉPONSE :** Il est prévu dans le protocole que les travailleurs seront informés de leurs droits à l'indemnisation. Un ajout pourrait être fait dans le protocole afin d'inclure un rappel de la personne pour vérifier si oui ou non elle a fait une demande d'indemnisation (délai de 6 mois seulement pour ce faire). Note : la survie au mésothéliome est toutefois brève. • Il est suggéré de prévoir des arrimages avec la CSST compte tenu de 2 types d'impacts prévisibles sur cette dernière : 1. Augmentation des indemnisations; 2. Augmentation du financement nécessaire des équipes SaT des DSP pour réaliser les enquêtes. Il sera important de le faire valoir des économies à prévoir à long terme reliés aux interventions de prévention qui découleront des enquêtes auprès de ces nouveaux cas. **RÉPONSE :** La responsable prend bonne note de ces remarques. Des représentants de la CSST sont présents sur le comité aviseur du projet qui sera bientôt rencontré.
3	**DÉCISION** • Approbation du projet par les représentants des 13 régions présentes à la conférence téléphonique. • Information supplémentaire : une lettre signée par l'ensemble des DSP sera bientôt envoyée à M. Clément Gignac, ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation afin de le sensibiliser à nouveau sur les risques à la santé associés à une exposition à l'amiante.

Rédaction : Josée Chartrand, TNCSE.

Table de concertation nationale en santé publique
Compte-rendu de la conférence téléphonique du 9 mars 2011
Projet Surveillance des maladies reliées à l'amiante : projet pilote pour recenser les MADO dans certains centres hospitaliers par les archivistes

2. Surveillance des maladies reliées à l'amiante : projet pilote pour recenser les MADO dans certains centres hospitaliers par les archivistes En raison d'un problème de sous-déclaration des maladies liées à l'amiante, un mandat a été proposé à l'INSPQ, pour la mise en place d'un projet pilote visant à augmenter le taux de déclaration. La collaboration des services des archives de 3 hôpitaux sélectionnés (Maisonneuve Rosemont, St-Jérôme et Thetford Mines) serait demandée. Le système MADO-Chimique pourrait être utilisé pour la surveillance de ces maladies et, considérant la surcharge de travail que cela occasionnera dans les directions de santé publiques, l'INSPQ s'engage à fournir, au besoin, les services d'une infirmière pour traiter les données. La CSST sera informée de cette démarche.	Les membres donnent leur accord pour le démarrage du projet pilote.

Annexe 4

Approbation de participation au projet par les directeurs de santé publique de Chaudière-Appalaches, des Laurentides et de Montréal

Approbation du projet par le directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Philippe Lessard/Agence/Reg12/SSS S
2012-05-15 12:45

A Louise De Guire/INSPQ/SSSS@SSSS
cc Pierre Savard/CSSS Montmagny-L'Islet/Reg12/SSSS@SSSS, Marie-Claude Laberge/Agence/Reg12/SSSS@SSSS
ccc
Objet RE Demande de collaboration : surveillance des maladies reliées à l'amiante-projet pilote pour augmenter la déclaration dans 3 hôpitaux

Historique : Ce message a fait l'objet d'une réponse.

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Bonjour Louise

Oui biensûr je suis toujours intéressé à participer à ce projet...

J'attendrais le retour de vacance de Marie-Claude pour planifier la suite (elle revient le 22 mai); de plus, je place Pierre Savard futur "unique" coordonnateur régional en santé au travail en CC car il sera aussi concerné plus formellement à partir du 15 juin prochain..

Merci Marie-Claude d'organiser cet échange entre nous le plus tôt possible après son retour.

Meilleures salutations!

Louise De Guire/INSPQ/SSSS

Louise De Guire/INSPQ/SSSS
Envoyé par : Louise De Guire/DSP/Reg06/SSSS

2012-05-15 08:03

A Philippe Lessard/Agence/Reg12/SSSS@SSSS
cc Marie-Claude Laberge/Agence/Reg12/SSSS@SSSS, Marc Dionne/INSPQ/SSSS@SSSS, Monique Isler/INSPQ/SSSS@SSSS
Objet Demande de collaboration : surveillance des maladies reliées à l'amiante-projet pilote pour augmenter la déclaration dans 3 hôpitaux

Bonjour,

Il y a maintenant un peu plus d'un an, l'INSPQ a présenté à la TCNSAT, à la TCNSE et à la TCNSP un projet-pilote de déclaration des MADO reliées à l'exposition à l'amiante par les médecins de trois hôpitaux du Québec localisés sur les territoires de trois Directions de santé publique différentes (voir document ci-joint). Les trois tables nationales de concertation ont accepté le projet.

Votre région avait été choisie comme participante au projet suite à votre demande. Nous sommes particulièrement intéressés à inclure l'hôpital de Thetford Mines dans notre démarche car on y

Approbation du projet par le directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches (suite)

diagnostique un nombre relativement important de cas de mésothéliome et d'amiantose (en moyenne 29 cas d'amiantose et 3 cas de mésothéliome au cours des dernières années).

Je vous écris pour vérifier si vous êtes toujours d'accord pour participer au projet car nous sommes prêts à débuter les rencontres avec les intervenants qui s'occupent des MADO (professionnelles et environnementales).

Nous sommes disponibles pour répondre à vos questions, soit en rencontre, par téléphone ou par courriel, selon votre choix.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Louise De Guire, M.D., M. Sc., C.S.P.Q.
Institut national de santé publique du Québec
190 boulevard Crémazie Est
Montréal, Québec, Canada, H2P 1E2
Téléphone: (514) 864-1600 poste 3210
FAX: (514) 864-7646
Courriel: louise.deguire@inspq.qc.ca

[rattachement "Fiche synthèse TCNSP surveillance amiante MD hôpitaux 9nov2010.doc" supprimé par Philippe Lessard/Agence/Reg12/SSSS]

Ce courriel est destiné exclusivement au (x) destinataire (s) mentionné (s) ci-dessus et peut contenir de l'information privilégiée, confidentielle et/ou dispensée de divulgation aux termes des lois applicables. Si vous avez reçu ce message par erreur, ou s'il ne vous est pas destiné, veuillez le mentionner immédiatement à l'expéditeur et effacer ce courriel.

Approbation du projet par le directeur de santé publique des Laurentides

Eric Goyer/Agence/Reg15/SSSS
11/05/2012 17:38

A Louise De Guire/INSPQ/SSSS@SSSS
cc André Allard/Agence/Reg15/SSSS@SSSS, Diane Gauthier/Agence/Reg15/SSSS@SSSS, Louise De Guire/DSP/Reg06/SSSS@SSSS, Marc
ccc
Objet RE Demande de collaboration : surveillance des maladies reliées à l'amiante-projet pilote pour augmenter la déclaration dans 3 hôpitaux

Bonjour Louise,

Je te confirme la participation de notre région au projet tel qu'il avait été convenu avec Blandine.

Nous allons aviser les intervenants concernés qu'ils seront contactés sous peu.

En espérant le tout à ta satisfaction.

Salutations cordiales.

Eric

Éric Goyer, M.D.
Directeur de santé publique des Laurentides et du Nord-du-Québec
Direction de santé publique des Laurentides
1000, boul. Labelle, bureau 210
St-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Tél: 450 432.8731
Fax: 450 436.1761
Courriel: eric_goyer@ssss.gouv.qc.ca

Louise De Guire/INSPQ/SSSS

Louise De Guire/INSPQ/SSSS
Envoyé par : Louise De Guire/DSP/Reg06/SSSS

2012-05-11 15:31

A Eric Goyer/Agence/Reg15/SSSS@SSSS
cc André Allard/Agence/Reg15/SSSS@SSSS, Diane Gauthier/Agence/Reg15/SSSS@SSSS, Marc Dionne/INSPQ/SSSS@SSSS, Monique Isler/INSPQ/SSSS@SSSS
Objet Demande de collaboration : surveillance des maladies reliées à l'amiante-projet pilote pour augmenter la déclaration dans 3 hôpitaux

Bonjour,

Il y a maintenant un peu plus d'un an, l'INSPQ a présenté à la TCNSAT, à la TCNSE et à la TCNSP un projet-pilote de déclaration des MADO reliées à l'exposition à l'amiante par les médecins de trois hôpitaux du Québec localisés sur les territoires de trois Directions de santé publique différentes (voir document ci-joint). Les trois tables nationales de concertation ont accepté le projet.

Votre région avait été choisie comme participante éventuelle au projet car l'hôpital régional de St-Jérôme est situé en dehors de Montréal et que l'on y diagnostique un nombre relativement

Approbation du projet par le directeur de santé publique des Laurentides (suite)

important de cas de mésothéliome et d'amiantose (en moyenne 4 cas d'amiantose et 7 cas de mésothéliome au cours des dernières années). Dr. Blandine Piquet-Gauthier, alors Directrice de santé publique, avait accepté de participer à notre projet et de nous aider à obtenir la collaboration des médecins de cet hôpital. Depuis, elle a quitté son poste.

Je vous écris pour vérifier si vous êtes toujours d'accord pour participer au projet car nous sommes prêts à débuter les rencontres avec les intervenants qui s'occupent des MADO (professionnelles et environnementales) dans les trois régions visées par le projet.

Nous sommes disponibles pour répondre à vos questions, soit en rencontre, par téléphone ou par courriel, selon votre choix.

Merci à l'avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Louise De Guire, M.D., M. Sc., C.S.P.Q.
Institut national de santé publique du Québec
190 boulevard Crémazie Est
Montréal, Québec, Canada, H2P 1E2
Téléphone: (514) 864-1600 poste 3210
FAX: (514) 864-7646
Courriel: louise.deguire@inspq.qc.ca

[rattachement "Fiche synthèse TCNSP surveillance amiante MD hôpitaux 9nov2010.doc" supprimé par Eric Goyer/Agence/Reg15/SSSS]

Approbation du projet par le directeur de santé publique de Montréal

Richard Massé/DSP/Reg06/SSSS
Envoyé par : France Bazin

17/05/2012 17:12

A Louise De Guire/INSPQ/SSSS@SSSS
cc Fatiha Haouara/DSP/Reg06/SSSS@SSSS, Sandra Palmieri/DSP/Reg06/SSSS@SSSS, Louise Valiquette/DSP/Reg06/SSSS@SSSS, Terry-Nan
ccc
Objet RE Projet-pilote de déclaration des MADO

Historique : Ce message a été transmis.

Bonjour,

Il me fait plaisir de confirmer que notre région est d'accord pour participer au projet-pilote de déclaration des MADO reliées à l'exposition à l'amiante par les médecins de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pour la coordination des travaux, je vous invite à assurer le suivi auprès de madame Denise Soucy, responsable du secteur Santé au travail à la Direction de santé publique de Montréal (dsoucy@santepub-mtl.qc.ca)

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le directeur de santé publique,

Richard Massé, M.D.
Directeur de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Louise De Guire/INSPQ/SSSS

Louise De Guire/INSPQ/SSSS
Envoyé par : Louise De Guire/DSP/Reg06/SSSS

2012-05-15 08:16

A Richard Massé/DSP/Reg06/SSSS@SSSS
cc Denise Soucy/DSP/Reg06/SSSS@SSSS, Louise Valiquette/DSP/Reg06/SSSS@SSSS, Marc Dionne/INSPQ/SSSS@SSSS, Monique Isler/INSPQ/SSSS@SSSS
Objet

Bonjour,

Il y a maintenant un peu plus d'un an, l'INSPQ a présenté à la TCNSAT, à la TCNSE et à la TCNSP un projet-pilote de déclaration des MADO reliées à l'exposition à l'amiante par les médecins de trois hôpitaux du Québec localisés sur les territoires de trois Directions de santé publique différentes (voir document ci-joint). Les trois tables nationales de concertation ont accepté le projet.

Votre région avait été choisie comme participante éventuelle au projet car l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, situé sur votre territoire, est l'un des centres hospitaliers du Québec où l'on diagnostique un nombre important de cas de mésothéliome et d'amiantose (en moyenne 27 cas d'amiantose et 7 cas de mésothéliome au cours des dernières années). La Docteure Terry Tannenbaum, représentait la région de Montréal lors de la rencontre de la TCNSP où notre projet avait été entériné et elle s'était dite intéressée par notre démarche.

Je vous écris pour vérifier si vous êtes d'accord pour participer au projet car nous sommes prêts à

Approbation du projet par le directeur de santé publique de Montréal (suite)

débuter les rencontres avec les intervenants qui s'occupent des MADO (professionnelles et environnementales).

Nous sommes disponibles pour répondre à vos questions, soit en rencontre, par téléphone ou par courriel, selon votre choix.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Louise De Guire, M.D., M. Sc., C.S.P.Q.
Institut national de santé publique du Québec
190 boulevard Crémazie Est
Montréal, Québec, Canada, H2P 1E2
Téléphone: (514) 864-1600 poste 3210
FAX: (514) 864-7646
Courriel: louise.deguire@inspq.qc.ca



Fiche synthèse TCNSP surveillance amiante MD hôpitaux 9nov2010.doc

Annexe 5

Outils pour les rencontres avec les directions de santé publique

1 Résumé du projet pour présentation aux directeurs de santé publique

Annexe 1 : Collaboration des directeurs de santé publique pour permettre à l'INSPQ de réaliser son mandat de surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante

CONTEXTE :

- La Loi sur la santé publique stipule que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés » (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 4).
- L'exercice de la fonction de surveillance est confié de manière exclusive, au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique.
- Selon la loi « …le ministre peut confier à l'Institut national de santé publique (INSPQ), en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance, aux conditions et dans la mesure qu'il juge appropriées. » (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 34).
- Suite à l'adoption de la Politique d'utilisation accrue et sécuritaire de l'amiante chrysotile au Québec en 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'INSPQ le mandat de définir et de mettre en place un système de surveillance des expositions à l'amiante et des maladies qui y sont liées : le mésothéliome, l'amiantose et le cancer du poumon.
- Ces maladies font partie des objets de surveillance qui ont été priorisés dans le Plan commun de surveillance (PCS) et son complément au niveau provincial, le Plan ministériel de surveillance multithématique (PMSM).
- De plus, elles sont à déclaration obligatoire en vertu de la Loi sur la santé publique et des règlements correspondants adoptés en novembre 2003 soit le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2, r.1) et le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q, chapitre S-2.2, r.2).
- Tous les médecins du Québec doivent déclarer les cas d'amiantose et de mésothéliome et les médecins du Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP) doivent déclarer les cas de du cancer du poumon d'origine professionnelle.
- Ces cas font ensuite l'objet d'une validation nosologique
- La déclaration de ces maladies conduit généralement à une enquête du directeur de santé publique pour tenter notamment de retracer les expositions encore existantes à l'amiante car la Loi sur la santé publique confère au directeur de santé publique le pouvoir de procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population pourrait être menacée (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 96). Elle lui confère aussi le pouvoir d'autoriser spécifiquement certaines personnes à l'exercer en son nom (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 113).
- Toutes les informations issues de ces enquêtes sont conservées dans le système des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique (système MADO-Chimique) qui représente une source de données intéressante pour la surveillance de ces maladies reliées à l'exposition à l'amiante.

PRÉSENTATION DU PROJET :

Pour répondre à son mandat de surveillance des maladies reliées à l'amiante au Québec, l'INSPQ veut explorer la possibilité d'utiliser le système MADO-Chimique déjà en place. Cependant, pour que le système soit utile, la déclaration des MADO reliées à l'amiante (mésothéliome et amiantose) par les médecins devra être améliorée. Les données dont nous disposons révèlent que les médecins des hôpitaux posent ou documentent le diagnostic de mésothéliome et d'amiantose, mais que peu d'entre eux déclarent la maladie au directeur de santé publique de leur territoire comme la loi les invite à le faire. De plus, certaines modifications et ajouts devront être apportés au système des MADO-Chimique afin de mieux répondre aux besoins de surveillance des maladies chroniques qui incluent les maladies de l'amiante.

Une proposition de projet sera donc présentée à trois hôpitaux pour tester la faisabilité d'augmenter la déclaration de deux maladies reliées à l'exposition à l'amiante, par les médecins, grâce à la collaboration du service des archives médicales. Si le projet pilote s'avère concluant, l'approche pourrait s'appliquer à l'ensemble des hôpitaux du Québec. La collaboration des directeurs de santé publique au projet est indispensable puisque les MADO relèvent de leur responsabilité.

OBJET DE LA DEMANDE :

Nous sollicitons l'appui des directeurs de santé publique pour la réalisation de ce projet et en particulier pour approcher les hôpitaux ciblés (accompagnement ou lettre d'appui) et assurer la collaboration des intervenants de leur DSP mandatés dans le dossier MADO-Chimique au projet pilote. L'INSPQ offre un soutien pour les activités découlant du projet pilote.

DÉROULEMENT DU PROJET (VOLET DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE) :

- Présenter le projet aux tables de concertation nationales en santé publique, santé au travail et santé environnementale, aux directeurs de santé publique et aux équipes de santé publique concernées.
- Présenter le projet aux directeurs des services professionnels et hospitaliers (DSPH), aux exécutifs des CMDP et aux médecins des trois hôpitaux et obtenir leur accord pour la réalisation du projet pilote en faisant appel au service des archives médicales pour faciliter la déclaration des MADO reliées à l'amiante par les médecins.
- Présenter le projet pilote au personnel du service des archives médicales des hôpitaux participants et s'assurer de leur collaboration.
- Recevoir les déclarations des hôpitaux pendant un an et les traiter selon les modalités du projet pilote.
- Vérifier les informations nécessaires à la validation nosologique des cas dans le dossier médical des patients.
- Recueillir l'information sur l'histoire professionnelle et environnementale d'exposition à l'amiante auprès des cas.
- Saisir l'information dans l'écran parallèle développé en lien avec le système Mado-Chimique.
- Participer à l'évaluation du projet pilote notamment en termes d'impacts sur l'organisation du travail et les coûts pour les DSP impliquées dans le projet pilote.

COÛTS DU PROJET :

L'INSPQ peut offrir les services d'une infirmière pour la collecte des données dans les dossiers médicaux et pour le questionnaire du patient notamment sur l'exposition à l'amiante. Si la DSP préfère utiliser son propre personnel, l'INSPQ pourrait rembourser les frais supplémentaires encourus par le projet.

RÉSULTATS ATTENDUS :

- Méthode et outils validés pour la classification de la maladie et de l'exposition pour les cas d'amiantose et de mésothéliome.
- Éléments du dossier médical nécessaires à la validation nosologique identifiés ainsi que les procédures pour y accéder.
- Procédure fonctionnelle pour la saisie des données dans la banque MADO-Chimique.

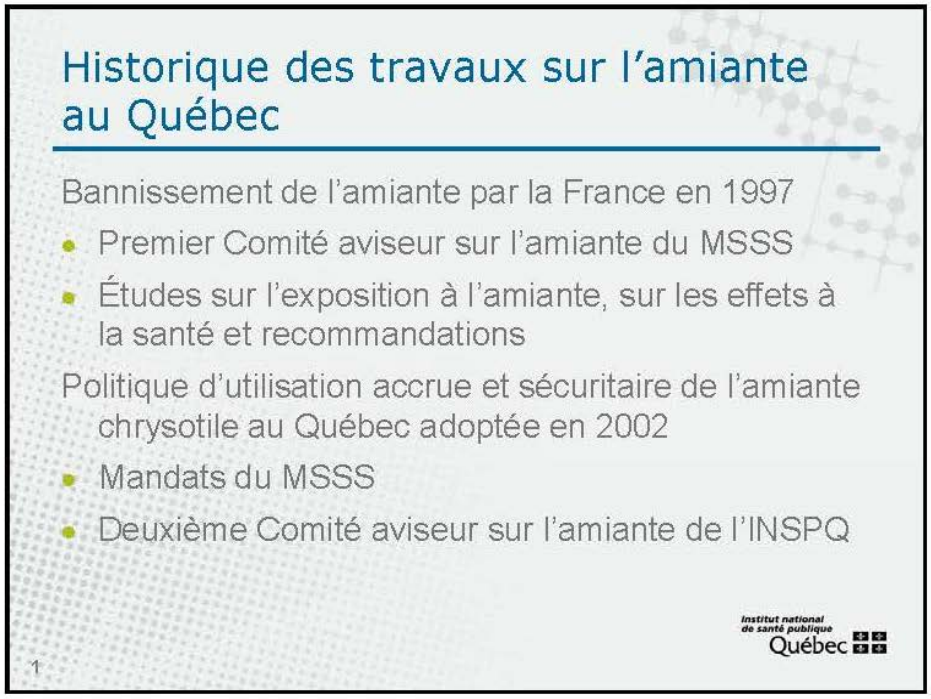
RETOMBÉES DU PROJET :

- Un système de surveillance des maladies reliées à l'amiante dans la population du Québec qui utilise une structure et un fonctionnement déjà en place pour les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique.
- Un système MADO-Chimique optimisé, utile à la fois pour la vigie sanitaire et pour la surveillance.
- Une meilleure connaissance des maladies reliées à l'amiante et des expositions au Québec.
- Une harmonisation des enquêtes MADO pour les maladies reliées à l'amiante, ce qui pourrait assurer une plus grande uniformité des interventions de santé publique et une meilleure fiabilité des données du système de surveillance.

CONFIDENTIALITÉ :

La déclaration des MADO exige la communication d'information nominale. Toutes les mesures seront prises pour protéger les renseignements personnels et assurer la confidentialité des données. En effet, les données ne seront utilisées que pour des fins de surveillance et de prévention et seules les données dénominalisées seront utilisées dans les produits de surveillance.

2 Contexte du projet pilote





Élaboration d'un système de surveillance des maladies reliées à l'amiante

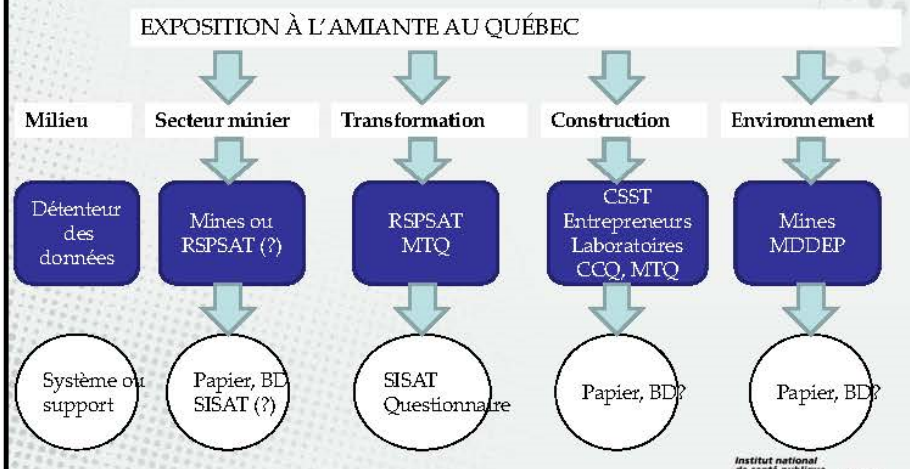
Interprétation du mandat

1. Exposition incluse dans le mandat
2. Exposition et maladies en milieu de travail et en milieu de vie
3. Conduite de plusieurs études pour arriver à définir les objets de surveillance
4. Analyse de données recueillies de façon routinière en attendant l'élaboration et l'implantation du système de surveillance

Institut national de santé publique Québec

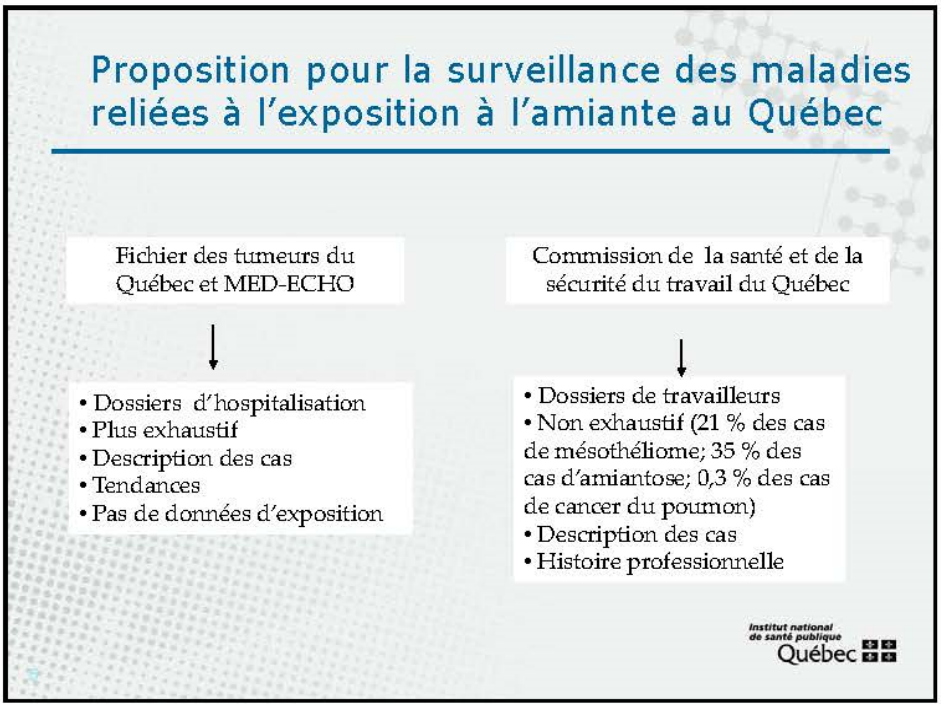
3

Les sources de données sur l'exposition



Institut national de santé publique Québec

4


Proposition pour la surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec
Fichier des tumeurs du Québec et MED-ECHO
• Dossiers d'hospitalisation
• Plus exhaustif
• Description des cas
• Tendances
• Pas de données d'exposition
Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
• Dossiers de travailleurs
• Non exhaustif (21 % des cas de mésothéliome; 35 % des cas d'amiantose; 0,3 % des cas de cancer du poumon)
• Description des cas
• Histoire professionnelle
Institut national de santé publique Québec


Proposition pour la surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec
2003: Loi sur la santé publique
• Les mésothéliomes et les amiantoses sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par tous les médecins du Québec au Directeur de santé publique de leur territoire
• Les cancers pulmonaires liés à l'amiante dont l'origine professionnelle a été confirmée par le CSMPP sont à déclaration obligatoire
• Les cas déclarés par les médecins sont enregistrés dans le système des MADO-Chimique
Institut national de santé publique Québec
6

Proposition pour la surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec

2003: Loi sur la santé publique

- La déclaration d'une MADO entraîne une validation nosologique du diagnostic
- Le Directeur de santé publique peut questionner le cas pour établir l'exposition à l'amiante
- Le Directeur de santé publique peut demander une enquête dans le milieu de travail et de vie pour vérifier l'exposition à l'amiante
- 86 % des cas de mésothéliome et 96 % des cas d'amiantose sont déclarés par les médecins du CSMPP
- 14 % des cas de mésothéliome et 4 % des cas d'amiantose sont déclarés par les médecins du CSMPP

Institut national de santé publique Québec

7

Proposition pour la surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec

Cancer pulmonaire → Médecins du CSMPP

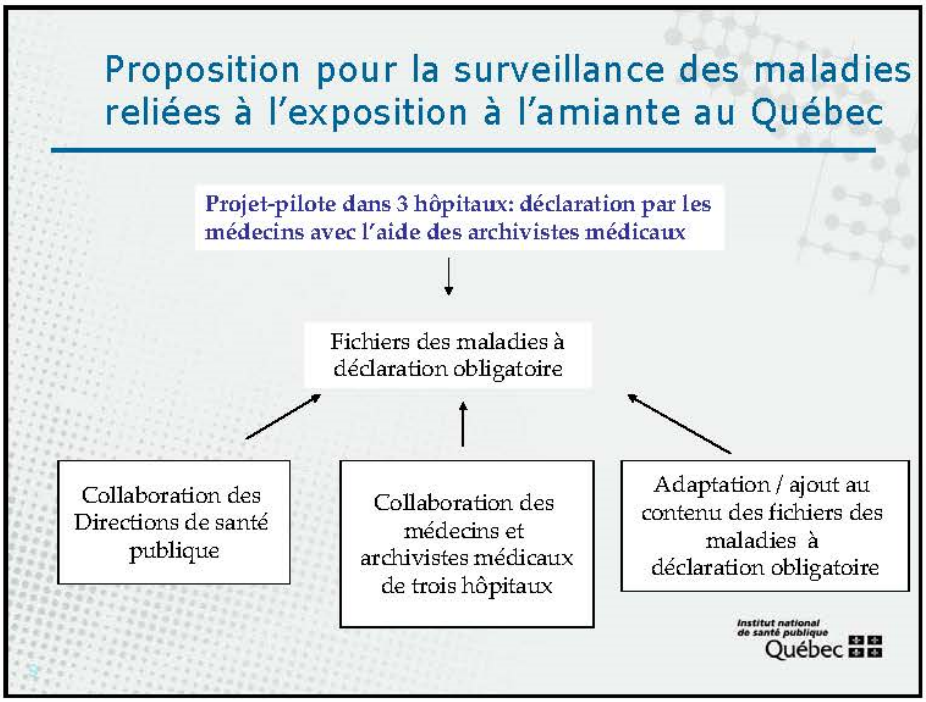
Mésothéliome et amiantose → **Projet-pilote dans 3 hôpitaux: déclaration des médecins avec l'aide des archivistes médicaux**

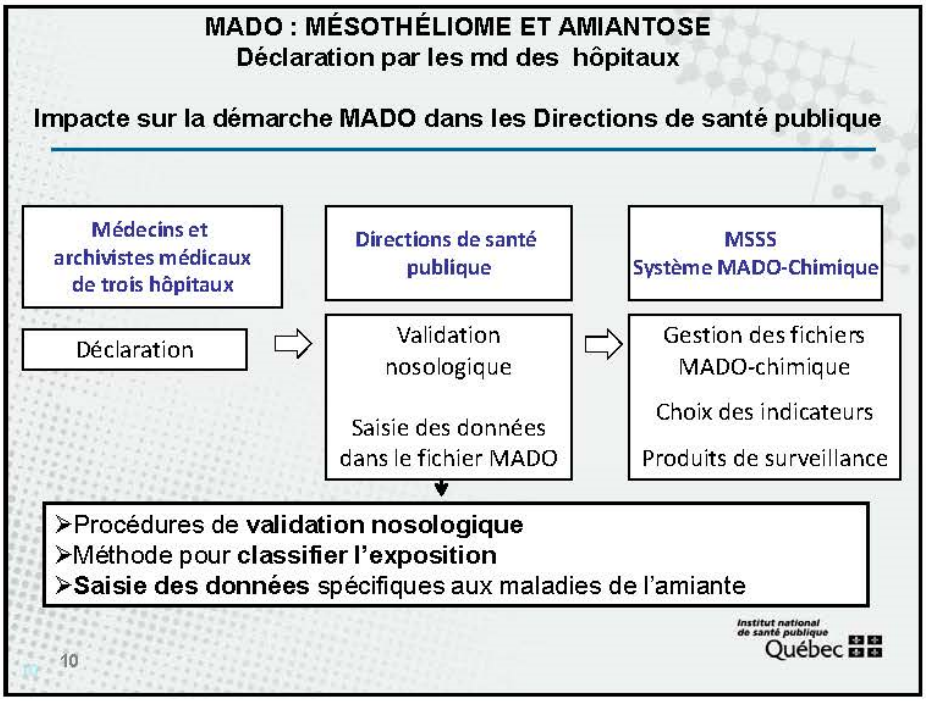
Médecins du CSMPP → Système Mado-Chimique

Projet-pilote dans 3 hôpitaux: déclaration des médecins avec l'aide des archivistes médicaux → Système Mado-Chimique

Institut national de santé publique Québec

8


Proposition pour la surveillance des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec
Projet-pilote dans 3 hôpitaux: déclaration par les médecins avec l'aide des archivistes médicaux
Fichiers des maladies à déclaration obligatoire
Collaboration des Directions de santé publique
Collaboration des médecins et archivistes médicaux de trois hôpitaux
Adaptation / ajout au contenu des fichiers des maladies à déclaration obligatoire
Institut national de santé publique Québec


MADO : MÉSOTHÉLIOME ET AMIANTOSE
Déclaration par les md des hôpitaux
Impacte sur la démarche MADO dans les Directions de santé publique
Médecins et archivistes médicaux de trois hôpitaux
Directions de santé publique
MSSS Système MADO-Chimique
Déclaration
Validation nosologique
Saisie des données dans le fichier MADO
Gestion des fichiers MADO-chimique
Choix des indicateurs
Produits de surveillance
➢Procédures de validation nosologique
➢Méthode pour classifier l'exposition
➢Saisie des données spécifiques aux maladies de l'amiante
10
Institut national de santé publique Québec

Définitions nosologiques

- Amiantose
- Mésothéliome

Institut national de santé publique Québec

11

Impact des nouvelles déclarations sur la Validation nosologique

- Pour les ***amiantoses:***
  - Résultats de laboratoire à obtenir (RX, scan, etc.) pour documenter le diagnostic
    - Fibrose interstitielle diffuse
    - Pleurésie ou pachypleurite
  - Exposition antérieure à l'amiante (histoire, tests: plaques pleurales, corps d'amiante)
- Pour les ***mésothéliomes***:
  - Résultats de laboratoire à obtenir pour confirmation histologique (rapport de pathologie, etc.)
  - Exposition antérieure à l'amiante (histoire, tests : plaques pleurales, corps d'amiante)



Institut national de santé publi Québec

12

Documentation et classification de l'exposition à l'amiante dans l'histoire professionnelle

- Pourquoi documenter l'exposition
- Difficultés de classification avec système MADO actuel
- Proposition basé sur études de l'INSPQ

Institut national de santé publique Québec

13

Déroulement du projet

- Présentation du projet et des outils
- Démarche auprès de l'hôpital
- Ententes de fonctionnement
- Roulement pendant 1 an
- Évaluation

Institut national de santé publique Québec

14

3 Définitions nosologiques de l'amiantose et du mésothéliome

Définitions nosologiques
Maladies d'origine chimique ou physique

5.1 Maladies avec diagnostic spécifique

AMIANTOSE

Cas confirmé

Présence de l'une ou l'autre des conditions 1), 2) ou 3) suivantes :

1) un diagnostic de fibrose interstitielle diffuse
   et
   une histoire d'exposition antérieure à l'amiante **significative,** équivalente à une dose cumulée d'environ 25 fibres/ml-années, définie par le contenu de l'encadré suivant;

> ◊ Mesures environnementales documentant l'exposition antérieure dans le milieu de travail;
> **ou**
> ◊ histoire professionnelle dans des secteurs d'activité tels que mine d'amiante et usine de transformation de l'amiante (freins, amiante-ciment, bardeaux d'amiante, panneaux d'amiante, etc.) ou histoire professionnelle comme calorifugeur ou tuyauteur-plombier-soudeur à la maintenance dans l'industrie lourde, travailleur de la construction ayant travaillé avec de l'amiante, etc.

OU

2) un cas d'amiantose confirmé par le Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP)[1], formé en vertu de l'article 231 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001);

OU

3) un diagnostic de pleurésie ou pachypleurite (après exclusion de toute autre cause)
   et
   une histoire d'exposition antérieure à l'amiante **significative,** équivalente à une dose cumulée d'environ 25 fibres/ml-années[9], définie par le contenu de l'encadré d'un cas confirmé.

Note explicative

1. Les cas d'amiantose confirmés par le CSMPP peuvent consister en :
   - ◊ une fibrose interstitielle diffuse;
   - ◊ une maladie assimilable à l'amiantose (épaississements des septa interlobulaires, bandes fibreuses inter et intralobulaires originant de la plèvre ou bandes fibreuses parenchymateuses plus longues, atélectasie ronde, lésion pseudo-tumorale, lignes fibreuses semi-circulaires sous-pleurales, bandes fibreuses en pattes de corbeau ou de pieuvre, images en verre dépoli);
   - ◊ une pleurésie d'amiante ou encore en une pachypleurite d'amiante.

9. Exposition cumulée d'amiante exprimée par la multiplication de la concentration moyenne pondérée sur 8 heures de fibres et la durée totale d'exposition en années. Une année d'exposition correspond à 240 jours travaillés [http://www.occup-med.com/content/5/1/15].

-18-

Cas clinique

Présence de la condition 1) et de l'une ou l'autre des conditions 2) ou 3) suivantes :

1) un diagnostic de fibrose interstitielle diffuse;

ET

2) une histoire d'exposition antérieure à l'amiante n'atteignant pas une dose cumulée suffisante (voir l'encadré d'un cas confirmé), compte tenu des connaissances antérieures des milieux contaminés par l'amiante;

OU

3) une exposition antérieure à l'amiante soutenue par la présence de plaques pleurales à la radiographie pulmonaire ou par la présence de corps d'amiante à la biopsie ou dans les expectorations.

Exposition significative

Ne s'applique pas.

Définitions nosologiques
Maladies d'origine chimique ou physique

MÉSOTHÉLIOME

Cas confirmé

Présence de l'une ou l'autre des conditions 1) ou 2) suivantes :

1) un diagnostic de mésothéliome avec confirmation histologique
   et
   une histoire d'exposition antérieure à l'amiante **confirmée,** définie par le contenu de l'encadré suivant;

> ◊ mesures environnementales documentant l'exposition antérieure dans le milieu de travail;
>
> **ou**
>
> ◊ histoire professionnelle dans des secteurs d'activité tels que mine d'amiante et usine de transformation de l'amiante (freins, amiante-ciment, bardeaux d'amiante, panneaux d'amiante, etc.) ou histoire professionnelle comme calorifugeur ou tuyauteur-plombier-soudeur à la maintenance dans l'industrie lourde, travailleur de la construction ayant travaillé avec de l'amiante, etc.;
>
> **ou**
>
> ◊ présence de plaques pleurales ou d'amiantose à la radiographie pulmonaire ou présence de corps d'amiante à la biopsie ou dans les expectorations ou présence de charge pulmonaire en fibres à la microscopie électronique, lesquelles témoignent d'une exposition antérieure à l'amiante;
>
> **ou**
>
> ◊ histoire d'exposition **environnementale** antérieure à l'amiante (ex. : résidence dans la même maison qu'un travailleur de l'amiante rapportant ses vêtements de travail à la maison, résidence dans une région de Turquie, de Corse, de Chypre, de Grèce, de Nouvelle-Calédonie ou d'ailleurs, où l'utilisation de terre contaminée à la trémolite a été documentée).

OU

2) un cas de mésothéliome confirmé par le Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires (CSMPP), formé en vertu de l'article 231 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Cas confirmé d'origine indéterminée

Présence des conditions 1) et 2) suivantes :

1) un diagnostic de mésothéliome avec confirmation histologique;

ET

2) une histoire d'exposition qui ne répond pas aux critères de l'encadré d'un cas confirmé.

Cas clinique

Présence des conditions 1) et 2) suivantes :

1) un diagnostic de mésothéliome sans confirmation histologique;

ET

2) une histoire d'exposition à l'amiante **confirmée,** définie par le contenu de l'encadré d'un cas confirmé.

Cas clinique d'origine indéterminée

Présence des conditions 1) et 2) suivantes :

1) un diagnostic de mésothéliome sans confirmation histologique;

ET

2) une histoire d'exposition qui ne répond pas aux critères de l'encadré d'un cas confirmé.

Exposition significative

Ne s'applique pas.

4 Information complémentaire, directions de santé publique de Chaudière-Appalaches, des Laurentides et de Montréal

COLLABORATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES AU PROJET PILOTE « FAISABILITÉ D'ACCROÎTRE LA DÉCLARATION DES MADO MÉSOTHÉLIOME ET AMIANTOSE PAR LES MÉDECINS DES HÔPITAUX ET ÉVALUATION DES IMPACTS EN VUE DE LA SURVEILLANCE »

Implication demandée au directeur de santé publique :

1. Mandater les équipes MADO-C SAT et environnement de **collaborer au projet pilote**.
2. Fournir une **lettre d'introduction au DSPH et au CMDP de l'hôpital** et mandater une personne de l'équipe MADO-C pour **accompagner les représentants du projet** lors des démarches auprès de l'hôpital.
3. Préciser, si désiré, les tâches qu'on désire déléguer à **l'infirmière dont les services sont offerts par l'INSPQ** en soutien au projet, et la mandater pour intervenir dans les dossiers MADO reliées à l'amiante, le cas échéant.

Informations complémentaires

1. Hôpital ciblé : **Hôpital Régional de la région de l'amiante**

   Nombre de cas de mésothéliome et d'amiantose diagnostiqués annuellement dans cet hôpital :

Amiantose (MED-ECHO ; moyenne annuelle 2006-2008) :	*29*
Mésothéliome (Fichier des tumeurs ; moyenne annuelle 2004-2006) :	*3*
Total :	*32*

2. Pour les cas qui n'auront pas été déclarés par le CSMPP, la **validation nosologique** nécessitera entre autres la **consultation du dossier médical de l'hôpital**. Cette tâche pourrait être faite par l'infirmière de la DSP ou par l'infirmière prêtée par l'INSPQ si dûment mandatée par le directeur de santé publique.
3. L'INSPQ a élaboré des **outils d'enquête spécifiques** pour les MADO mésothéliome et amiantose autres que celles transmises par le CSMPP. Ces outils seront utilisés **pour les cas déclarés par les médecins des hôpitaux** (et non pour ceux déclarés par le CSMPP). Ils feront partie du dossier.
4. L'INSPQ a développé les indicateurs et **les données à colliger** pour la surveillance des mésothéliomes et des amiantoses à partir des MADO. Ces données ainsi que certaines données spécifiques au projet pilote (pour fins d'évaluation) seront saisies de façon **non personnalisées** dans un **écran parallèle (Access) développé pour le projet**. Une feuille de correspondance permettra aux intervenants MADO de la DSP de faire le lien entre les dossiers MADO et les données saisies pour le projet, si nécessaire. Cette feuille demeurera dans la DSP.
5. **Un soutien est offert par l'INSPQ**. Une **infirmière engagée pour le projet** peut être prêtée à la DSP pour tout ou une partie des tâches reliées au projet pilote. Elle devra alors être mandatée dans le cadre des MADO si les tâches demandées impliquent une intervention auprès du patient ou du dossier personnalisé. Si la DSP préfère utiliser son propre personnel pour toutes ces étapes, l'INSPQ pourrait rembourser les frais supplémentaires encourus par le projet. Par ailleurs, un **soutien téléphonique ou en ligne** sera disponible pour répondre aux questions ou aider à résoudre les problèmes qui surviendraient.

COLLABORATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DES LAURENTIDES AU PROJET PILOTE « FAISABILITÉ D'ACCROÎTRE LA DÉCLARATION DES MADO MÉSOTHÉLIOME ET AMIANTOSE PAR LES MÉDECINS DES HÔPITAUX ET ÉVALUATION DES IMPACTS EN VUE DE LA SURVEILLANCE »

Implication demandée au directeur de santé publique :

1. Mandater les équipes MADO-C SAT et environnement de **collaborer au projet pilote**.
2. Fournir une **lettre d'introduction au DSPH et au CMDP de l'hôpital** et mandater une personne de l'équipe MADO-C pour **accompagner les représentants du projet** lors des démarches auprès de l'hôpital.
3. Préciser, si désiré, les tâches qu'on désire déléguer à **l'infirmière dont les services sont offerts par l'INSPQ** en soutien au projet, et la mandater pour intervenir dans les dossiers MADO reliés à l'amiante, le cas échéant.

Informations complémentaires

1. Hôpital ciblé : **Hôpital régional de Saint-Jérôme**

   Nombre de cas de mésothéliome et d'amiantose diagnostiqués annuellement dans cet hôpital :

Amiantose (MED-ECHO ; moyenne annuelle 2006-2008) :	*4*
Mésothéliome (Fichier des tumeurs ; moyenne annuelle 2004-2006) :	*7*
Total :	*11*

2. Pour les cas qui n'auront pas été déclarés par le CSMPP, la **validation nosologique** nécessitera entre autres la **consultation du dossier médical de l'hôpital**. Cette tâche pourrait être faite par l'infirmière de la DSP ou par l'infirmière prêtée par l'INSPQ si dûment mandatée par le directeur de santé publique.
3. L'INSPQ a élaboré des **outils d'enquête spécifiques** pour les MADO mésothéliome et amiantose autres que celles transmises par le CSMPP. Ces outils seront utilisés **pour les cas déclarés par les médecins des hôpitaux** (et non pour ceux déclarés par le CSMPP). Ils feront partie du dossier.
4. L'INSPQ a développé les indicateurs et **les données à colliger** pour la surveillance des mésothéliomes et des amiantoses à partir des MADO. Ces données ainsi que certaines données spécifiques au projet pilote (pour fins d'évaluation) seront saisies de façon **dénominalisée** dans un **écran parallèle (Access) développé pour le projet**. Une feuille de correspondance permettra aux intervenants MADO de la DSP de faire le lien entre les dossiers MADO et les données saisies pour le projet, si nécessaire. Cette feuille demeurera dans la DSP.
5. **Un soutien est offert par l'INSPQ**. Une **infirmière engagée pour le projet** peut être prêtée à la DSP pour tout ou une partie des tâches reliées au projet pilote. Elle devra alors être mandatée dans le cadre des MADO si les tâches demandées impliquent une intervention auprès du patient ou du dossier non dénominalisé. Si la DSP préfère utiliser son propre personnel pour toutes ces étapes, l'INSPQ pourrait rembourser les frais supplémentaires encourus par le projet. Par ailleurs, un **soutien téléphonique ou en ligne** sera disponible pour répondre aux questions ou assister à résoudre des problèmes qui surviendraient.

COLLABORATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE MONTRÉAL AU PROJET PILOTE « FAISABILITÉ D'ACCROÎTRE LA DÉCLARATION DES MADO MÉSOTHÉLIOME ET AMIANTOSE PAR LES MÉDECINS DES HÔPITAUX ET ÉVALUATION DES IMPACTS EN VUE DE LA SURVEILLANCE »

Implication demandée au directeur de santé publique :

1. Mandater les équipes MADO-C SAT et environnement de **collaborer au projet pilote**.
2. Fournir une **lettre d'introduction au DSPH et au CMDP de l'hôpital** et mandater une personne de l'équipe MADO-C pour **accompagner les représentants du projet** lors des démarches auprès de l'hôpital.
3. Préciser, si désiré, les tâches qu'on désire déléguer à **l'infirmière dont les services sont offerts par l'INSPQ** en soutien au projet, et la mandater pour intervenir dans les dossiers MADO reliés à l'amiante, le cas échéant.

Informations complémentaires

1. Hôpital ciblé : **Hôpital Maisonneuve-Rosemont**
   Nombre de cas de mésothéliome et d'amiantoses diagnostiqués annuellement dans cet hôpital :

Amiantose (MED-ECHO ; moyenne annuelle 2006-2008) :	*26,67*
Mésothéliome (Fichier des tumeurs ; moyenne annuelle 2004-2004) :	*7,00*
Total :	*33,67*

2. Pour les cas qui n'auront pas été déclarés par le CSMPP, la **validation nosologique** nécessitera entre autres la **consultation du dossier médical de l'hôpital**. Cette tâche pourrait être faite par l'infirmière de la DSP ou par l'infirmière prêtée par l'INSPQ si dûment mandatée par le directeur de santé publique.
3. L'INSPQ a élaboré des **outils d'enquête spécifiques** pour les MADO mésothéliome et amiantose autres que celles transmises par le CSMPP. Ces outils seront utilisés **pour les cas déclarés par les médecins des hôpitaux** (et non pour ceux déclarés par le CSMPP). Ils feront partie du dossier.
4. L'INSPQ a développé les indicateurs et **les données à colliger** pour la surveillance des mésothéliomes et des amiantoses à partir des MADO. Ces données ainsi que certaines données spécifiques au projet pilote (pour fins d'évaluation) seront saisies de façon **dénominalisée** dans un **écran parallèle (Access) développé pour le projet**. Une feuille de correspondance permettra aux intervenants MADO de la DSP de faire le lien entre les dossiers MADO et les données saisies pour le projet, si nécessaire. Cette feuille demeurera dans la DSP.
5. **Un soutien est offert par l'INSPQ**. Une **infirmière engagée pour le projet** peut être prêtée à la DSP pour tout ou une partie des tâches reliées au projet pilote. Elle devra alors être mandatée dans le cadre des MADO si les tâches demandées impliquent une intervention auprès du patient ou du dossier non dénominalisé. Si la DSP préfère utiliser son propre personnel pour toutes ces étapes, l'INSPQ pourrait rembourser les frais supplémentaires encourus par le projet. Par ailleurs, un **soutien téléphonique ou en ligne** sera disponible pour répondre aux questions ou assister à résoudre des problèmes qui surviendraient.

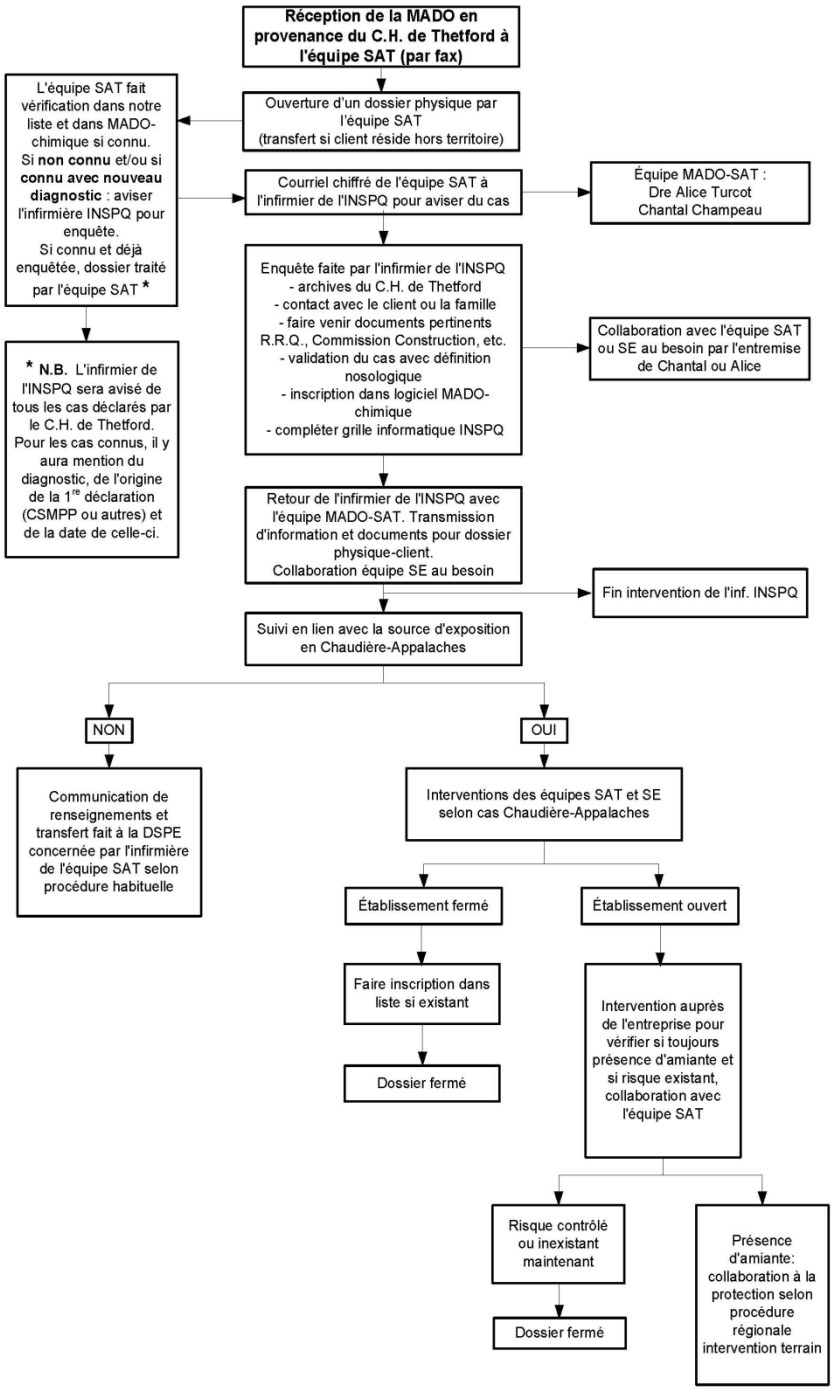
Annexe 6

Procédure de traitement des MADO dans le cadre du projet dans les trois directions de santé publique

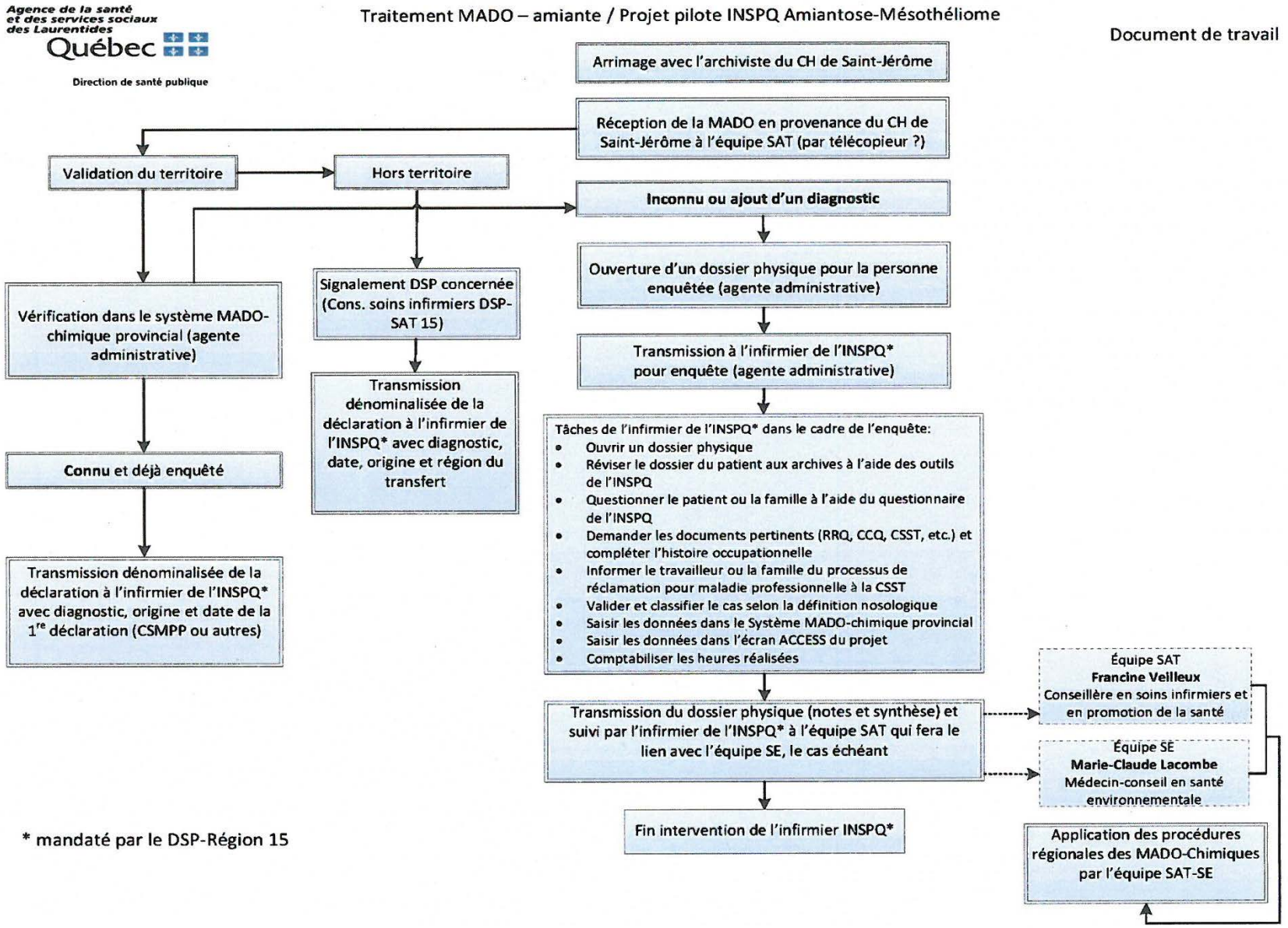
Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet

Organigramme - Traitement MADO amiante
Projet INSPQ Amiante - Mésothéliome

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec



Version du 19 mars 2013


Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec
Direction de santé publique
Traitement MADO – amiante / Projet pilote INSPQ Amiantose-Mésothéliome
Document de travail
Arrimage avec l'archiviste du CH de Saint-Jérôme
Réception de la MADO en provenance du CH de Saint-Jérôme à l'équipe SAT (par télécopieur ?)
Validation du territoire
Hors territoire
Inconnu ou ajout d'un diagnostic
Vérification dans le système MADO-chimique provincial (agente administrative)
Signalement DSP concernée (Cons. soins infirmiers DSP-SAT 15)
Ouverture d'un dossier physique pour la personne enquêtée (agente administrative)
Transmission dénominalisée de la déclaration à l'infirmier de l'INSPQ* avec diagnostic, date, origine et région du transfert
Transmission à l'infirmier de l'INSPQ* pour enquête (agente administrative)
Connu et déjà enquêté
Tâches de l'infirmier de l'INSPQ* dans le cadre de l'enquête:
Ouvrir un dossier physique
Réviser le dossier du patient aux archives à l'aide des outils de l'INSPQ
Questionner le patient ou la famille à l'aide du questionnaire de l'INSPQ
Demander les documents pertinents (RRQ, CCQ, CSST, etc.) et compléter l'histoire occupationnelle
Informer le travailleur ou la famille du processus de réclamation pour maladie professionnelle à la CSST
Valider et classifier le cas selon la définition nosologique
Saisir les données dans le Système MADO-chimique provincial
Saisir les données dans l'écran ACCESS du projet
Comptabiliser les heures réalisées
Transmission dénominalisée de la déclaration à l'infirmier de l'INSPQ* avec diagnostic, origine et date de la 1re déclaration (CSMPP ou autres)
Équipe SAT
Francine Veilleux
Conseillère en soins infirmiers et en promotion de la santé
Transmission du dossier physique (notes et synthèse) et suivi par l'infirmier de l'INSPQ* à l'équipe SAT qui fera le lien avec l'équipe SE, le cas échéant
Équipe SE
Marie-Claude Lacombe
Médecin-conseil en santé environnementale
Fin intervention de l'infirmier INSPQ*
Application des procédures régionales des MADO-Chimiques par l'équipe SAT-SE
* mandaté par le DSP-Région 15

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
SECTEUR SANTÉ AU TRAVAIL

Procédures Projet Pilote MADO amiante (INSPQ-DSP Montréal - HMR)

Date de début : Le 17 janvier 2014

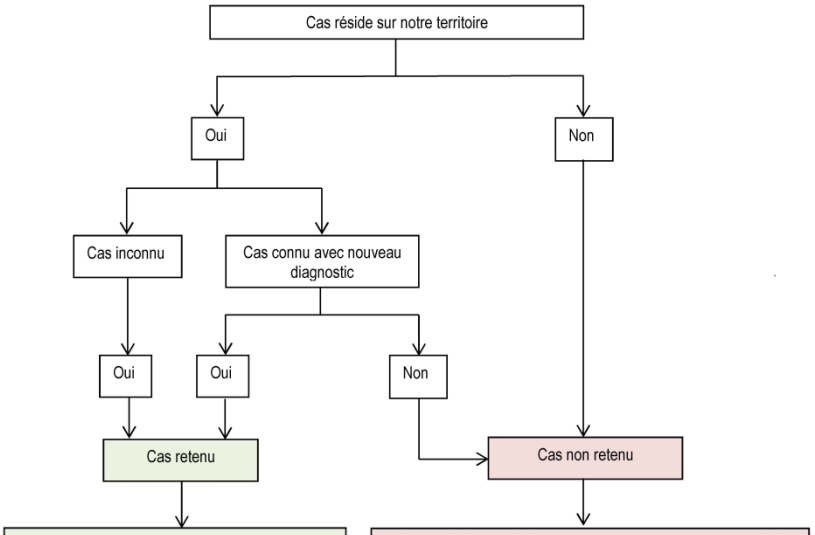
DSP

1. RÉCEPTION D'UN COURRIEL D'HMR

- Réception d'un courriel d'HMR hebdomadairement nous informant lorsqu'il n'y a pas de cas à déclarer ou lorsqu'il y a une déclaration pour un cas de mésothéliome ou amiantose par courriel sécurisé via : mado.sat@santepub-mtl.qc.ca

2. Pré-enquête par l'infirmière MADO SAT

- Décision si cas retenu ou non-retenu :



- Ouvrir dossier physique pour la personne enquêtée
- Inscription dans le tableau autres MADO et signalement
- Transfert à l'infirmière mandatée pour la pré-enquête par le DSP hebdomadairement par courriel sécurisé (données nominales)

❖ **Si hors territoire :**
  - Transfert au territoire concerné (procédures DSP établies)
  - Inscription dans la banque MPP (HMR) et le tableau autres MADO et signalement
  - Informer l'infirmière de l'INSPQ hebdomadairement par courriel sécurisé (données dé-nominalisées)
    - Diagnostic
    - Date de la déclaration
    - Territoire

❖ **Si cas connu avec même diagnostic**
  - Identifier dans le tableau MPP (CSMPP) et (HMR) (avec couleur bleue pour projet pilote MADO amiante HMR) et inscription dans le tableau autres MADO et signalement
  - Poursuivre procédures DSP établies
  - Informer l'infirmière mandatée pour la pré-enquête par le DSP hebdomadairement par courriel sécurisé (données dé-nominalisées)
    - Diagnostic
    - Date de la déclaration actuelle
    - Date de la première déclaration
    - Ancien déclarant (CSMPP, MD, HMR …)

N.B.: Informer l'infirmière mandatée pour la pré-enquête par le DSP des cas qui sont *re*-déclarés par HMR à l'intérieur de la période du projet pilote MADO amiante HMR (données nominales)

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
SECTEUR SANTÉ AU TRAVAIL

INSPQ	
3. Pré-enquête par l'infirmier(ère) de l'INSPQ mandaté(e) par le Directeur de santé publique	
i. Consultation du dossier aux archives médicales de HMR	• Contact avec l'archiviste pour rendez-vous • Révision du dossier patient aux archives médicales de l'HMR à l'aide des outils de l'INSPQ • Faire copies des documents pertinents (rapport de radiologie, consultations avec pneumologue …)
ii. Mandat DSP	• Complétion du questionnaire d'histoire professionnelle et non-professionnelle d'exposition à l'amiante de l'INSPQ o En téléphonant au patient ou à sa famille o En demandant les documents complémentaires (RRQ, CCQ, CSST …) • Classification du cas selon la définition nosologique • Saisir les données dans l'écran ACCESS du projet • Transfert du dossier à l'infirmière MADO SAT DSP

DSP	
4. Suivi du dossier	
Infirmière	• Valider la définition nosologique avec le médecin responsable • Saisir les données dans le Système MADO – chimique • Transfert du dossier au médecin
Médecin	• Décision d'enquête • Transfert du dossier au secteur « Environnement urbain et santé » de la DSP si exposition environnementale
Suivre procédures établies MADO secteur SAT	

Version du 28 mai 2014

Annexe 7

Formulaires d'autorisation d'accès au système MADO-Chimique et délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches, des Laurentides et de Montréal pour le personnel du projet pilote

Formulaire d'autorisation d'accès au système MADO-Chimique pour la région de Chaudière-Appalaches pour Claude Cornellier

Formulaire d'autorisation d'accès aux données du « Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique » (Système MADO-Chimique)

L'autorisation des accès aux données nominatives et aux données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique relève de chaque directeur de santé publique. En attendant la révision de la Loi sur la santé publique, nous tenons à vous informer que, pour les besoins de gestion informatique, une banque de données unifiée, incluant les données nominatives de toutes les régions est cependant accessible par l'administrateur de base de données et le pilote d'opération du Système MADO-Chimique à l'INSPQ. Ces individus ont signé une déclaration de confidentialité et s'engagent à respecter la *Politique relative à la sécurité et à la protection des données et des renseignements confidentiels des actifs informationnels et de télécommunication* de l'INSPQ.

Par la présente, je soussigné m'engage à respecter les règles de confidentialité dans l'usage que je ferai de la banque de données nominatives régionales ou des données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique. Je m'engage à :

- Notifier au pilote d'opération du Système MADO-Chimique (mado-chimiques@inspq.qc.ca) le départ de la Direction de Santé Publique ou le changement d'affectation de l'un des répondants identifiés au tableau ci-dessous.
- Traiter de façon confidentielle toutes les informations nominales obtenues lors de la déclaration et de l'enquête d'une personne atteinte par une maladie à déclaration obligatoire attribuable à un agent chimique ou physique.
- Prendre toutes les mesures requises pour éviter que toute autre personne non autorisée puisse avoir accès aux données ainsi obtenues.
- Ne transmettre aucun renseignement nominatif ou données agrégées permettant l'identification de personnes ou d'organisations, contenus dans cette banque de données.

N.B. Vous pouvez utiliser un seul formulaire par direction ou par équipe.

Chaudière - Appalaches (12)
RÉGION SOCIOSANITAIRE

Répondants autorisés

NOM DU RÉPONDANT	PROFIL D'ACCÈS DEMANDÉ			SIGNATURE DU RÉPONDANT
	10*	15*	20*	
CLAUDE CORNELLIER	✓			Claude Cornellier

PHILIPPE LESSARD
Nom du directeur de santé publique

Signature du directeur de santé publique

3 décembre 2012
Date

S.V.P. retournez ce document à Marie-Claude Pigeon, DRI, INSPQ
Télécopieur : (418) 654-3032

* Voir la description des profils d'accès sur la page suivante

Version du 2008-10-08

Formulaire d'autorisation d'accès au système MADO-Chimique pour la région de Chaudière-Appalaches pour Anne Gagné

Formulaire d'autorisation d'accès aux données du « Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique » (Système MADO-Chimique)

L'autorisation des accès aux données nominatives et aux données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique relève de chaque directeur de santé publique. En attendant la révision de la Loi sur la santé publique, nous tenons à vous informer que, pour les besoins de gestion informatique, une banque de données unifiée, incluant les données nominatives de toutes les régions est cependant accessible par l'administrateur de base de données et le pilote d'opération du Système MADO-Chimique à l'INSPQ. Ces individus ont signé une déclaration de confidentialité et s'engagent à respecter la *Politique relative à la sécurité et à la protection des données et des renseignements confidentiels des actifs informationnels et de télécommunication* de l'INSPQ.

Par la présente, je soussigné m'engage à respecter les règles de confidentialité dans l'usage que je ferai de la banque de données nominatives régionales ou des données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique. Je m'engage à :

- Notifier au pilote d'opération du Système MADO-Chimique (mado-chimiques@inspq.qc.ca) le départ de la Direction de Santé Publique ou le changement d'affectation de l'un des répondants identifiés au tableau ci-dessous.
- Traiter de façon confidentielle toutes les informations nominales obtenues lors de la déclaration et de l'enquête d'une personne atteinte par une maladie à déclaration obligatoire attribuable à un agent chimique ou physique.
- Prendre toutes les mesures requises pour éviter que toute autre personne non autorisée puisse avoir accès aux données ainsi obtenues.
- Ne transmettre aucun renseignement nominatif ou données agrégées permettant l'identification de personnes ou d'organisations, contenus dans cette banque de données.

N.B. Vous pouvez utiliser un seul formulaire par direction ou par équipe.

CHAUDIÈRE - APPALACHES (12)
RÉGION SOCIOSANITAIRE

Répondants autorisés

NOM DU RÉPONDANT	PROFIL D'ACCÈS DEMANDÉ			SIGNATURE DU RÉPONDANT
	10*	15*	20*	
ANNE GAGNÉ	X			Anne Gagné

PHILIPPE LESSARD
Nom du directeur de santé publique

Philippe Lessard
Signature du directeur de santé publique

27 août 2013
Date

S.V.P. retournez ce document à Marie-Claude Pigeon, DRI, INSPQ
Télécopieur : (418) 654-3032

* Voir la description des profils d'accès sur la page suivante — Version du 2008-10-08

Formulaire d'autorisation d'accès au système MADO-Chimique pour la région de Chaudière-Appalaches pour Louise De Guire et Monique Isler (version non signée)

Formulaire d'autorisation d'accès aux données du « Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des Maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique » (Système MADO-Chimique)

L'autorisation des accès aux données nominatives et aux données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique relève de chaque directeur de santé publique. L'autorisation du directeur de santé publique de votre région est nécessaire afin que le Centre de services de l'INSPQ puisse opérationnaliser votre accès au système et à l'onglet MADO-Chimique du portail informationnel de l'Infocentre de santé publique du Québec. Nous tenons à vous rappeler que, pour les besoins de gestion informatique, une banque de données unifiée, incluant les données nominatives de toutes les régions est cependant accessible par l'administrateur de base de données et le pilote d'opérations du Système MADO-Chimique à l'INSPQ. Ces personnes ont signé une déclaration de confidentialité et s'engagent à respecter la *Politique relative à la sécurité et à la protection des données et des renseignements confidentiels des actifs informationnels et de télécommunication* de l'INSPQ.

Par la présente, je, soussigné, m'engage à respecter les règles de confidentialité dans l'usage que je ferai de la banque de données nominatives régionales ou des données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique. Je m'engage à :

- Notifier au Centre de services de l'INSPQ (mado-chimique@inspq.qc.ca) le départ de la Direction de Santé publique ou le changement d'affectation de l'un des répondants identifiés au tableau ci-dessous.
- Traiter de façon confidentielle toutes les informations nominales obtenues lors de la déclaration de l'enquête d'une personne atteinte par une maladie à déclaration obligatoire attribuable à un agent chimique ou physique.
- Prendre toutes les mesures requises pour éviter que toute autre personne non autorisée puisse avoir accès aux données ainsi obtenues.
- Ne transmettre aucun renseignement nominatif ou donnée agrégée permettant l'identification de personnes ou d'organisations contenus dans cette banque de données.

N.B. Vous pouvez utiliser un seul formulaire par direction ou par équipe.

Chaudière-Appalaches (12)
RÉGION SOCIOSANITAIRE

Répondants autorisés

NOM DU RÉPONDANT	PROFIL D'ACCÈS DEMANDÉ			SIGNATURE DU RÉPONDANT
	10*	15*	20*	
Dre Louise DeGuire	X			Louise De Guire
Dre Monique Isler	X			M. Isler

Nom du directeur de santé publique

Signature du directeur de santé publique

Date

S.V.P., retourner ce document au Centre de services de l'INSPQ
Courriel : mado-chimique@inspq.qc.ca Télécopieur : (418) 654-3032

* Voir la description des profils d'accès sur la page suivante

Version février 2014

Délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches pour Claude Cornellier

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Le directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches certifie que

M. Claude Cornellier, infirmier

est, par la présente, autorisé, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105,114 et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesures de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1° à 5°, 8° et 9°, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, M. Cornellier a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel il s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 31 mars 2014.

P. Lessard

Philippe Lessard
Directeur de santé publique et de l'évaluation

Date : 3 déc 2012

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Le 10 avril 2014

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Monsieur Claude Cornellier
Institut national de santé publique du Québec
190, rue Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2

Objet : Délégation des pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Monsieur,

Vous trouverez ci-joint votre certification d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches.

Ce certificat spécifie les numéros et paragraphes des articles de la *Loi sur la santé publique* (LSP) concernés par cette délégation.

Veuillez accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le directeur de santé publique,

Philippe Lessard

PL/lpe

p.j. Certificat d'autorisation

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363
Télécopieur : 418 386-3361
www.agencesss12.gouv.qc.ca

Sainte-Marie
Lévis

Délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches pour Anne Gagné

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Le directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches certifie que

Mme Anne Gagné, infirmière

est, par la présente, autorisé, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105,114 et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesures de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1° à 5°, 8° et 9°, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, madame Gagné a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel il s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 31 mars 2014.

Philippe Lessard
Directeur de santé publique

Date : 27 août 2013

Délégations de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches pour Louise De Guire

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Le directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches certifie que

Dre Louise De Guire, médecin

est, par la présente, autorisé, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105,114 et 135 de la LSP;

- exiger l'utilisation de mesures de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1° à 5°, 8° et 9°, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Docteure De Guire a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel il s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 30 juin 2013.

P. Lessard

Philippe Lessard
Directeur de santé publique

Le 24 avril 2013

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Le 14 mai 2014

PAR COURRIEL

Docteure Louise De Guire
Institut national de santé publique du Québec
190, boulevard Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2

Objet : Délégation des pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Docteure,

Vous trouverez ci-joint votre certification d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches.

Ce certificat spécifie les numéros et paragraphes des articles de la *Loi sur la santé publique* (LSP) concernés par cette délégation.

Veuillez accepter, Docteure, nos salutations distinguées.

Le directeur de santé publique,

Philippe Lessard

PL/lpe

p. j. Certificat d'autorisation

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363
Télécopieur : 418 386-3361
www.agencesss12.gouv.qc.ca

Sainte-Marie
Lévis

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches conformément à l'article 115 de la Loi sur la santé publique (LSP)

Le directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches certifie que

Louise De Guire, médecin

est, par la présente, autorisée, conformément à l'article 113 de la LSP à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 98 et 100 paragraphes 1 à 8;

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Louise De Guire a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel elle s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 30 septembre 2014.

Signé à Sainte-Marie, le 2 août 2014

Philippe Lessard

Philippe Lessard
Directeur de santé publique

Délégations de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches pour Monique Isler

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Le directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches certifie que

Dre Monique Isler, médecin

est, par la présente, autorisé, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105,114 et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesures de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1° à 5°, 8° et 9°, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Docteure Isler a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel il s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 30 juin 2013.

P. Lessard

Philippe Lessard
Directeur de santé publique

Le 24 avril 2013

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Le 14 mai 2014

PAR COURRIEL

Docteure Monique Isler
Institut national de santé publique du Québec
190, boulevard Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2

Objet : Délégation des pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

Docteure,

Vous trouverez ci-joint votre certification d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches.

Ce certificat spécifie les numéros et paragraphes des articles de la *Loi sur la santé publique* (LSP) concernés par cette délégation.

Veuillez accepter, Docteure, nos salutations distinguées.

Le directeur de santé publique,

Philippe Lessard

PL/lpe

p. j. Certificat d'autorisation

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363
Télécopieur : 418 386-3361
www.agencesss12.gouv.qc.ca

Sainte-Marie
Lévis

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches conformément à l'article 115 de la Loi sur la santé publique (LSP)

Le directeur de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches certifie que

Monique Isler, médecin

est, par la présente, autorisée, conformément à l'article 113 de la LSP à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 98 et 100 paragraphes 1 à 8;

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Monique Isler a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel elle s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 30 septembre 2014.

Signé à Sainte-Marie, le 21 août 2014

Philippe Lessard

Philippe Lessard
Directeur de santé publique

Formulaire d'autorisation d'accès au système MADO-Chimique pour la région des Laurentides pour Claude Cornellier

Formulaire d'autorisation d'accès aux données du « Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique » (Système MADO-Chimique)

L'autorisation des accès aux données nominatives et aux données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique relève de chaque directeur de santé publique. En attendant la révision de la Loi sur la santé publique, nous tenons à vous informer que, pour les besoins de gestion informatique, une banque de données unifiée, incluant les données nominatives de toutes les régions est cependant accessible par l'administrateur de base de données et le pilote d'opération du Système MADO-Chimique à l'INSPQ. Ces individus ont signé une déclaration de confidentialité et s'engagent à respecter la *Politique relative à la sécurité et à la protection des données et des renseignements confidentiels des actifs informationnels et de télécommunication* de l'INSPQ.

Par la présente, je soussigné m'engage à respecter les règles de confidentialité dans l'usage que je ferai de la banque de données nominatives régionales ou des données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique. Je m'engage à :

- Notifier au pilote d'opération du Système MADO-Chimique (mado-chimiques@inspq.qc.ca) le départ de la Direction de Santé Publique ou le changement d'affectation de l'un des répondants identifiés au tableau ci-dessous.
- Traiter de façon confidentielle toutes les informations nominales obtenues lors de la déclaration et de l'enquête d'une personne atteinte par une maladie à déclaration obligatoire attribuable à un agent chimique ou physique.
- Prendre toutes les mesures requises pour éviter que toute autre personne non autorisée puisse avoir accès aux données ainsi obtenues.
- Ne transmettre aucun renseignement nominatif ou données agrégées permettant l'identification de personnes ou d'organisations, contenus dans cette banque de données.

N.B. Vous pouvez utiliser un seul formulaire par direction ou par équipe.

LAURENTIDES
RÉGION SOCIOSANITAIRE

Répondants autorisés

NOM DU RÉPONDANT	PROFIL D'ACCÈS DEMANDÉ			
	10*	15*	20*	SIGNATURE DU RÉPONDANT
CLAUDE CORNELLIER	✓			Claude Cornellier

ERIC GOYER
Nom du directeur de santé publique

Signature du directeur de santé publique

2013-03-27
Date

S.V.P. retournez ce document à Fabien Pelletier, DRI, INSPQ
Télécopieur : (418) 654-3032

* Voir la description des profils d'accès sur la page suivante

Version du 2008-10-08

Formulaire d'autorisation d'accès au système MADO-Chimique pour la région des Laurentides pour Anne Gagné

Formulaire d'autorisation d'accès aux données du « Système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique » (Système MADO-Chimique)

L'autorisation des accès aux données nominatives et aux données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique relève de chaque directeur de santé publique. En attendant la révision de la Loi sur la santé publique, nous tenons à vous informer que, pour les besoins de gestion informatique, une banque de données unifiée, incluant les données nominatives de toutes les régions est cependant accessible par l'administrateur de base de données et le pilote d'opération du Système MADO-Chimique à l'INSPQ. Ces individus ont signé une déclaration de confidentialité et s'engagent à respecter la *Politique relative à la sécurité et à la protection des données et des renseignements confidentiels des actifs informationnels et de télécommunication* de l'INSPQ.

Par la présente, je soussigné m'engage à respecter les règles de confidentialité dans l'usage que je ferai de la banque de données nominatives régionales ou des données agrégées anonymes régionales du Système MADO-Chimique. Je m'engage à :

- Notifier au pilote d'opération du Système MADO-Chimique (mado.chimique@inspq.qc.ca) le départ de la Direction de Santé Publique ou le changement d'affectation de l'un des répondants identifiés au tableau ci-dessous.
- Traiter de façon confidentielle toutes les informations nominales obtenues lors de la déclaration et de l'enquête d'une personne atteinte par une maladie à déclaration obligatoire attribuable à un agent chimique ou physique.
- Prendre toutes les mesures requises pour éviter que toute autre personne non autorisée puisse avoir accès aux données ainsi obtenues.
- Ne transmettre aucun renseignement nominatif ou données agrégées permettant l'identification de personnes ou d'organisations, contenus dans cette banque de données.

N.B. Vous pouvez utiliser un seul formulaire par direction ou par équipe.

Laurentides - 15
RÉGION SOCIOSANITAIRE

Répondants autorisés

NOM DU RÉPONDANT	PROFIL D'ACCÈS DEMANDÉ			
	10*	15*	20*	SIGNATURE DU RÉPONDANT
Anne Gagné	X			Anne Gagné

Dr Éric Goyer
Nom du directeur de santé publique

Signature du directeur de santé publique

2013-08-19
Date

S.V.P. retournez ce document à Fabien Pelletier, DRI, INSPQ
Télécopieur : (418) 654-3032

Version du 2008-10-08

Délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique des Laurentides pour Claude Cornellier

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec
Direction de santé publique

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique des Laurentides

Le directeur de santé publique de la région des Laurentides certifie que

M. Claude Cornellier, infirmier

est, par la présente, autorisé, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105, 114, et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesure de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1^0 à 5^0, 8^0, 9^0, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, M. Cornellier a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel il s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 31 mai 2014.

Éric Goyer
Directeur de santé publique des Laurentides

Date : 2013-03-27

j:\...\mado_divers\formulaires\certificat_autorisation_exercer pouvoirs du dsp_c. cornellier_2013-03-26.docx

Délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique des Laurentides pour Anne Gagné

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec
Direction de santé publique

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique des Laurentides

Le directeur de santé publique de la région des Laurentides certifie que

Mme Anne Gagné, infirmière

est, par la présente, autorisée, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105, 114, et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesure de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1^0 à 5^0, 8^0, 9^0, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Mme Gagné a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel elle s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 3 mars 2014, renouvelable, le cas échéant.

Éric Goyer
Directeur de santé publique des Laurentides

Date : 2013-09-03

f:\sat\mado_divers\formulaires\autorisation_exercer certains pouvoirs du dsp_anne gagné_2013-09-03 au 2014-03-03.docx

1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : (450) 436-8622
Télécopieur : (450) 436-1761
www.rrsss15.gouv.qc.ca

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec
Direction de santé publique

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique des Laurentides

Le directeur de santé publique de la région des Laurentides certifie que

Mme Anne Gagné, infirmière

est, par la présente, autorisée, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105, 114, et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesure de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1^0 à 5^0, 8^0, 9^0, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Mme Gagné a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel elle s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 30 juin 2014, renouvelable, le cas échéant.

Éric Goyer
Directeur de santé publique des Laurentides

Date : 21 janvier 2014

1000, rue Labelle, bureau 210
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6
Téléphone : (450) 436-8622
Télécopieur : (450) 436-1761
www.rrsss15.gouv.qc.ca

Délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique des Laurentides pour Louise De Guire

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec
Direction de santé publique

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique des Laurentides

Le directeur de santé publique de la région des Laurentides certifie que

Docteure Louise De Guire

est, par la présente, autorisée, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105, 114, et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesure de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1^0 à 5^0, 8^0, 9^0, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Docteure Louise De Guire a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel elle s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 3 mars 2014.

Éric Goyer
Directeur de santé publique des Laurentides

Date : 2013-11-15

f:\sat\rnado\formulaires\certificat_autorisation_exercer pouvoirs du dsp_dre louise de guire_2013-11-15 au 2014-03-03.docx

Délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique des Laurentides pour Monique Isler

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec
Direction de santé publique

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Certificat d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique des Laurentides

Le directeur de santé publique de la région des Laurentides certifie que

Docteure Monique Isler

est, par la présente, autorisée, conformément à l'article 113 de la Loi sur la santé publique (LSP) à exercer les pouvoirs suivants :

- effectuer et superviser des enquêtes épidémiologiques de santé publique dans le contexte de l'application de l'article 96, ainsi qu'à utiliser les pouvoirs d'enquête découlant des articles 97, 98, 100, 105, 114, et 135 de la LSP;
- exiger l'utilisation de mesure de protection découlant de l'application des articles 106, paragraphes 1^0 à 5^0, 8^0, 9^0, ainsi que 110 de la LSP.

Par ailleurs, conformément à l'article 131, Docteure Monique Isler a prêté serment de discrétion ou signé un engagement à la confidentialité par lequel elle s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus lors de ces enquêtes et à ne transmettre ces renseignements que dans le cadre délimité par l'article 132 de la LSP.

Cette autorisation est valide jusqu'au 3 mars 2014.

Éric Goyer
Directeur de santé publique des Laurentides

Date : 2013-11-15

f:\saf\mado\formulaires\certificat_autorisation_exercer pouvoirs du dsp_dre monique isler_2013-11-15 au 2014-03-03.docx

Délégation de pouvoirs d'enquête du directeur de santé publique de Montréal pour Claude Cornellier, Anne Gagné, Louise De Guire et Monique Isler

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

Direction de santé publique

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Aux directrices et directeurs régionaux
de santé publique du Québec

Objet : Délégation de certains pouvoirs d'enquête suite aux déclarations d'amiantose et de mésothéliome par Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)

Docteures,
Docteurs,

Quatre personnes feront des enquêtes MADO dans le cadre du projet pilote MADO amiante (INSPQ-DSP Montréal HMR). Il s'agit des Docteures Louise De Guire et Monique Isler, ainsi que de M. Claude Cornellier et Mme Anne Gagné, ces derniers étant des infirmiers qui ont été recrutés par l'INSPQ.

La présente vise à confirmer qu'en vertu des articles 113 et 115 de la *Loi sur la santé publique*, les quatre personnes mentionnées au paragraphe précédent sont autorisées à exercer certains pouvoirs du Directeur de santé publique, en particulier :

1- Faire des enquêtes d'exposition auprès des patients ;
2- Consulter les dossiers HMR des patients ;
3- Faire des photocopies des informations pertinentes à partir des dossiers HMR.

Cette autorisation prendra fin en avril 2014 pour les deux médecins et, en juin 2015, pour les deux infirmiers.

Veuillez agréer, Docteures, Docteurs, l'expression de mes sentiments distingués.

Le directeur de santé publique,

Richard Massé, M.D.

RM/cg

c. c. D^re^ Fatiha Haouara, médecin responsable du dossier des MADO

vivre une île en santé

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santemontreal.qc.ca

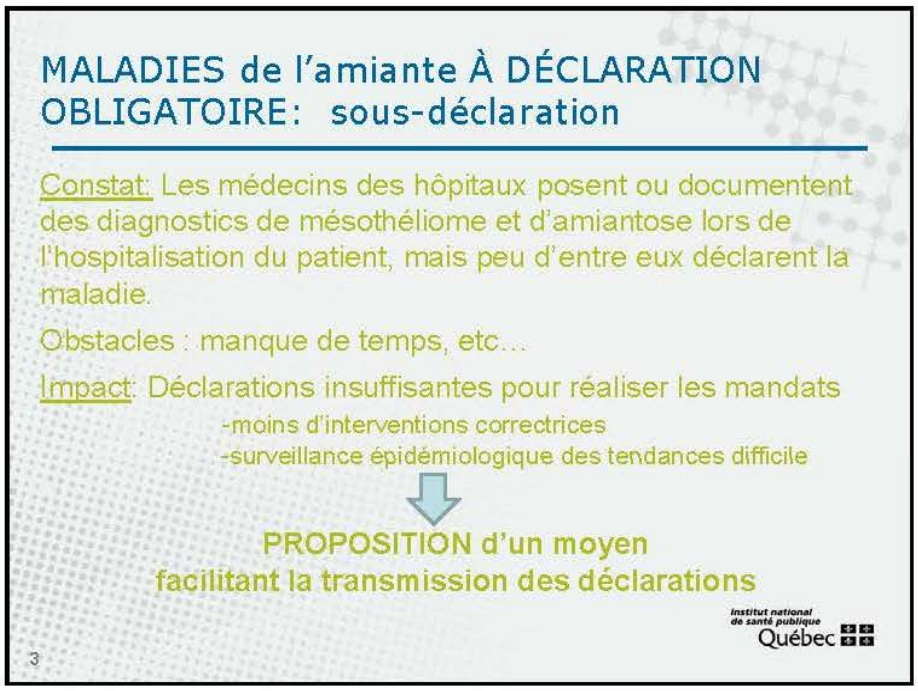
Annexe 8

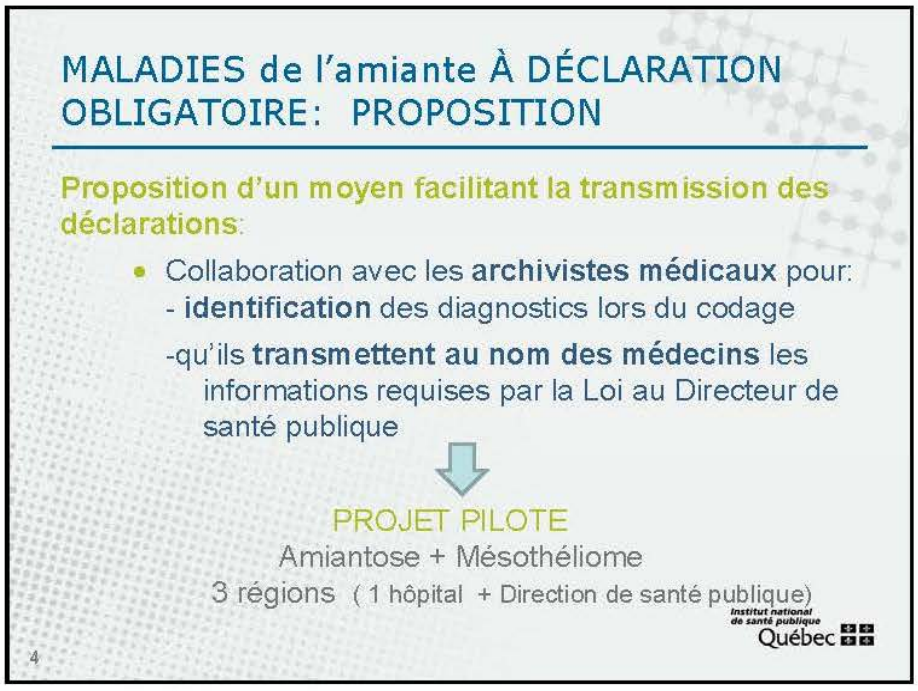
Outils pour les rencontres avec les directeurs des services professionnels et hospitaliers et avec les responsables des services des archives médicales des hôpitaux

1 Présentation du projet






MALADIES de l'amiante À DÉCLARATION OBLIGATOIRE: sous-déclaration
Constat: Les médecins des hôpitaux posent ou documentent des diagnostics de mésothéliome et d'amiantose lors de l'hospitalisation du patient, mais peu d'entre eux déclarent la maladie.
Obstacles : manque de temps, etc…
Impact: Déclarations insuffisantes pour réaliser les mandats
-moins d'interventions correctrices
-surveillance épidémiologique des tendances difficile
PROPOSITION d'un moyen facilitant la transmission des déclarations
Institut national de santé publique Québec
3


MALADIES de l'amiante À DÉCLARATION OBLIGATOIRE: PROPOSITION
Proposition d'un moyen facilitant la transmission des déclarations:
• Collaboration avec les archivistes médicaux pour:
- identification des diagnostics lors du codage
-qu'ils transmettent au nom des médecins les informations requises par la Loi au Directeur de santé publique
PROJET PILOTE
Amiantose + Mésothéliome
3 régions (1 hôpital + Direction de santé publique)
Institut national de santé publique Québec
4

Hôpital Régional de la région de l'amiante

Nombre de cas de **mésothéliome** et **d'amiantose** diagnostiqués annuellement dans cet hôpital :

Amiantose (MED-ECHO ; moyenne annuelle 2006-2008) :	29
Mésothéliomes (Fichier des tumeurs ; moyenne annuelle 2004-2006) :	3

Institut national de santé publique Québec

5

PROJET-PILOTE: Collaborations au niveau de l'hôpital:

Directeur des services professionnels:
-Appui au projet
-Procédures internes

Médecins:
-Accord pour la transmission des déclarations par les archivistes médicaux
-Informer patients

Archivistes médicaux:
-Identifier les cas
-Transmettre les informations
-Rendre disponible les dossiers pour l'intervenant de la DSP

Directeur de santé publique

Institut national de santé publique Québec

6

PROJET-PILOTE: Collaborations au niveau de l'hôpital:

Directeur général et Directeur des services professionnels:

- Appui pour réaliser le projet pilote
- Mettre en place les procédures internes nécessaires

Médecins:

- être d'accord pour que les archivistes transmettent l'information nominative selon les procédures prévues pour les MADO
- informer les patients qu'ils pourraient recevoir un appel téléphonique de la Direction de santé publique

Archivistes médicaux:

- identifier les cas d'amiantose et de mésothéliome et transmettre les informations nécessaires
- rendre disponibles les dossiers pour le personnel mandaté par le Directeur de santé publique pour la collecte d'information dans le cadre de l'enquête MADO

institut national de santé publique Québec

7

DÉROULEMENT DU PROJET-PILOTE

✓Présenter le projet, selon l'organisation de l'hôpital, à:

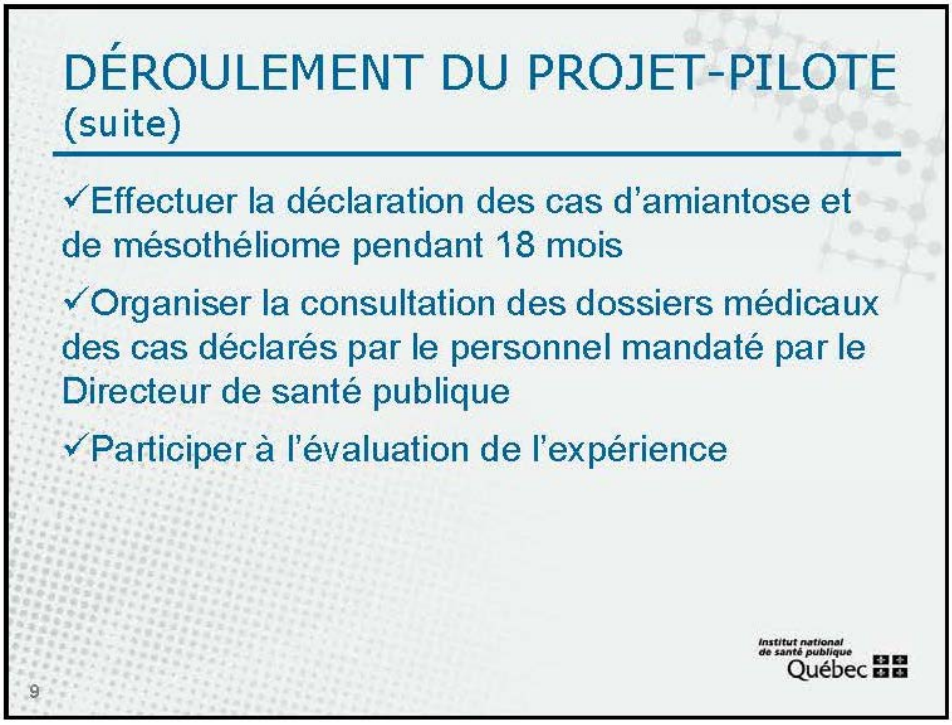
- -DG, DSPH, autres autorités pertinentes
- -exécutif du CMDP,
- -CMDP
- -médecins des services cliniques concernés
- -personnel du service des archives médicales
- -autre…

✓Mettre en place les procédures internes nécessaires à l'hôpital

✓S'entendre avec la Direction de santé publique sur les modalités de transmission des déclarations de MADO

institut national de santé publique Québec

8


DÉROULEMENT DU PROJET-PILOTE
(suite)
✓Effectuer la déclaration des cas d'amiantose et de mésothéliome pendant 18 mois
✓Organiser la consultation des dossiers médicaux des cas déclarés par le personnel mandaté par le Directeur de santé publique
✓Participer à l'évaluation de l'expérience
institut national de santé publique Québec
9

2 Document déposé résumant le projet

COLLABORATION DES MÉDECINS ET DES DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROJET PILOTE VISANT À FACILITER LA DÉCLARATION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE RELIÉES À L'AMIANTE (AMIANTOSE ET MÉSOTHÉLIOME)

Contexte de la demande :

- Depuis 2003, tous les médecins du Québec qui diagnostiquent ou qui constatent la présence de signes cliniques caractéristiques des maladies à déclaration obligatoire (MADO) identifiées au Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique chez une personne vivante ou décédée doivent les déclarer (L.R.Q, chapitre S-2.2, r.2).
- Les MADO représentent des problèmes de santé importants pour lesquels une intervention de protection en santé publique est nécessaire pour éviter la survenue d'autres cas.
- Lors de la déclaration d'une MADO, les médecins doivent transmettre des renseignements nominatifs au directeur de santé publique du territoire concerné.
- La loi autorise les médecins à lever leur devoir de confidentialité pour permettre de faire cette déclaration, afin que leur intervention auprès du patient dépasse le cadre individuel et se prolonge dans la communauté par une action de santé publique.
- À la suite de la déclaration d'un cas, le directeur de santé publique :
  - a le pouvoir de procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population pourrait être menacée, entre autres afin de vérifier la présence d'un agent constituant une menace à la santé de la population (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 96, 98),
  - peut autoriser certaines personnes à le faire en son nom (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 113),
  - fait d'abord une validation nosologique des cas déclarés aux fins de surveillance épidémiologique.
- Les résultats des enquêtes sont enregistrés dans un fichier, le système MADO-Chimique.
- L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de définir et de mettre en place un système de surveillance des expositions à l'amiante et des maladies qui y sont liées.
- Or, le **mésothéliome** et l'**amiantose** sont des MADO.
- Le système MADO-Chimique permet de surveiller ces deux maladies.
- Les données dont nous disposons révèlent que les médecins des hôpitaux posent ou documentent le diagnostic de mésothéliome et d'amiantose lors de l'hospitalisation du patient, mais que peu d'entre eux déclarent la maladie au directeur de santé publique.
- Le directeur de santé publique de votre territoire a décidé d'appuyer un projet pilote qui vise, entre autres, à augmenter la déclaration des MADO et ainsi assumer son mandat légal.
- Nous sommes conscients que, compte tenu du contexte clinique actuel, les médecins sont très sollicités par les soins aux patients. Ils ont donc peu de temps à consacrer à d'autres activités, aussi valables soient-elles. Par conséquent, le projet propose aux médecins un moyen qui permettrait de faciliter la tâche de déclarer ces MADO avec l'aide des archivistes médicaux.

Proposition d'un projet pilote :

Nous proposons aux médecins de votre hôpital qui diagnostiquent ou documentent des mésothéliomes et des amiantoses chez leurs patients un moyen de faire la déclaration de ces maladies en demandant au personnel du service des archives médicales de transmettre l'information pour ces médecins. Pour tester la faisabilité d'une telle entreprise, un projet pilote est proposé dans trois hôpitaux du Québec dont le vôtre. Dans le cadre de ce projet, les cas d'amiantose et de mésothéliome seront identifiés par les archivistes médicaux lors du codage du dossier médical et la déclaration sera transmise par eux au directeur de santé publique du territoire.

Objet de la demande au directeur général et au directeur des services professionnels hospitaliers :

Nous sollicitons l'appui du directeur général et du directeur des services professionnels hospitaliers pour permettre la mise en place d'un projet pilote dans l'hôpital visant à augmenter et à faciliter la déclaration des mésothéliomes et des amiantoses par les médecins en faisant appel à la collaboration du service des archives médicales. Les données nécessaires à la déclaration des MADO seraient extraites des dossiers ou des fichiers et transmises au directeur de santé publique du territoire concerné.

Objet de la demande aux médecins :

Nous sollicitons l'accord des médecins pour que les archivistes médicaux transmettent l'information nominative nécessaire à la déclaration des MADO au directeur de santé publique de leur territoire en leur nom.

Les autorités de santé publique responsables de réaliser les enquêtes épidémiologiques effectuées suite à la déclaration d'une MADO pourraient communiquer avec les médecins et avec leurs patients, au besoin. Les médecins devraient donc informer leurs patients qu'ils pourront être contactés par la santé publique à ce sujet.

Déroulement du projet pilote :

Une fois l'accord du directeur général et du directeur des services professionnels et hospitaliers obtenu :

- Présenter le projet pilote à l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'hôpital (ou au CMDP), aux médecins concernés et au personnel du service des archives médicales ainsi qu'à d'autres instances si jugé nécessaire, et s'assurer de leur collaboration.
- Mettre en place une procédure qui simplifiera l'intervention du personnel du service des archives médicales de l'hôpital.
- Effectuer la déclaration des cas pendant un an et demi.
- Recueillir les données nécessaires pour la classification nosologique des cas déclarés dans les dossiers médicaux (par la personne mandatée par le directeur de santé publique).
- Proposer une méthode permettant aux médecins, aux archivistes et aux autres personnes concernées de fournir un retour sur le processus.
- Faire un bref retour d'information aux médecins et aux archivistes médicaux à la fin du projet.

Coûts du projet :

Une compensation financière pourrait être versée au service des archives médicales par l'INSPQ pour le temps travaillé dans le cadre du projet si nécessaire.

Confidentialité :

La déclaration des MADO exige la communication d'information nominale. Toutes les mesures seront prises pour protéger les renseignements personnels et assurer la confidentialité des données.

3 Procédure pour la transmission des déclarations de chaque hôpital

PROCÉDURE POUR LA DÉCLARATION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MÉSOTHÉLIOME ET AMIANTOSE) À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES PAR L'HÔPITAL DE THETFORD MINES DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE 2013-2014

(Tel que convenu lors de la réunion du 16 janvier 2013 à l'Hôpital de Thetford Mines entre Madame Julie Gosselin, responsable des archives de l'Hôpital de Thetford Mines, Madame Caroline Gilbert, archiviste qui transmettra les déclarations, Dre Alice Turcot, médecin-conseil, direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, Madame Chantal Champeau, infirmière, direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, en présence de Dre Monique Isler, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec et Claude Cornellier, infirmier assigné à ce projet pour la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches.)

1. Maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	Codes CIM10
Amiantose	
▪ Pneumoconiose due à l'amiante et à d'autres fibres minérales	J61
▪ Plaque pleurale avec asbestose (amiantose)	J92.0
Mésothéliome	
▪ Mésothéliome de la plèvre	C45.0
▪ Mésothéliome du péritoine	C45.1
▪ Mésothéliome du péricarde	C45.2
▪ Mésothéliome d'autres sièges	C45.7
▪ Mésothéliome sans précision	C45.9

2. Informations minimales à transmettre lors du signalement par l'établissement

Selon la Loi sur la santé publique, plusieurs informations doivent être transmises (voir le formulaire MADO ci-joint). Toutefois, pour le projet pilote des informations minimales pourraient être transmises : Nom, prénom, NAM, le nom de la MADO (amiantose ou mésothéliome). Le personnel de la direction de santé publique viendra sur place chercher les informations complémentaires nécessaires.

3. Transmission de l'Information

Par fax sécurisé (418-839-9161) à l'intention de « l'infirmière MADO »

4. Fréquence de transmission

Transmission hebdomadaire (le lundi) des cas codés la semaine précédente

Les semaines où il n'y a pas de nouveau cas, un courriel régulier sera envoyé à Chantal Champeau, « infirmière MADO », signifiant l'absence de nouveaux cas la semaine précédente.
Chantal_Champeau@ssss.gouv.qc.ca

5. Durée du projet pilote

a. Première transmission 28 janvier 2013

b. Dernière transmission 28 juillet 2014

N.B. Après le 28 juillet 2014, l'obligation légale pour les médecins de l'Hôpital de déclarer ces cas demeure. Toutefois les modalités de ces déclarations pourraient être ajustées selon les résultats du projet pilote.

PROJET PILOTE MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE MÉSOTHÉLIOME ET AMIANTOSE

Démarche pour la déclaration des maladies à déclaration obligatoire reliées à l'amiante (mésothéliome et amiantose) à la direction de santé publique des Laurentides par le CSSS de Saint-Jérôme dans le cadre du projet pilote.

1. Maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	Codes CIM10
Amiantose	
▪ Pneumoconiose due à l'amiante et à d'autres fibres minérales	J61
▪ Plaque pleurale avec asbestose (amiantose)	J92.0
Mésothéliome	
▪ Mésothéliome de la plèvre	C45.0
▪ Mésothéliome du péritoine	C45.1
▪ Mésothéliome du péricarde	C45.2
▪ Mésothéliome d'autres sièges	C45.7
▪ Mésothéliome sans précision	C45.9

2. Informations minimales à transmettre lors du signalement par l'établissement

Selon le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique, plusieurs informations doivent être transmises[1]. Toutefois pour le projet pilote des informations minimales pourraient être transmises : **nom, prénom, NAM, adresse, numéro de téléphone, le nom de la MADO (diagnostic)**. Le personnel de la direction de santé publique viendra sur place chercher les informations complémentaires nécessaires.

3. Transmission de l'information

Par fax : 450-569-6305.

[1] Gouvernement du Québec. Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique S-2.2 r2, a.6
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R2.HTM

4. Fréquence de transmission

- Hebdomadaire, le lundi (qu'il y ait des cas ou non).
- Lorsqu'il n'y a pas de cas, un courriel sera envoyé par le service des archives à Marie-Claude Lacombe pour l'aviser de l'absence de cas.

5. Durée du projet pilote

a. Première transmission : 19 août 2013

b. Dernière transmission : 23 février 2015 (18 mois plus tard).

PROCÉDURES PROPOSÉES POUR LA DÉCLARATION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE RELIÉES À L'AMIANTE À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL PAR L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE 2014-2015

1. Maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	Codes CIM10
Amiantose	
▪ Pneumoconiose due à l'amiante et à d'autres fibres minérales	J61
▪ Plaque pleurale avec asbestose (amiantose)	J92.0
Mésothéliome	
▪ Mésothéliome de la plèvre	C45.0
▪ Mésothéliome du péritoine	C45.1
▪ Mésothéliome du péricarde	C45.2
▪ Mésothéliome d'autres sièges	C45.7
▪ Mésothéliome sans précision	C45.9

2. Informations minimales à transmettre lors du signalement par l'établissement

Selon la Loi sur la santé publique, plusieurs informations doivent être transmises (voir le formulaire MADO ci-joint). Toutefois pour le projet pilote des informations minimales pourraient être transmises : **Nom, prénom, adresse, NAM, le nom de la MADO (amiantose ou mésothéliome)**.

Le personnel de la direction de santé publique viendra sur place chercher les informations complémentaires nécessaires.

3. Transmission de l'Information

Par courrier électronique (sécurisé) au : mado.sat@santepub-mtl.qc.ca.

4. Fréquence de transmission

Hebdomadairement (le vendredi de la semaine) pour la durée du projet pilote :

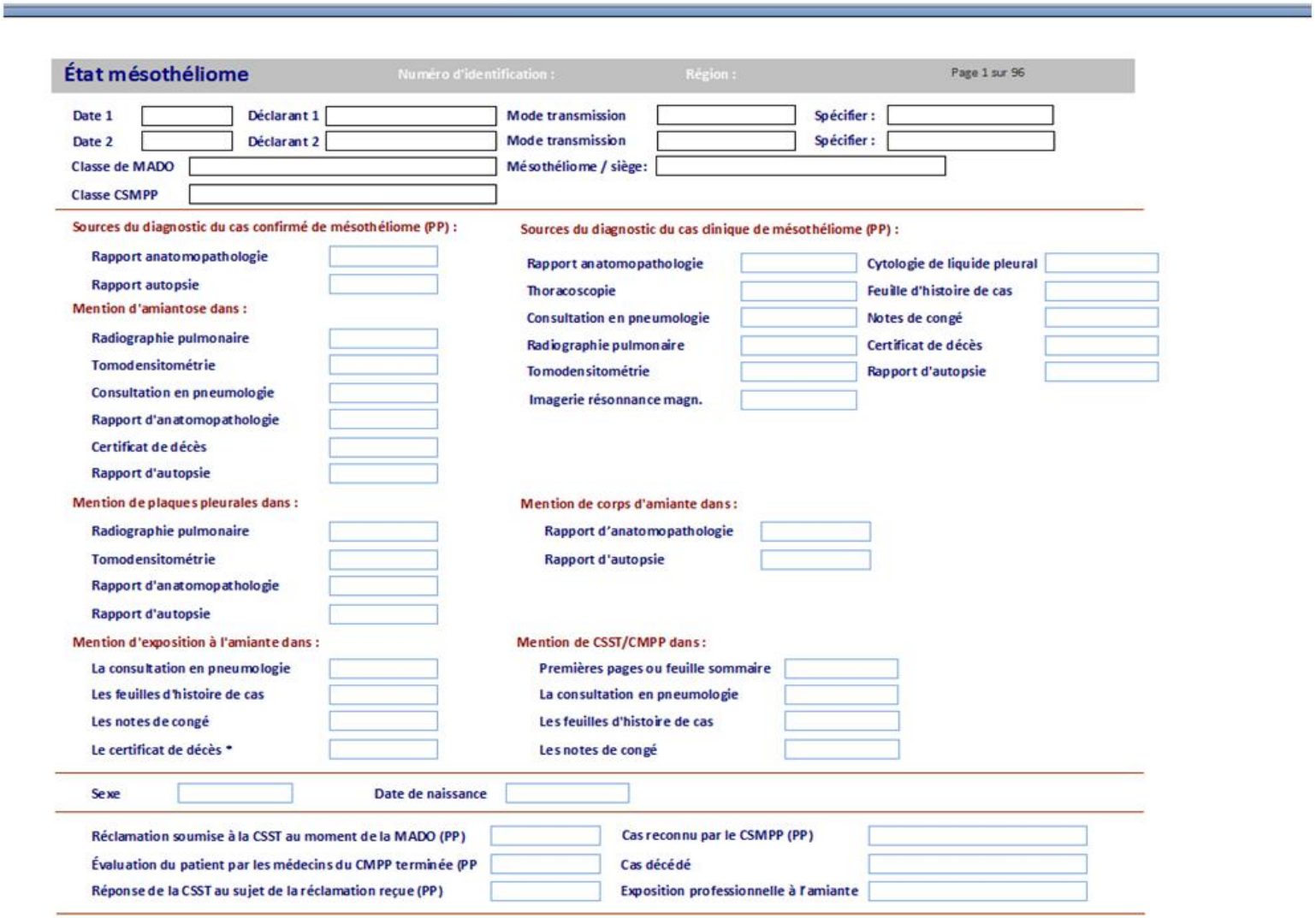
Du 17 janvier 2014 au 17 juillet 2015 inclusivement.

À noter que nous devrions recevoir un courriel par semaine même si aucun cas n'a été identifié.

Annexe 9

Écrans de saisie des données dans une base Access pour les cas d'amiantose et de mésothéliome

Formulaire Access - Mésothéliome



État mésothéliome — Numéro d'identification : — Région : — Page 1 sur 96

Date 1 — Déclarant 1 — Mode transmission — Spécifier :
Date 2 — Déclarant 2 — Mode transmission — Spécifier :
Classe de MADO — Mésothéliome / siège:
Classe CSMPP

Sources du diagnostic du cas confirmé de mésothéliome (PP) :
- Rapport anatomopathologie
- Rapport autopsie

Mention d'amiantose dans :
- Radiographie pulmonaire
- Tomodensitométrie
- Consultation en pneumologie
- Rapport d'anatomopathologie
- Certificat de décès
- Rapport d'autopsie

Mention de plaques pleurales dans :
- Radiographie pulmonaire
- Tomodensitométrie
- Rapport d'anatomopathologie
- Rapport d'autopsie

Mention d'exposition à l'amiante dans :
- La consultation en pneumologie
- Les feuilles d'histoire de cas
- Les notes de congé
- Le certificat de décès *

Sources du diagnostic du cas clinique de mésothéliome (PP) :
- Rapport anatomopathologie
- Thoracoscopie
- Consultation en pneumologie
- Radiographie pulmonaire
- Tomodensitométrie
- Imagerie résonnance magn.
- Cytologie de liquide pleural
- Feuille d'histoire de cas
- Notes de congé
- Certificat de décès
- Rapport d'autopsie

Mention de corps d'amiante dans :
- Rapport d'anatomopathologie
- Rapport d'autopsie

Mention de CSST/CMPP dans :
- Premières pages ou feuille sommaire
- La consultation en pneumologie
- Les feuilles d'histoire de cas
- Les notes de congé

Sexe — Date de naissance

- Réclamation soumise à la CSST au moment de la MADO (PP)
- Évaluation du patient par les médecins du CMPP terminée (PP
- Réponse de la CSST au sujet de la réclamation reçue (PP)
- Cas reconnu par le CSMPP (PP)
- Cas décédé
- Exposition professionnelle à l'amiante

État mésothéliome

Numéro d'identification : Région : Page 2 sur 96

Circonstance d'exposition professionnelle

Circonstance principale			
Construction, présiser		Préciser si autres	
Entretien/réparation, présicer		Préciser si autres	
Construction, entretien/réparation,		Préciser si autres	
Autres circonstances		Préciser si autres	

Édifice publique pour : Entretien/réparation

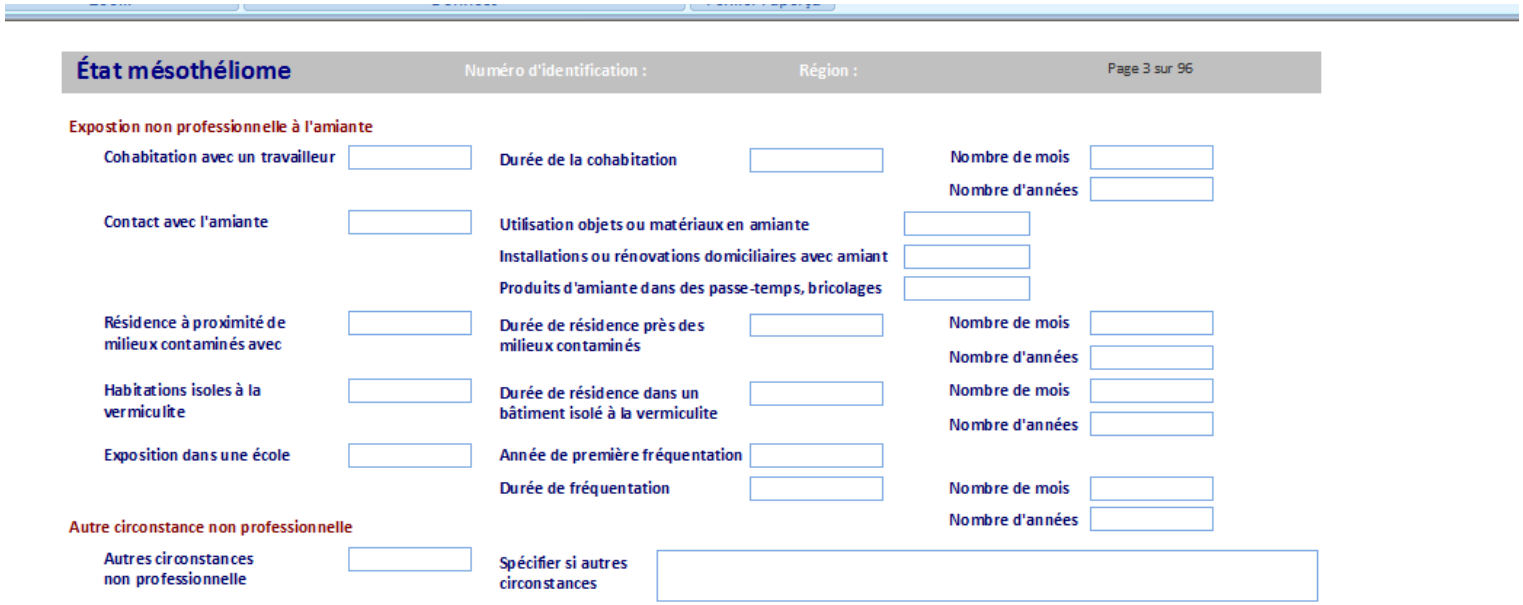
École	
Bureau	
Hôpital	
Autre	
Préciser si autre	

Édifice publique pour : Construction, entretien/réparation

École	
Bureau	
Hôpital	
Autre	
Préciser si autre	

Occupation

Occupation principale	
Métiers spécialisés	
Opérateur et conducteur	
Durée totale d'exposition professionnelle à l'amiante	
Année de début d'exposition professionnelle à l'amiante	
Mention d'exposition non professionnelle à l'amiante	



État mésothéliome Numéro d'identification : Région : Page 3 sur 96

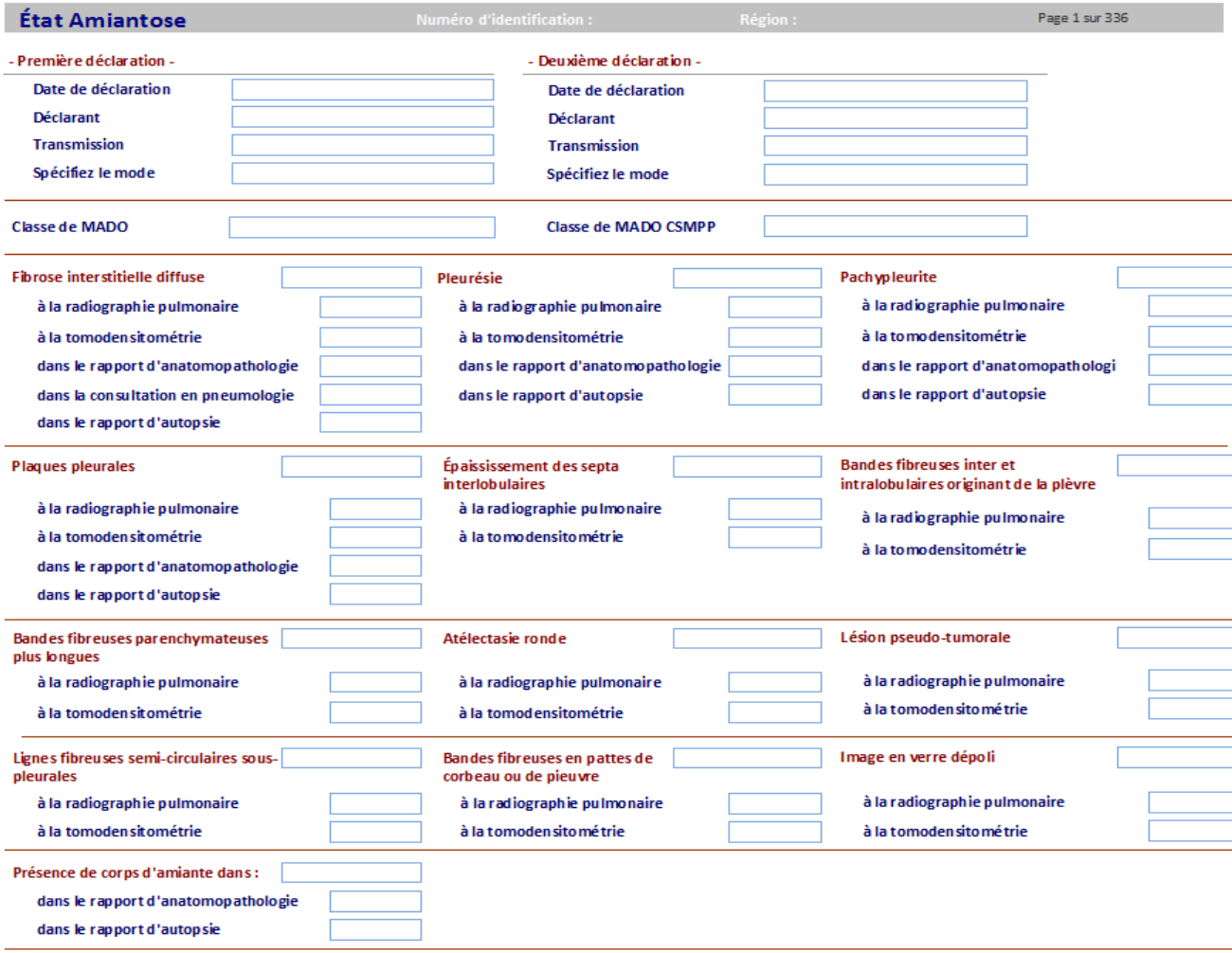
Expostion non professionnelle à l'amiante

Cohabitation avec un travailleur		Durée de la cohabitation		Nombre de mois	
				Nombre d'années	
Contact avec l'amiante		Utilisation objets ou matériaux en amiante			
		Installations ou rénovations domiciliaires avec amiant			
		Produits d'amiante dans des passe-temps, bricolages			
Résidence à proximité de milieux contaminés avec		Durée de résidence près des milieux contaminés		Nombre de mois	
				Nombre d'années	
Habitations isoles à la vermiculite		Durée de résidence dans un bâtiment isolé à la vermiculite		Nombre de mois	
				Nombre d'années	
Exposition dans une école		Année de première fréquentation			
		Durée de fréquentation		Nombre de mois	
				Nombre d'années	

Autre circonstance non professionnelle

Autres circonstances non professionnelle		Spécifier si autres circonstances	

Formulaire Access - Amiantose



État Amiantose Numéro d'identification : Région : Page 1 sur 336

- Première déclaration -

Date de déclaration
Déclarant
Transmission
Spécifiez le mode

- Deuxième déclaration -

Date de déclaration
Déclarant
Transmission
Spécifiez le mode

Classe de MADO

Classe de MADO CSMPP

Fibrose interstitielle diffuse
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie
dans le rapport d'anatomopathologie
dans la consultation en pneumologie
dans le rapport d'autopsie

Pleurésie
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie
dans le rapport d'anatomopathologie
dans le rapport d'autopsie

Pachypleurite
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie
dans le rapport d'anatomopathologi
dans le rapport d'autopsie

Plaques pleurales
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie
dans le rapport d'anatomopathologie
dans le rapport d'autopsie

Épaississement des septa interlobulaires
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Bandes fibreuses inter et intralobulaires originant de la plèvre
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Bandes fibreuses parenchymateuses plus longues
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Atélectasie ronde
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Lésion pseudo-tumorale
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Lignes fibreuses semi-circulaires sous-pleurales
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Bandes fibreuses en pattes de corbeau ou de pieuvre
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Image en verre dépoli
à la radiographie pulmonaire
à la tomodensitométrie

Présence de corps d'amiante dans :
dans le rapport d'anatomopathologie
dans le rapport d'autopsie

État Amiantose

Numéro d'identification : Région : Page 2 sur 336

Mention d'amiantose dans :

- Consultation en pneumologie
- Histoire de cas
- Notes de congé
- Certificat de décès
- Rapport d'autopsie

Mention d'exposition à l'amiante dans :

- La consultation en pneumologie
- Les feuilles d'histoire de cas
- Les notes de congé
- Le certificat de décès *

Mention de CSST/CMPP dans :

- Les premières pages ou feuille sommaire
- La consultation en pneumologie
- Les feuilles d'histoire de cas
- Les notes de congé

Sexe

Date de naissance

An premier diagnostic (PP)

- Réclamation soumise à la CSST au moment de la MADO (PP)
- Évaluation du patient par les médecins du CMPP terminée (PP)
- Réponse de la CSST au sujet de la réclamation reçue (PP)
- Cas reconnu par le CSMPP (PP)
- Cas décédé
- Exposition professionnelle à l'amiante

Circonstance d'exposition professionnelle

Circonstance principale

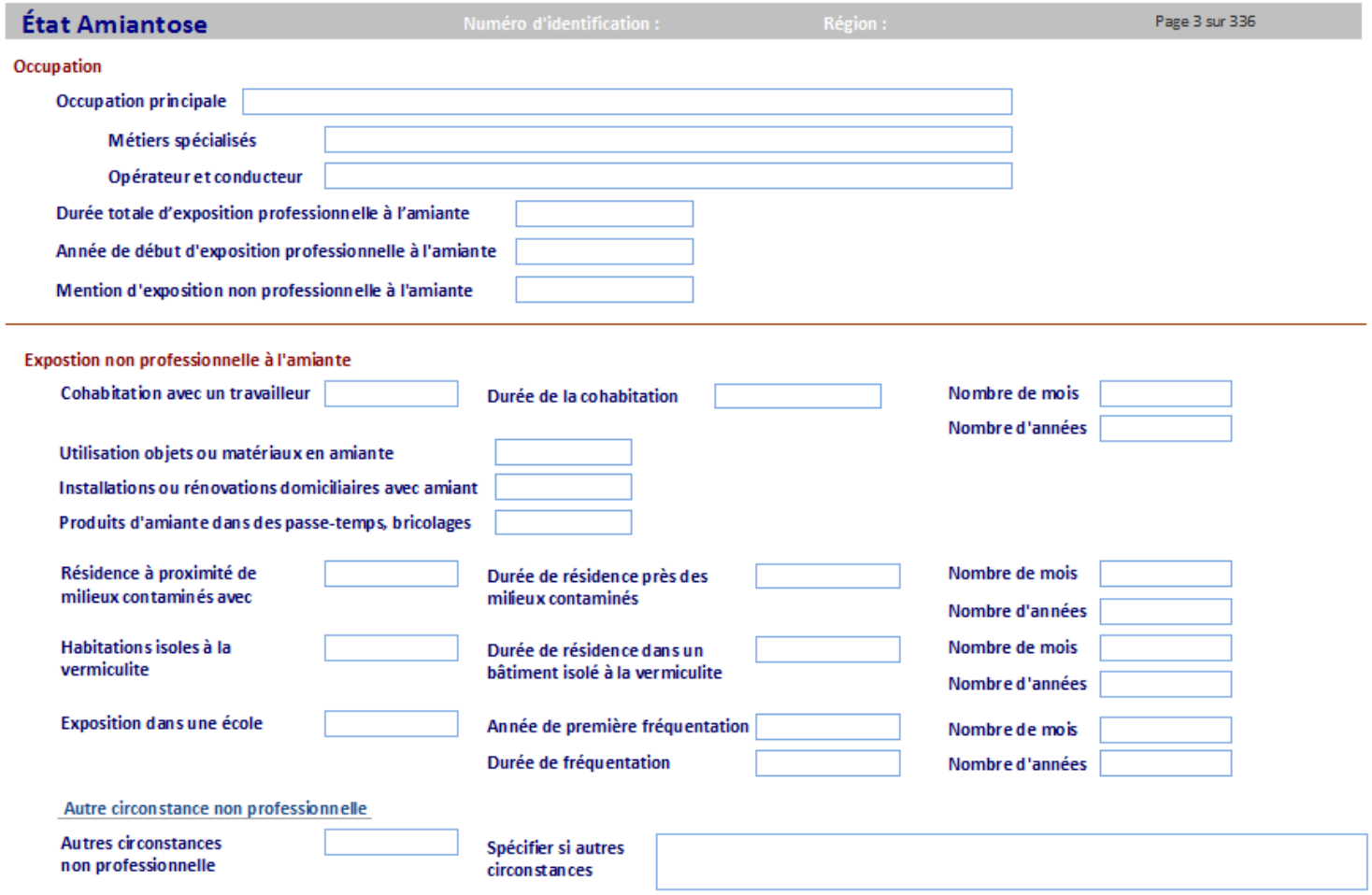
- Construction, présiser — Préciser si autres
- Entretien/réparation, présicer — Préciser si autres
- Construction, entretien/réparation, — Préciser si autres
- Autres circonstances — Préciser si autres

Édifice publique pour : Entretien/réparation

- École
- Bureau
- Hôpital
- Autre
- Préciser si autre

Édifice publique pour : Construction, entretien/réparation

- École
- Bureau
- Hôpital
- Autre
- Préciser si autre



État Amiantose Numéro d'identification : Région : Page 3 sur 336

Occupation

Occupation principale

Métiers spécialisés

Opérateur et conducteur

Durée totale d'exposition professionnelle à l'amiante

Année de début d'exposition professionnelle à l'amiante

Mention d'exposition non professionnelle à l'amiante

Expostion non professionnelle à l'amiante

Cohabitation avec un travailleur

Durée de la cohabitation

Nombre de mois

Nombre d'années

Utilisation objets ou matériaux en amiante

Installations ou rénovations domiciliaires avec amiant

Produits d'amiante dans des passe-temps, bricolages

Résidence à proximité de milieux contaminés avec

Durée de résidence près des milieux contaminés

Nombre de mois

Nombre d'années

Habitations isoles à la vermiculite

Durée de résidence dans un bâtiment isolé à la vermiculite

Nombre de mois

Nombre d'années

Exposition dans une école

Année de première fréquentation

Durée de fréquentation

Nombre de mois

Nombre d'années

Autre circonstance non professionnelle

Autres circonstances non professionnelle

Spécifier si autres circonstances

Annexe 10

Formulaire de collecte d'information dans le dossier médical pour une amiantose et guide.

Formulaire de collecte d'information dans le dossier médical pour un mésothéliome et guide

PROJET PILOTE MADO AMIANTE

Formulaire de recueil d'information dans le dossier médical – AMIANTOSE **ID____-_____**

Hôpital : _____ Date de collecte : _____ Intervenant : _____

Sexe du patient : Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu ☐ Date de naissance : _____ - ___ - ____ **DATE DE DÉCLARATION À LA DSP** : _____ -___ - ___

Année 1re mention du diagnostic : _____ **AAAA - MM – JJ** **AAAA - MM - JJ**

Éléments d'information à rechercher			**Précisions/commentaires**
Couverture/ premières pages de dossier/feuilles sommaires ☐ Présence de mention ou étampe CSST Année d'hospitalisation ____			
Feuille sommaire de l'hospitalisation liée à la déclaration Hospitalisation : de _____-___-___ à _____-___-___ AAAA MM JJ AAAA MM JJ Code CIM : ____._ Formulation textuelle du diagnostic : _____			
Feuilles sommaires de toutes les hospitalisations Année de la première mention d'amiantose_ _ _ _ Année de la première mention de pachypleurite d'amiante_ _ _ _ Année de la première mention de pleurésie d'amiante_ _ _ _ Année de la première mention de plaques pleurales _ _ _ _			
Pour les éléments suivants, indiquer l'année la plus récente où on retrouve l'élément			
Radiographies pulmonaires			
	Mention dans hospitalisation de la déclaration	Année de première mention	
Absence de rapport de RX pulmonaire	☐	☐	
Fibrose interstitielle diffuse	☐	☐ _ _ _ _	
Pleurésie	☐	☐ _ _ _ _	
Pachypleurite	☐	☐ _ _ _ _	
Plaques pleurales	☐	☐ _ _ _ _	
Épaississement des septa interlobulaires	☐	☐ _ _ _ _	

Bandes fibreuses inter et/ou intralobulaires originant de la plèvre	☐	☐ _ _ _ _	
Bandes fibreuses parenchymateuses plus longues	☐	☐ _ _ _ _	
Atélectasie ronde	☐	☐ _ _ _ _	
Lésion pseudo-tumorale	☐	☐ _ _ _ _	
Lignes fibreuses semi-circulaires sous-pleurales	☐	☐ _ _ _ _	
Bandes fibreuses en pattes de corbeau ou de pieuvre	☐	☐ _ _ _ _	
Image en verre dépoli	☐	☐ _ _ _ _	
Autre (préciser)	☐	☐ _ _ _ _	
Tomodensitométrie			
Absence de tomodensitométrie	☐	☐	
Fibrose interstitielle diffuse	☐	☐ _ _ _ _	
Pleurésie	☐	☐ _ _ _ _	
Pachypleurite	☐	☐ _ _ _ _	
Plaques pleurales	☐	☐ _ _ _ _	
Épaississement des septa interlobulaires	☐	☐ _ _ _ _	
Bandes fibreuses inter et/ou intralobulaires originant de la plèvre	☐	☐ _ _ _ _	
Bandes fibreuses parenchymateuses plus longues	☐	☐ _ _ _ _	
Atélectasie ronde	☐	☐ _ _ _ _	
Lésion pseudo-tumorale	☐	☐ _ _ _ _	
Lignes fibreuses semi-circulaires sous-pleurales	☐	☐ _ _ _ _	
Bandes fibreuses en pattes de corbeau ou de pieuvre	☐	☐ _ _ _ _	

Image en verre dépoli	☐	☐	_ _ _ _	
Autre (préciser)	☐	☐	_ _ _ _	
Anatomopathologie				
Absence de rapport	☐	☐	_ _ _ _	
Fibrose interstitielle diffuse	☐	☐	_ _ _ _	
Pachypleurite	☐	☐	_ _ _ _	
Présence de corps d'amiante	☐	☐	_ _ _ _	
Consultation en pneumologie / médecine interne				
Aucun rapport de consultation en pneumologie Mention d'amiantose Mention de fibrose interstitielle diffuse Sinon préciser_____ Mention de l'exposition à l'amiante (À préciser)_____ Mention de CSST/CMPP (À préciser)_____ Métier du patient (À préciser)_____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	 _	
*<u>Si</u> les éléments nécessaires pour documenter **l'exposition à l'amiante** et une **réclamation à la CSST** <u>n'ont pas été retrouvés</u> dans les documents précédents, les rechercher dans les feuilles d'histoire de cas et les notes de congé:*				
Feuilles d'histoire de cas	☐	☐	_ _ _ _	
Mention d'amiantose Mention de l'exposition à l'amiante (préciser)_____ Mention de CSST/CMPP (préciser)_____ Métier du patient (préciser)_____	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Notes de congé (à la fin des notes d'évolution)				
Mention d'amiantose Mention de l'exposition à l'amiante (À préciser)_____ Mention de CSST/CMPP (À préciser)_____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Si le patient est décédé :				

Certificat de décès		
☐ N/A patient vivant ☐ DCD mais absence de certificat ☐ Mention d'amiantose ☐ Mention d'autres maladies reliées à l'amiante	Année du décès : _ _ _ _	
Rapport d'autopsie		
☐ Absence de rapport d'autopsie		
☐ Amiantose		
☐ Plaques pleurales		
☐ Présence de corps d'amiante		
☐ Fibrose interstitielle diffuse		
☐ Pleurésie		
☐ Pachypleurite		

PROJET PILOTE MADO AMIANTE

Guide formulaire de recueil d'information dans le dossier médical - AMIANTOSE

1. Année 1re mention du diagnostic

À la fin de la revue du dossier, consigner ici votre meilleure estimation de l'année du premier diagnostic à la lumière de l'ensemble des éléments que vous avez retrouvés au dossier selon la procédure décrite ci-dessous.

2. Couverture ou premières pages de dossier

On recherche la mention que la CSST est impliquée (étampe CSST). Cette information pourra aider à répondre à la question « réclamation faite à la CSST au moment de la déclaration» dans l'écran de saisie). Toutefois cette information devrait être corroborée lors du questionnaire auprès du patient (NB : autres dossiers-lésions CSST possibles).

3. Feuille sommaire de l'hospitalisation liée à la déclaration

Rechercher le diagnostic déclaré par l'archiviste pour le médecin. Inscrire le code de la Classification internationale des maladies (CIM) et la formulation textuelle du diagnostic.

4. Feuilles sommaires de toutes les hospitalisations

Rechercher la première mention du diagnostic d'amiantose, de pleurésie d'amiante, de pachypleurite d'amiante ou de plaques pleurales dans les feuilles sommaires de toutes les hospitalisations. Inscrire l'année de cette feuille sommaire.

5. Rapports de radiographies pulmonaires et tomodensitométries thoraciques

Rechercher dans l'hospitalisation liée à la déclaration, les éléments permettant de préciser le diagnostic d'amiantose et l'histoire d'exposition antérieure à l'amiante (plaques pleurales). Cocher les éléments retrouvés. Vérifier l'année de la première mention de ces éléments dans les hospitalisations antérieures et l'inscrire s'il y a lieu dans la deuxième colonne. Ces éléments sont :

Fibrose interstitielle diffuse*

Pleurésie*

Pachypleurite*

Plaques pleurales (indicateur d'exposition)

Épaisissement des septa interlobulaires

Bandes fibreuses inter et/ou intralobulaires originant de la plèvre

Bandes fibreuses parenchymateuses plus longues

Atélectasie ronde

Lésion pseudo-tumorale

Lignes fibreuses semi-circulaires sous-pleurales

Bandes fibreuses en pattes de corbeau ou de pieuvre

Image en verre dépoli

* Les trois premiers éléments sont essentiels pour classifier le cas comme «cas confirmé »

6. Rapports anatomopathologiques

Rechercher dans les rapports anatomopathologiques la confirmation histologique du diagnostic, d'abord dans le dossier de l'hospitalisation la plus récente. Rechercher aussi les éléments utiles pour confirmer l'exposition (présence de corps d'amiante). Si on ne trouve pas dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les hospitalisations antérieures.

7. Consultations en pneumologie

Rechercher dans le dossier de l'hospitalisation liée à la déclaration

a. Mention du diagnostic d'amiantose et année;
b. Mention d'exposition à l'amiante ;
c. Mention de CSST/CMPP.

Si on ne la trouve pas dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les autres hospitalisations.

8. Feuilles d'histoire de cas et notes de congé (à la fin des notes d'évolution)

Si les informations concernant le diagnostic d'amiantose, l'exposition à l'amiante et la CSST ne se retrouvent pas dans les consultations en pneumologie, rechercher ces informations dans les feuilles d'histoire de cas ou dans la note de congé (à la fin des notes d'évolution) dans le dossier de l'hospitalisation liée à la déclaration. Si on ne les trouve pas dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les hospitalisations antérieures.

9. Si le patient est décédé : certificat de décès

Rechercher la mention des maladies reliées à l'amiante dans les causes de décès

10. Si le patient est décédé : rapport d'autopsie (si présent)

Rechercher les éléments permettant de confirmer le diagnostic d'amiantose et l'exposition antérieure à l'amiante (notamment par la présence de plaques pleurales ou de corps d'amiante) et la présence d'autres maladies reliées à l'amiante (pleurésie, pachypleurite).

PROJET PILOTE MADO AMIANTE

Formulaire de recueil d'information dans le dossier médical – MÉSOTHÉLIOME **ID___ - _____**

Hôpital : _____ Date de collecte : _____ Intervenant : _____

Sexe du patient : Masculin ☐ Féminin ☐ Inconnu ☐ Date de naissance : _____ - ___ -____DATE DE DÉCLARATION À LA DSP : _____-___-___

AAAA-MM-JJ **AAAA-MM – JJ**

Éléments d'information à rechercher	***Précisions/commentaires***
Couverture/premières pages de dossier/feuilles sommaires ☐ Présence de mention ou étampe CSST Année d'hospitalisation _ _ _ _	
Feuille sommaire de l'hospitalisation liée à la déclaration Hospitalisation : de _____-___-___ à _____-___-___ AAAA MM JJ AAAA MM JJ Code CIM _____ Formulation textuelle du diagnostic_____	
Feuilles sommaires de toutes les hospitalisations Année de la première mention de mésothéliome _ _ _ _	
Pour les éléments suivants, indiquer l'année <u>la plus récente</u> où on retrouve l'élément, ajouter précisions commentaires si nécessaire	
Anatomopathologie	
☐ Absence de rapport	
☐ Mésothéliome confirmé année _ _ _ _	
☐ Mésothéliome non confirmé année _ _ _ _	
☐ Amiantose année _ _ _ _	
☐ Présence de corps d'amiante année _ _ _ _	
☐ Présence de plaques pleurales année _ _ _ _	

Thoracoscopie (si absence de confirmation anatomopathologique)	
☐ Absence de rapport	
☐ Cancer de la plèvre année _ _ _ _	
Consultation en pneumologie ☐ Aucun rapport de consultation en pneumologie ☐ Mention de mésothéliome année _ _ _ _ ☐ Mention de l'exposition à l'amiante (préciser) année _ _ _ _ ☐ Mention de CSST/CMPP (préciser)____ année _ _ _ _ ☐ Métier du patient (préciser)_____ année _ _ _ _	
Radiographies pulmonaires	
☐ Absence de rapport de RX pulmonaire	
☐ Mention de mésothéliome année _ _ _ _	
☐ Mention d'amiantose année _ _ _ _	
☐ Plaques pleurales année _ _ _ _	
Tomodensitométrie	
☐ Absence de tomodensitométrie	
☐ Mention de mésothéliome année _ _ _ _	
☐ Mention d'amiantose année _ _ _ _	
☐ Plaques pleurales année _ _ _ _	
Imagerie par résonnance magnétique (IRM)	
☐ Absence de rapport d'IRM	
☐ Mention de mésothéliome année _ _ _ _	

Cytologie du liquide pleural	
☐ Absence de rapport de cytologie	
☐ Présence de cellules suspectes de néoplasie année _ _ _ _	
Si les éléments nécessaires pour documenter l'exposition à l'amiante et une réclamation à la CSST n'ont pas été retrouvés dans les documents précédents, les rechercher dans les feuilles d'histoire de cas et les notes de congé. :	
Feuilles d'histoire de cas ☐ Mention de l'exposition à l'amiante (préciser) année _ _ _ _ ☐ Mention de CSST/CMPP (préciser)_____ année _ _ _ _ ☐ Métier du patient (préciser)_____ année _ _ _ _	
Notes de congé (à la fin des notes d'évolution) ☐ Mention de l'exposition à l'amiante (préciser) année _ _ _ _ ☐ Mention de CSST/CMPP (préciser) année _ _ _ _	
Si patient décédé :	
Certificat de décès année du décès _ _ _ _ ☐ N/A ☐ DCD mais absence de certificat ☐ Mention de mésothéliome ☐ Mention d'amiantose	
Rapport d'autopsie	
☐ Absence de rapport d'autopsie	
☐ Mésothéliome ☐ confirmation histologique	
☐ Amiantose	
☐ Présence de corps d'amiante	
☐ Présence de plaques pleurales	

PROJET PILOTE MADO AMIANTE

Guide formulaire de recueil d'information dans le dossier médical - MÉSOTHÉLIOME

1. Couverture ou premières pages de dossier

On recherche une mention que la CSST est impliquée (étampe CSST). Cette information pourra aider à répondre à la question « réclamation faite à la CSST au moment de la déclaration» dans l'écran de saisie), Toutefois cette information devrait être corroborée lors du questionnaire auprès du patient (NB : autres dossiers-lésions CSST possibles).

2. Feuille sommaire de l'hospitalisation liée à la déclaration

Rechercher le diagnostic du cas transmis par l'archiviste pour le médecin. Inscrire le code de la Classification internationale des maladies (CIM) et la formulation textuelle du diagnostic.

3. Feuilles sommaires de toutes les hospitalisations

Rechercher la première mention du diagnostic de mésothéliome dans les feuilles sommaires de toutes les hospitalisations. Inscrire l'année de cette feuille sommaire.

4. Rapports anatomopathologiques

Rechercher dans les rapports anatomopathologiques la confirmation histologique du diagnostic, d'abord dans le dossier de l'hospitalisation liée à la déclaration. Rechercher aussi les éléments utiles pour confirmer l'exposition (amiantose, présence de corps d'amiante, présence de plaques pleurales). Si on ne trouve pas dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les hospitalisations antérieures.

5. Thoracoscopie (protocole opératoire)

En l'absence d'une confirmation histologique du mésothéliome dans les rapports anatopathologiques, dans le dossier de l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher une thoracoscopie et la confirmation d'un cancer de la plèvre. Si on ne la trouve pas dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les hospitalisations antérieures.

6. Consultations en pneumologie

Rechercher dans le dossier de l'hospitalisation liée à la déclaration :

a. Mention du diagnostic (si absence d'une confirmation dans les étapes ci-dessus);
b. Mention d'exposition à l'amiante;
c. Mention de CSST/CMPP.

Si on ne trouve pas de consultation en pneumologie dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les hospitalisations antérieures.

7. Rapports de radiographies pulmonaires, de tomodensitométries thoraciques et d'imagerie par résonnance magnétique

Rechercher la mention de mésothéliome et les éléments pour confirmer l'histoire d'exposition antérieure à l'amiante (plaques pleurales ou amiantose). Si on ne les trouve pas dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les hospitalisations antérieures.

8. Cytologie de liquide pleural

Rechercher la mention de cellules suspectes de néoplasie.

9. Feuilles d'histoire de cas et notes de congé (à la fin des notes d'évolution)

Si les éléments qui documentent l'exposition à l'amiante et la CSST ne se retrouvent pas dans les consultations en pneumologie, rechercher ces informations dans les feuilles d'histoire de cas ou dans la note de congé (à la fin des notes d'évolution) dans le dossier de l'hospitalisation liée à la déclaration. Si on ne les trouve pas dans l'hospitalisation liée à la déclaration, rechercher dans les autres hospitalisations.

10. Si le patient est décédé : certificat de décès

Rechercher la mention des maladies reliées à l'amiante dans les causes de décès

11. Si le patient est décédé : rapport d'autopsie (si présent)

Rechercher les éléments permettant de confirmer le diagnostic et l'exposition antérieure à l'amiante (notamment par la présence de plaques pleurales, d'amiantose ou de corps d'amiante).

Annexe 11

Caractéristiques tomodensitométriques indicatives d'amiantose

Caractéristiques tomodensitométriques indicatives de l'amiantose

Mini aperçu de littérature

Alfreda Krupoves

Avril 2013

Table des matières

Objectif

1 Stratégie de recherche bibliographique et résultats

2 Techniques de la tomodensitométrie et leur rôle dans le diagnostic de l'amiantose

3 Caractéristiques des anomalies relatives à l'exposition à l'amiante établies par la tomodensitométrie

4 Classifications des anomalies reliées à l'exposition à l'amiante

5 Conclusion

6 Références

Liste des tableaux

Tableau 1 Caractéristiques de la fibrose pulmonaire à la tomodensitométrie dans l'amiantose

Tableau 2 Caractéristiques de la fibrose pleurale (associée à l'exposition à l'amiante) à la tomodensitométrie

Tableau 3 Critères de consensus pour la fibrose pulmonaire selon Huuskonen et collab. (2001)

Tableau 4 Classification de la fibrose pulmonaire de Huuskonen et collab. (2001) légèrement modifiée par Uibu et collab. (2008)

Tableau 5 Classification des anomalies pleurales de Huuskonen et collab. (2001) légèrement modifiée par Uibu et collab (2008)

Tableau 6 Classifications des anomalies du parenchyme pulmonaire selon Gamsu et collab. (1995) et Sette et collab. (2004), extraits de Silva et collab. (2008)

Objectif

L'objectif de cette revue était d'identifier la terminologie utilisée pour décrire les anomalies présentes sur la tomodensitométrie (TDM) qui sont caractéristiques d'une amiantose.

1 Stratégie de recherche bibliographique et résultats

La combinaison des mots-clefs *CT scan* et *asbestosis* a permis de recenser 305 articles sur PubMed. En se restreignant aux articles publiés en anglais et en français entre 1989 et 2011 et en tenant compte de la pertinence du sujet, 26 articles et revues de littérature ont été retenus. L'ajout de monographies (Baert, 2008, Gauthier et collab., 2002) et de publications du *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2009) et de l'*American Thoracic Society* (ATS, 2004) a conduit à la révision d'un total de 30 documents.

L'amiantose est une fibrose pulmonaire interstitielle qui se développe à la suite d'une exposition à l'amiante (Gauthier et collab., 2002). Cette définition n'englobe pas la fibrose de la plèvre. Étant donné que des lésions de la plèvre peuvent coexister avec la fibrose pulmonaire, elles ont été incluses dans cette revue de littérature.

2 Techniques de la tomodensitométrie et leur rôle dans le diagnostic de l'amiantose

Au niveau des techniques tomodensitométriques, on distingue la TDM ordinaire et celle de haute résolution (TDMHR). Les techniques de la TDM ont évolué considérablement depuis 2000. Par exemple, l'introduction d'un scanneur multibarrettes avec un temps de rotation accéléré, qui permet une prise simultanée de quatre à 320 coupes, a révolutionné l'imagerie thoracique. Cette technologie (TDMHR volumique [TDMHRV]) permet d'acquérir des images de haute résolution de l'ensemble du thorax en quelques secondes (Boiselle et collab., 2005).

La TDM, et surtout la TDMHR, est un outil supérieur à la radiographie pour ce qui est de la détection des lésions du parenchyme, des atélectasies rondes et des plaques pleurales (Baert, 2008; NIOSH, 2009; ATS, 2004). Elle permet notamment la détection de plaques pleurales situées dans les régions para-vertébrales (Kishimoto et collab., 2000). La TDM ordinaire a été remplacée par la TDMHR, car celle-ci est plus sensible pour détecter la fibrose du parenchyme. La TDMHR permet de détecter les stades précoces de l'amiantose chez les sujets ayant été exposés de manière importante à l'amiante (plus que 25 f/ml-années), avec une radiographie considérée normale (Paris, 2004). La TDMHR est aussi plus utile pour résoudre les désaccords entre les observateurs lors de l'interprétation des radiographies conventionnelles. Cependant, la variabilité d'interprétation des résultats obtenus en utilisant la TDM (prise ici dans son sens général) peut être importante, particulièrement pour les anomalies pleurales dues à l'exposition à l'amiante. Ainsi, Letourneux et collab. (2007) constatent que la TDM[2] révèle des anomalies pouvant provoquer des discordances diagnostiques importantes (variabilité interobservateur), dues à l'absence de référence tomodensitométrique dans les populations avérées exemptes de toute exposition à l'amiante. Par contre, lorsque les résultats obtenus à l'aide la TDMHR sont interprétés par des lecteurs expérimentés, la concordance entre les observateurs est meilleure que celle qui est observée lors de l'interprétation de la radiographie traditionnelle (NIOSH, 2009).

[2] Cette source ne précise pas de quelle technique de TDM il s'agit (TDM ordinaire ou TDMHR), apparemment il s'agit de la TDM en général

Sur le plan du diagnostic différentiel, la TDMHR est jugée essentielle afin de différencier la destruction emphysémateuse des changements interstitiels périphériques dus à l'amiantose. Akira et collab. (2008) ont montré qu'il est possible de distinguer la fibrose pulmonaire idiopathique de l'amiantose. La fibrose de l'amiantose se situe au centre du lobule, alors que la fibrose idiopathique est plus diffuse et entraîne des bronchiolectasies. La TDMHR permet également de distinguer avec plus de sensibilité les aspects nodulaires de la plèvre qui sont suggestifs de processus malins (Schuhmann et collab., 2011).

La dose d'irradiation liée à la TDM ou à la TDMHR est dépendante des paramètres d'exploration (Ferretti, 2011). Les performances des tomodensitomètres multibarrettes permettent d'utiliser de basses doses d'irradiation sans altérer les performances diagnostiques (Michel et collab., 1999; Remy-Jardin et collab., 2004). Cette dose reste cependant plus importante que celle d'une radiographie thoracique (de dix à 100 fois supérieure). Le risque de cancer bronchique relié à une telle dose serait égal à 0,06 % (Brenner, 2004 cité par Ferretti, 2011).

Les modalités des paramètres techniques optimaux pour la détection des pneumoconioses varient entre les études. Beigelman-Aubry et collab. (2007), les auteurs d'un atlas des pathologies bénignes de l'amiante, recommandent l'utilisation d'un tomodensitomètre volumique de 16 coupes ou plus. La position en décubitus (position couchée sur le dos) et en procubitus (position couchée sur le ventre) qui permet d'éliminer des images de gravitodépendance, ainsi que la prise d'images en coupes millimétriques, sont essentiels. Dans le contexte de la surveillance des pneumoconioses professionnelles, NIOSH recommande la procédure développée par Kraus et collab. (1996), avec une légère modification, soit la diminution de la dose d'irradiation et l'augmentation de l'étendue de la prise d'images en procubitus pour le balayage du poumon au complet et non seulement pour certaines de ses parties. NIOSH souligne cependant que la standardisation des critères diagnostiques de la TDMHR, ainsi que la validation de la TDM par rapport à l'histologie des lésions pulmonaires s'imposent avant que la TDM soit utilisée couramment. Le cout de la TDM environ six fois plus élevé par rapport à une radiographie habituelle serait une autre limite à une utilisation plus répandue de cette technique d'imagerie.

3 Caractéristiques des anomalies relatives à l'exposition à l'amiante établies par la tomodensitométrie

Webb et collab. (1993) ont défini un glossaire de termes pour la description des résultats de la TDMHR chez les patients atteints de pneumoconiose. Ce glossaire comprend les anomalies suivantes :

(1) kyste
(2) emphysème
(3) opacité en verre dépoli [*ground-glass opacity*]
(4) « rayon de miel »
(5) épaississement interstitiel interlobulaire [*interlobular interstitial thickening*]
(6) épaississement interstitiel intralobulaire [*intralobular interstitial thickening*]
(7) nodule
(8) réticulation
(9) consolidation.

Selon Blum et collab. (2008), la TDMHR permet d'identifier les anomalies suivantes du parenchyme chez les personnes présentant une amiantose :

(1) ligne intralobulaire épaissie [*thickened intralobular lines*]
(2) ligne interlobulaire épaissie [*thickened interlobular lines*]
(3) bande fibreuse parenchymateuse [*parenchymal fibrous bands*]
(4) opacité (ombre) sous-pleurale curviligne [*subpleural curvilinear shadows*]
(5) opacité d'origine pleurale [*pleural-based opacities*]
(6) image en verre dépoli [*ground glass patterns*]
(7) bronchiectasie de traction [*traction bronchiectasis*]
(8) rayon de miel [*honeycombing*].

Les principales anomalies de la plèvre, retrouvées sur la TDM ou la TDMHR sont les épaississements pleuraux diffus, les plaques pleurales et les atélectasies rondes (Aberle et Balmes, 1991; Chapman et collab., 2003).

Les plaques pleurales sont considérées des marqueurs de l'exposition à l'amiante (Lilis et collab., 1988; Rogan et collab., 1987 cités par ATS, 2004), surtout quand elles sont bilatérales et calcifiées (Gevenois et collab., 1998). Paris et collab. (2008) ont conduit une étude avec l'objectif d'explorer les facteurs de prédiction des plaques pleurales en utilisant la TDMHR en tant qu'outil de diagnostic. Ils ont montré l'existence d'une forte relation entre l'exposition à l'amiante (définie en termes de temps écoulé depuis la première exposition, mais non en termes de durée d'exposition) et les plaques pleurales. Selon l'*American Thoracic Society*, par contre, l'ampleur des plaques pleurales serait inutile pour l'estimation de la dose d'exposition (Van Cleemput J. et collab., 2001 cité par ATS, 2004).

L'atélectasie ronde est un indicateur non spécifique de l'exposition à l'amiante car elle peut indiquer une inflammation pleurale due à une tuberculose, un trauma, un infarctus pulmonaire, etc. (ATS, 2004).

Trois types des signes liés à l'exposition à l'amiante, semblables à ceux ci-haut mentionnés, ont été retrouvés en utilisant la TDM dans une étude menée en Belgique (Gevenois et collab., 1998) :

1. des lignes septales et intralobulaires et une image en « rayon de miel » correspondant à une fibrose pulmonaire,
2. des plaques pleurales correspondant à une fibrose de la plèvre pariétale,
3. des épaississements pleuraux diffus, des atélectasies rondes et des bandes parenchymateuses correspondant à une fibrose de la plèvre viscérale.

Beigelman-Aubry et collab. (2007) ont émis des recommandations sur l'interprétation des anomalies parenchymateuses et pleurales bénignes reliées à l'amiante. Ces auteurs distinguent trois catégories de résultats : l'absence d'amiantose, une image interstitielle indéterminée et une amiantose probable. Une amiantose est probable :

- lorsqu'il existe plusieurs types d'anomalies (voir les sections du tableau 1 qui résument l'article de Beigelman-Aubry) de topographie évocatrice présentes sur plus d'un niveau anatomique de référence[3], non dispersées et bilatérales **ou** présentes sur un seul des trois niveaux, mais d'une épaisseur supérieure à 1 cm de parenchyme,

[3] Niveaux de référence sur lesquels on évalue l'étendue et la hauteur des anomalies parenchymateuses : carène, veines pulmonaires inférieures, culs-de-sac pleuraux.

- lorsqu'un aspect en « rayon de miel » est bien défini sur au moins un des trois niveaux de coupes avec une localisation prédominante postéro-basale.

Tableau 1 Caractéristiques de la fibrose pulmonaire à la tomodensitométrie dans l'amiantose

	Anomalie	Référence	Technique utilisée/recommandée
Localisation dans le parenchyme pulmonaire[a]	**Micronodules** centrolobulaires et **opacités branchées**[b] de topographie sous-pleurale (*subpleural dots*). **Opacités irrégulières**	Beigelman-Aubry et collab., 2007 Huuskonen et collab., 2001	Coupes d'épaisseur ≤ 1mm
	Lignes septales et intralobulaires, **« rayon de miel**[c] **» lignes courbées sous-pleurales**, parallèles à la plèvre, à quelques millimètres de celle-ci	Gevenois et collab., 1998	
		American Thoracic Society, 2004	TDMHR, coupes avec des intervalles de 2 cm, Position en procubitus[d]
		Beigelman-Aubry et collab., 2007	Coupes d'épaisseur millimétrique, les anomalies devant persister en procubitus
	Épaississements des septas et des scissures interlobulaires	American Thoracic Society, 2004	TDMHR, coupes avec des intervalles de 2 cm
	Hyperdensités en **verre dépoli** n'effaçant pas les structures vasculaires; **hyperdensités à type de condensations** avec **fréquentes bronchiectasies de traction interne**	Beigelman-Aubry et collab., 2007	Coupes d'épaisseur ≤ 1mm
	Images **en « rayon de miel »,** s'exprimant sous la forme d'images kystiques en réseau disposées en plusieurs couches successives, de quelques millimètres à **1 cm** de diamètre, séparées par des parois à bords nets **et** s'accompagnant de **bronchiectasies** ou de **bronchiolectasies de traction**	Beigelman-Aubry et collab., 2007 Huuskonen et collab., 2001	Coupes d'épaisseur ≤ 1mm

[a] Une topographie sous-pleurale postérieure et basale est un caractère essentiel, les anomalies devant persister en procubitus (Beigelman-Aubry et collab., 2007).

[b] Considérés comme les images les plus précoces

[c] Signe de fibrose avancée.

[d] Position couchée sur le ventre

Les anomalies telles que les bandes parenchymateuses, les images en pied de corneille et les atélectasies par enroulement sont reconnues d'origine pleurale malgré leur siège pulmonaire (tableau 2).

L'*American Thoracic Society* (2004), en s'appuyant sur Gevenois et collab. (1998), Webb et collab. (1993) et Staples et collab. (1989), énumère les lésions suivantes détectables à la TDM ou à la TDMHR :

1. des images en « rayon de miel », des épaississements des septas et des scissures interlobulaires correspondant à une fibrose pulmonaire,
2. des épaississements pleuraux diffus, des bandes parenchymateuses et des atélectasies rondes correspondant à une fibrose de la plèvre viscérale,
3. des plaques pleurales.

Tableau 2 Caractéristiques de la fibrose pleurale (associée à l'exposition à l'amiante) à la tomodensitométrie

	Caractéristique (élément)	Référence	Technique utilisée/recommandée
Plèvre pariétale	**Plaques** pleurales	Gevenois et collab., 1998 Aberle et Balmes, 1991 Chapman et collab., 2003	
		American Thoracic Society, 2004	TDMHR, coupes avec des intervalles de 2 cm
	Épaisseur des plaques < 1 cm	Feretti, 2011	TDMHR
	Définition « Présence d'une surélévation quadrangulaire en plateau, de densité tissulaire, parfois calcifiée, soulevant l'interface pleuro-parenchymateuse de façon nette et abrupte. Lorsqu'elle est de siège postérieur, cette image doit persister en procubitus »	Beigelman-Aubry et collab., 2007	Les images doivent être interprétées sur des coupes d'épaisseur millimétrique ou inframillimétrique en fenêtre du médiastin
Plèvre viscérale	**Épaississement** pleural diffus, **atélectasie ronde** et **bandes parenchymateuses**	Gevenois et collab., 1998 Aberle et Balmes, 1991 Chapman, Cookson, Musk et Lee, 2003 American Thoracic Society, 2004 Beigelman-Aubry et collab., 2007	Les images doivent être interprétées sur des coupes d'épaisseur millimétrique ou inframillimétrique en fenêtre du médiastin
	Densités (images) en pied de corneille **Atélectasie ronde (ou par enroulement)**	Beigelman-Aubry et collab., 2007	

4 Classifications des anomalies reliées à l'exposition à l'amiante

Malgré qu'il y ait quelques études (Gamsu et collab., 1995; Huuskonen et collab., 2001; Jarad et collab., 1992; Sette et collab., 2004) décrivant les critères de fibrose repérables à la TDM, il n'existe pas encore de système standardisé de classification des anomalies liées à l'exposition à l'amiante. Cependant, dans le contexte de la prise de décision concernant l'indemnisation des travailleurs, il a

été jugé important de standardiser la technique et l'interprétation des examens d'imagerie (Letourneux et collab., 2007).

Une classification des résultats de la TDMHR semblable à la classification des résultats de la radiographie thoracique élaborée par le Bureau International du Travail, a été proposée par Jarrad et collab. (1992), mais elle n'a pas été adoptée au niveau international, pas plus que la classification élaborée par Huuskonen et collab. (2001). Cette dernière classification des anomalies pleurales et de la fibrose pulmonaire distingue cinq classes de fibrose (0 à V), allant de résultats normaux jusqu'à une fibrose sévère (Huuskonen et collab., 2001). Selon ces derniers, les kystes en « rayon de miel » (honeycomb cysts) sont suffisants pour établir la présence de fibrose interstitielle et une fibrose modérée se caractérise par la présence obligatoire de « rayon de miel ». Le classement du résultat d'une TDM ou d'une TDMHR dans les catégories allant de I/II (le point de découpage ([*cut-off*]) à V est un signe d'amiantose (tableau 3).

Par la suite, un groupe d'experts français a émis des recommandations sur l'interprétation des signes d'amiantose sous forme d'atlas (Beigelman-Aubry et collab., 2007). En 2008, Uibu et collab. (2008) ont légèrement modifié la classification de Husskonen (tableaux 4 et 5). En 2009, des auteurs japonais (Suganuma et collab., 2009) ont proposé une classification des résultats de la TDMHR en se basant sur une classification élaborée par des chercheurs allemands (Kraus et collab., 1997). Enfin, deux autres exemples de classification sont présentés au tableau 6.

Tableau 3 Critères de consensus pour la fibrose pulmonaire selon Huuskonen et collab. (2001)

Interstitial fibrosis	***Criterion***
Sufficient criterion	*Honeycomb cysts*
Other fibrosis criteria	*Subpleural irregular opacities* *Septal lines* *Curvilinear opacities* *Subpleural ground glass opacity* *Parenchymal bands*
Other abnormalities (possibly related to asbestos exposure)	*Rounded atelectasis, adhesions, thickening of interlobar fissures, vessel or bronchial walls*
Fibrosis classes	
Class 0 (Normal)	*Normal finding by all criteria*
Class I (Subnormal findings)	*1-2 criteria sporadically in the lung periphery; no honeycombing*
Class II (Mild fibrosis)	*At least 2 criteria on both sides and in several slices in the lung periphery (distinct unilateral changes or numerous other changes in exceptional cases); no honeycombing*
Class III (Moderate fibrosis)	*Several criteria, which extend deeper into the lung than in class 2; honeycombing as a general rule*
Class IV (Severe fibrosis)	*Several criteria or associated findings extending deep into the lung; honeycombing; lung architectural change*
Class V (Extreme fibrosis)	*Extreme severe and various fibrotic changes; little normally aerated lung left*

Tableau 4 Classification de la fibrose pulmonaire de Huuskonen et collab. (2001) légèrement modifiée par Uibu et collab. (2008)

Assessed abnormalities
Subpleural nodules/irregular opacities
Septal lines (5 per lung on a slice on at least 2 slices)
Curvilinear opacities on at least on 1 slice
Intralobular fibrosis on at least on 2 slices
Parenchymal bands on at least on 2 slices
Honeycombing

Fibrosis Classes		*Description*
0	*Normal*	*Normal finding by all criteria*
1	*Subnormal*	*1-2 criteria, no honeycombing*
2	*Mild fibrosis*	*At least 2 criteria on both sides in several slices, no honeycombing*
3	*Moderate fibrosis*	*Several criteria on at least 5 slices or extending deep into the lung; no honeycombing*
4	*Severe fibrosis*	*Several criteria as in class 3 and honeycombing; lung architectural change*
5	*Extreme fibrosis*	*Extremely severe and various fibrotic changes, little normally aerated lung left*

Tableau 5 Classification des anomalies pleurales de Huuskonen et collab. (2001) légèrement modifiée par Uibu et collab (2008)

Class	*Description*
Parietal pleural plaques	
0	*Normal finding*
1	*Subnormal finding, plaques suspected or unilateral plaques*
2	*Bilateral plaques on less than half of the slices*
3	*Bilateral plaques on at least half of the slices*
4	*Bilateral plaques on at least two-thirds of the slices*
5	*Bilateral plaques exceeding 50 % of the total pleural area*
Diffuse pleural thickening	
0	*Normal finding*
1	*Unilateral pleural thickening of <5 mm*
2	*Bilateral pleural thickening of <5 mm*
3	*Uni- or bilateral pleural thickening of ≥5 mm*

Tableau 6 Classifications des anomalies du parenchyme pulmonaire selon Gamsu et collab. (1995) et Sette et collab. (2004), extraits de Silva et collab. (2008)

Gamsu et collab. (1995)	
Grade 0	*Normal*
Grade 1	*Few sites (1 to 4) of interstitial abnormality unlikely to represent diffuse interstitial fibrosis*
Grade 2	*Multifocal abnormalities that are limited in extent (but in both hemithoraces) or occur in at least 2 levels in 1 hemithorax and are consistent with asbestosis*
Grade 3	*Profuse bilateral interstitial abnormalities visible at multiples sites and on several levels*
Sette et collab. (2004)	
	Abnormalities
	A) interstitial lines owing to thickening of the interlobular septa and centrilobular core structures *B) parenchymal bands* *C) subpleural curvilinear opacities* *D) honeycombing* *E) subpleural nodules (centrilobularsmall dotlike or branching opacities located predominantly or exclusively in the subpleural lobules of the posterior regions of the lower lobes)* *F) architectural distortions*
Group A	*Extent and/or severity grade I*
Group B	*Extent and/or severity grade II; 2 or fewer abnormalities*
Group C	*Extent and/or severity grade III; 3 or fewer abnormalities*
Group D	*Extent and/or severity grade II; 3 or more abnormalities*
Group E	*Extent and/or severity grade III; 4 or more abnormalities*

5 Conclusion

Les techniques de la TDM ont évolué considérablement pendant la dernière décennie. Cependant le choix des constantes radiologiques est indispensable afin de limiter la dose d'irradiation sans altérer la qualité des images. L'utilisation de la TDMHR à titre d'outil d'aide au diagnostic de l'amiantose dans le cadre du suivi post-professionnel des sujets exposés à l'amiante est préconisée par deux sources principales : l'une française (groupe d'experts ayant émis des recommandations concernant la TDM thoracique (Beigelman-Aubry et collab., 2007) et l'autre américaine (*American Thoracic Society*, 2004). Bien que la TDMHR soit plus spécifique et plus sensible que la radiographie thoracique, la reconnaissance des signes précoces de l'amiantose est l'objet d'une variabilité interobservateur nécessitant la mise au point de critères quantifiés. Le coût plus élevé et la dose d'irradiation plus importante que ceux de la radiographie ordinaire, ainsi que le manque de validation des anomalies par rapport aux critères histologiques, à l'histoire naturelle de la maladie et à la physiologie sont des limites à une utilisation de cette technique dans le dépistage des pneumoconioses (NIOSH, 2009).

Même si le classement des niveaux de fibrose diffère entre les études, des éléments communs, caractéristiques d'une amiantose et des autres anomalies dues à l'exposition à l'amiante, sont

identifiables par la TDM ou la TDMHR. De plus, il existe une forte concordance quant aux éléments communs entre les différentes sources (les études européennes et américaines).

La présence de plaques pleurales peut apporter des arguments en faveur du diagnostic d'une amiantose, mais une amiantose peut être présente en l'absence de plaques.

6 Références

Aberle DR, Balmes JR. Computed tomography of asbestos-related pulmonary parenchymal and pleural diseases. Clin Chest Med 1991; 12: 115-31.

Akira M. Imaging of occupational and environmental lung diseases. Clin Chest Med 2008; 29: 117-31.

American Thoracic Society. Diagnosis and initial management of nonmalignant diseases related to asbestos. Am J Respir Crit Care Med 2004; 170: 691-715.

Baert AL. Encyclopedia of diagnostic imaging. Berlin: Springer; 2008.

Beigelman-Aubry C, Ferretti G, Mompoint D, Ameille J, Letourneux M, Frija J et collab. Amiante – Atlas iconographique tomodensitométrique des pathologies bénignes de l'amiante. J Radiol 2007; 88: 845-62.

Blum T, Kollmeier J, Ott S, Serke M, Schonfeld N, Bauer T. Computed tomography for diagnosis and grading of dust-induced occupational lung disease. Curr Opin Pulm Med 2008; 14: 135-40.

Boiselle PM, Lee KS, Ernst A. Multidetector CT of the central airways. J Thorac Imaging 2005; 20: 186-95.

Chapman SJ, Cookson WO, Musk AW, Lee YC. Benign asbestos pleural diseases. Curr Opin Pulm Med 2003; 9: 266-71.

Ferretti G. Exposition à l'amiante: la radiographie et la tomodensitométrie thoracique. J Radiol 2011; 92: 450-60.

Gamsu G, Salmon CJ, Warnock ML, Blanc PD. CT quantification of interstitial fibrosis in patients with asbestosis: a comparison of two methods. AJR Am J Roentgenol 1995; 164: 63-8.

Gauthier JJ, Ostiguy G, Malo JL, Cormier Y. Maladies pulmonaires professionnelles et environnementales. Dans : Gauthier JJ, Bolduc P, Cormier Y, Nadeau P, rédacteurs. Pneumologie clinique, 2e éd. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 2002. p. 577-607.

Gevenois PA, de Maertelaer V, Madani A, Winant C, Sergent G, De Vuyst P. Asbestosis, pleural plaques and diffuse pleural thickening: three distinct benign responses to asbestos exposure. Eur Respir J 1998; 11: 1021-7.

Huuskonen O, Kivisaari L, Zitting A, Taskinen K, Tossavainen A, Vehmas T. High-resolution computed tomography classification of lung fibrosis for patients with asbestos-related disease. Scand J Work Environ Health 2001; 27: 106-12.

Jarad NA, Wilkinson P, Pearson MC, Rudd RM. A new high resolution computed tomography scoring system for pulmonary fibrosis, pleural disease, and emphysema in patients with asbestos related disease. Br J Ind Med 1992; 49: 73-84.

Kishimoto T, Morinaga K, Kira S. The prevalence of pleural plaques and/or pulmonary changes among construction workers in Okayama, Japan. Am J Ind Med 2000; 37: 291-5.

Kraus T, Raithel HJ, Hering KG. Evaluation and classification of high-resolution computed tomographic findings in patients with pneumoconiosis. Int Arch Occup Environ Health 1996; 68: 249-54.

Kraus T, Raithel HJ, Lehnert G. Computer-assisted classification system for chest X-ray and computed tomography findings in occupational lung disease. Int Arch Occup Environ Health 1997; 69: 482-6.

Letourneux M, Paris C, Pommier De Santi P, Clin B, Marquignon MF, Galateau-Sallé F. Affections pleuropumonaires bénignes liées à l'amiante. Rev Mal Respir 2007; 24: 1299-313.

Michel JL, Catilina P, Laubignat JF, Gabrillargues D. Existe-t-il des critères permettant de sélectionner les sujets exposés à l'amiante qui relèvent d'une TDM thoracique de dépistage? J Radiol 1999; 80: 141-5.

NIOSH. Proceedings of the scientific workshop the NIOSH B reader certification program: looking to the future. 2009 [Consulté le 1 novembre 2012]. Disponible à l'adresse Internet: http://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-140/pdfs/2009-140.pdf.

Paris C, Benichou J, Raffaelli C, Genevois A, Fournier L, Menard G et collab. Factors associated with early-stage pulmonary fibrosis as determined by high-resolution computed tomography among persons occupationally exposed to asbestos. Scand J Work Environ Health 2004; 30: 206-14.

Paris C, Martin A, Letourneux M, Wild P. Modelling prevalence and incidence of fibrosis and pleural plaques in asbestos-exposed populations for screening and follow-up: a cross-sectional study. Environ Health 2008; 7: 30.

Remy-Jardin M, Sobaszek A, Duhamel A, Mastora I, Zanetti C, Remy J. Asbestos-related pleuropulmonary diseases: evaluation with low-dose four-detector row spiral CT. Radiology 2004; 233: 182-90.

Schuhmann M, Brims F, O'Reilly K. Asbestos-related lung disease: an update. Clinical Pulmonary Medicine 2011; 18: 265-73.

Sette A, Neder JA, Nery LE, Kavakama J, Rodrigues RT, Terra-Filho M et collab. Thin-section CT abnormalities and pulmonary gas exchange impairment in workers exposed to asbestos. Radiology 2004; 232: 66-74.

Silva CI, Muller NL, Neder JA, Nogueira CR, Napolis LM, Terra-Filho M et collab. Asbestos-related disease: progression of parenchymal abnormalities on high-resolution CT. J Thorac Imaging 2008; 23: 251-7.

Staples CA, Gamsu G, Ray CS, Webb WR. High resolution computed tomography and lung function in asbestos-exposed workers with normal chest radiographs. Am Rev Respir Dis 1989; 139: 1502-8.

Suganuma N, Kusaka Y, Hering KG, Vehmas T, Kraus T, Arakawa H et collab. Reliability of the proposed international classification of high-resolution computed tomography for occupational and environmental respiratory diseases. J Occup Health 2009; 51: 210-22.

Uibu T, Jarvenpaa R, Hakomaki J, Auvinen A, Honkanen E, Metsarinne K et collab. Asbestos-related pleural and lung fibrosis in patients with retroperitoneal fibrosis. Orphanet J Rare Dis 2008; 3: 29.

Van Cleemput J., De RH, Verschakelen JA, Rombouts J, Lacquet LM, Nemery B. Surface of localized pleural plaques quantitated by computed tomography scanning: no relation with cumulative asbestos exposure and no effect on lung function. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 705-10.

Webb WR, Müller NL, Naidich DP. Standardized terms for high-resolution computed tomography of the lung: a proposed glossary. J Thorac Imaging 1993; 8: 167-75.

Annexe 12

Description de la banque de données SPSS sur les tests d'imagerie médicale

Description de la banque de données SPSS sur les tests d'imagerie médicale

Données saisies :

Hospitalisations :

- Date de début et de fin de l'hospitalisation de la déclaration
- Date de début et de fin de toutes les autres hospitalisations
- Diagnostic(s)
- Code(s) de la Classification internationale des maladies

Il peut y avoir de 1 à 16 hospitalisations par patient.

Tests d'imagerie médicale :

- Type d'imagerie médicale (radiographie pulmonaire ou tomographie thoracique)
- Date de chaque test
- Mention d'amiantose (oui), atélectasie ronde (oui, aucune), opacités linéaires fibrocicatricielles ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire (oui), oblitération ou émoussement du cul-de-sac (oui), image en verre dépoli (oui, aucune, disparition), épaississement pleural (oui), épanchement pleural (oui), fibrose (oui, aucune), mésothéliome (oui), pachypleurite (oui), plaque pleurale (oui, aucune), pleurésie (oui), pleuropathie d'amiante (oui), réticulations (oui).

Il peut y avoir de 1 à 42 tests d'imagerie médicale par patient.

Annexe 13

Description de la banque de données SPSS sur les consultations médicales

Description de la banque de données SPSS sur les consultations médicales

Données saisies :

Consultation :

- Spécialité médicale ou unité spécialisée (audiologie, chirurgie, chirurgie générale, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, gastroentérologie, gériatrie, hématologie, hémato-oncologie, médecine familiale, médecine interne, microbiologie, néphrologie, neurologie, ORL, oncologie, oncologie médicale, physiatrie, pneumologie, psychiatrie, radio-oncologie, rhumatologie, soins intensifs, soins palliatifs, unité d'hébergement bref ou transitoire, urologie, inconnue)
- Document de consultation : formulaire de consultation, note d'évolution ou note d'évolution externe
- Date
- Mention d'amiantose, de maladie assimilable à l'amiantose, de fibrose, de mésothéliome, de pachypleurite, de plaque pleurale, de pleurésie et de pleuropathie à l'amiante (oui dans l'impression diagnostique ou oui dans l'impression diagnostique et les antécédents médicaux ou oui dans l'impression diagnostique et les résultats des tests médicaux ou oui dans l'impression diagnostique, les antécédents médicaux et les résultats des tests médicaux ; non ; ne sait pas ou suspicion d'anomalie ; mention dans les antécédents médicaux seulement ; mention dans les résultats de tests ou mention des résultats de tests dans les antécédents ; anomalie probable ou possible ; anomalie moins probable).
- Mention de l'employeur, du métier du patient (oui)
- Mention de l'exposition à l'amiante (oui, non, ne sait pas, oui probable, oui possible)
- Mention de la CSST (à compléter)

Il peut y avoir de 1 à 18 consultations médicales ou dans des unités spécialisées par patient.

Annexe 14

Feuille de correspondance entre le numéro d'identité attribué à chaque patient et l'information provenant de la déclaration, questionnaire d'histoire professionnelle et environnementale d'exposition à l'amiante, feuilles supplémentaires et guide

Feuille de correspondance

PROJET PILOTE MADO AMIANTE
FEUILLE DE CORRESPONDANCE DES CAS, PROJET PILOTE AMIANTE, HÔPITAL : _____

# ID	NOM, PRÉNOM	No DOSSIER HÔPITAL	NAM	MALADIE	NOM DU OU DES MÉDECIN(S)

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE PROFESSIONNELLE ET NON PROFESSIONNELLE D'EXPOSITION À L'AMIANTE, D'ANTÉCÉDENTS ET DE RÉCLAMATION À LA CSST

ID : __ __ – __ __ __

ID : __ __- __ __ __ DDN : _____-_____-____
région-numéro séquentiel AAAA-MM-JJ

DATE(S) DU QUESTIONNAIRE _____ _____

NOM DE L'INFIRMIÈR(E)/INTERVENANT(E) DE LA DSP : _____

EXPOSITION PROFESSIONNELLE À L'AMIANTE : OUI ☐ NON ☐ NSP ☐

DURÉE TOTALE D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE À L'AMIANTE EN ANNÉES (si nécessaire, exprimer une fraction d'année en décimale) : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS D'AMIANTOSE POUR LES CAS D'AMIANTOSE

En quelle année avez-vous reçu votre diagnostic d'amiantose pour la première fois? _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MÉSOTHÉLIOME POUR LES CAS DE MÉSOTHÉLIOME

Y a-t-il des membres de votre famille qui ont reçu un diagnostic de mésothéliome? 1 = oui 2 = non ou NSP

Si oui, quel est le lien de parenté avec vous? _____

RÉCLAMATION À LA CSST

Avez-vous soumis une réclamation à la CSST pour votre (amiantose ou mésothéliome selon le cas)? 1 = Oui 2 = Non 9 = NSP

Si oui, les médecins du CMPP (Comité des maladies professionnelles pulmonaires) ont-ils terminé votre évaluation? 1 = Oui 2 = Non 9 = NSP

Si oui, avez-vous reçu la réponse de la CSST 1 = Oui 2 = Non 9 = NSP

Si oui, votre (amiantose ou mésothéliome) a-t-il été reconnu comme une maladie professionnelle pulmonaire? 1 = Oui 2 = Non 9 = NSP 8 = N/A

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE PROFESSIONNELLE **ID :** __ __ – __ __ __ Voir le guide pour remplir cette section

Employeur/activité économique/ville (indiquer s'il s'agit d'un emploi d'été)	Métier/ Occupation	Année de début d'emploi	Année de fin d'emploi	Durée d'emploi	Exposition à l'amiante (O-N-NSP)	Année du début de l'exposition professionnelle à l'amiante	Durée de l'exposition à l'amiante (années) (ex. : 3,25 ans)		Code circonstance d'exposition[1]	Code pour occupation[1]

[1] Voir le guide pour remplir cette colonne

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE PROFESSIONNELLE **ID :** __ __ – __ __ __ Voir le guide pour remplir cette section

CIRCONSTANCE PRINCIPALE D'EXPOSITION À L'AMIANTE (70 %) _____ _____ ET CODE _____

1. Mines d'amiante
2. Usines de fabrication ou de transformation de produits en amiante
3. Construction
4. Entretien/rénovation
5. Autre
6. Inconnue
7. Construction et entretien/rénovation
8. Mixte

SI **CONSTRUCTION** (**CODE 3**), ENCERCLER LA RÉPONSE APPROPRIÉE :

60. Installation d'amiante
61. Enlèvement d'amiante
62. Démolition d'amiante
72. Autre (préciser) _____
88. Mixte
99. Inconnu

SI **ENTRETIEN/RÉPARATION** (**CODE 4**), ENCERCLER LA RÉPONSE APPROPRIÉE :

63. Chantier naval
64. Entretien du transport ferroviaire
65. Réparation de machinerie industrielle
66. Réparation de véhicules
67. Édifices publics, ENCERCLER LA OU LES BONNES RÉPONSE(S) :
    - Écoles
    - Bureaux
    - Hôpitaux
    - Autre (préciser) :_____
68. Usines de pâtes et papiers
69. Usines de produits chimiques
70. Fonderies
71. Raffineries
72. Autre (préciser) :_____
88. Mixte
99. Inconnu

SI **CONSTRUCTION ET ENTRETIEN/RÉPARATION** (**CODE 7**), ENCERCLER LA BONNE RÉPONSE :

60. Installation d'amiante
61. Enlèvement d'amiante
62. Démolition d'amiante
63. Chantier naval
64. Entretien du transport ferroviaire
65. Réparation de machinerie industrielle
66. Réparation de véhicules
67. Édifices publics, ENCERCLER LA OU LES BONNE(S) RÉPONSE(S) :
    - Écoles
    - Bureaux
    - Hôpitaux
    - Autre (préciser) :_____
68. Usines de pâtes et papiers
69. Usines de produits chimiques
70. Fonderies
71. Raffineries
72. Autre (préciser) _____
88. Mixte
99. Inconnu

SI **AUTRES** CIRCONSTANCES (**CODE 5**), ENCERCLER LA BONNE RÉPONSE :

41. Installations portuaires
42. Écoles
43. Bureaux
44. Hôpitaux
45. Autre (préciser)_____
88. Mixte

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE PROFESSIONNELLE **ID :** __ __ – __ __ __ Voir le guide pour remplir cette section

Voir le guide pour remplir cette section

OCCUPATION PRINCIPALE (70 %) (EXPOSITION À L'AMIANTE)_____ **ET CODE** _____

1 = cadres, travailleurs de bureau, travailleurs des sciences, travailleurs de la vente et des services et techniciens
2 = travailleurs des métiers spécialisés
3 = opérateurs et conducteurs
4 = manœuvres
5 = inconnue.
6 = mixte.

SI MÉTIER SPÉCIALISÉ, PRÉCISER : _____ ET **CODE :** _____

7316 Ajusteur de machines	7291 Couvreur et poseur de bardeaux	7236 Monteur de charpentes métalliques
7235 Assembleur et ajusteur de plaques et de charpentes métalliques	7322 Débosseleur et réparateur de carrosserie	7244 Monteur de lignes électriques et de câbles
7384 Autre personnel des métiers et personnel assimilé	7272 Ébéniste	7245 Monteur de lignes et de câbles de télécommunications
7535 Autre préposé à la pose et à l'entretien des pièces mécaniques d'automobiles	7241 Électricien (sauf électricien industriel et de réseaux électriques)	7253 Monteur d'installations au gaz
7335 Autre réparateur de petits moteurs et de petits équipements	7243 Électricien de réseaux électriques	7232 Outilleur-ajusteur
7281 Briqueteur-maçon	7242 Électricien industriel	7294 Peintre
7293 Calorifugeur	7333 Électromécanicien	7442 Personnel d'entretien des canalisations d'eau et de gaz
7283 Carreleur	7282 Finisseur de béton	7284 Plâtrier, poseur et finisseur de systèmes intérieurs et latteur
7271 Charpentier-menuisier	7371 Grutier	7251 Plombier
7234 Chaudronnier	7331 Installateur de brûleurs à l'huile et à combustibles solides	7295 Poseur de revêtements d'intérieur
7362 Chef de train et serre-freins	7246 Installateur et réparateur de matériel de télécommunications	7314 Réparateur de wagons
7201 Contremaître des machinistes et du personnel des métiers du formage, du profilage et du montage des métaux	7231 Machiniste et vérificateur d'usinage et d'outillage	7237 Soudeur et opérateur de machines à souder et à braser
7318 Constructeur et mécanicien d'ascenseurs	7311 Mécanicien de chantier et mécanicien industriel	7233 Tôlier/ferblantier
7205 Contremaître des autres métiers de la construction et des services de réparation et d'installation	7361 Mécanicien de locomotive et de cour de triage	7252 Tuyauteur, monteur d'appareils de chauffage et poseur de gicleurs
7302 Contremaître des équipes d'opérateurs d'équipement lourd	7334 Mécanicien de motocyclettes, de véhicules tout-terrain et personnel mécanicien assimilé	7250 Tuyauteur/plombier
7204 Contremaître en charpenterie	7312 Mécanicien d'équipement lourd	7260 Tuyauteur/plombier/soudeur
7202 Contremaître en électricité et en télécommunications	7313 Mécanicien en réfrigération et en climatisation	7292 Vitrier
7301 Contremaître en mécanique	7315 Mécanicien et contrôleur d'aéronefs	
7203 Contremaître en tuyauterie	7321 Mécanicien et réparateur de véhicules automobiles, de camions et d'autobus	

SI OPÉRATEUR/CONDUCTEUR : **DÉBARDEUR** : oui ___ non ou NSP ___

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE NON PROFESSIONNELLE D'EXPOSITION À L'AMIANTE **ID : __ __ – __ __ __**

Encercler la bonne réponse ou compléter l'information demandée. Certaines questions sont facultatives.

1. Avez-vous cohabité avec une personne qui travaillait avec de l'amiante et qui ramenait des vêtements de travail contaminés à la maison

1 = oui 2 = nonou NSP

1.1. Si oui, pendant combien d'années a duré cette cohabitation (ou de mois si durée < 1 an)? _____ années ou NSP = 99 ou ____ mois
Si la durée en année compte des mois, arrondir de 1 à 5 mois à l'unité inférieure et de 6 à 11 mois à l'unité supérieure

_____

_____

_____

2. Contact avec l'amiante

2.1. Avez-vous utilisé des objets ou des matériaux contenant de l'amiante (*p. ex*. planches à repasser, panneaux isolants pour fournaise ou foyer, mitaines, etc.)

1 = **oui 2 = nonou NSP**

Facultatif : si oui, encercler ou préciser lesquelles _____

Facultatif : si oui, quantifier cette utilisation _____

2.2. Avez-vous déjà fait des activités d'installations et de rénovations domiciliaires impliquant des produits à base d'amiante (*p. ex*. bardeaux d'amiante, tuiles d'amiante, plâtre contenant de l'amiante, isolant à base de vermiculite de marque Zonolite, plaques d'amiante, peinture texturée, composants à joint, ruban ou couvertures isolantes pour tuyaux d'eau chaude, etc.)

1 = oui 2 = non ou NSP

Facultatif : si oui, encercler ou préciser lesquelles _____

Facultatif : si oui, quantifier ces activités _____

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE NON PROFESSIONNELLE D'EXPOSITION À L'AMIANTE **ID : __ __ – __ __ __**

2.3. Avez-vous utilisé des produits d'amiante dans des passe-temps ou des activités de bricolage (*p. ex*. changement de garnitures de freins, plasticine, figurine, etc.)

1 = oui 2- = non ou NSP

Facultatif : si oui, encercler ou préciser lesquelles _____

Facultatif : si oui, quantifier cette utilisation _____

_____

SYNTHÈSE DE LA QUESTION 2 POUR L'ÉCRAN DE SAISIE (encercler la bonne réponse) :

Contact avec l'amiante 1=oui 2=non ou NSP

3. Milieux de vie

3.1 Pouvez-vous indiquer les villes et régions où vous avez habité? Pouvez-vous ensuite préciser si chacun des lieux où vous avez habité était situé à proximité d'une mine ou d'une halde d'amiante, d'une usine de transformation de produits en amiante, d'un site d'enfouissement d'amiante et d'une route pavée avec de l'asphalte contenant de l'amiante? Pouvez-vous indiquer si le terrain était remblayé avec des résidus d'amiante et si on utilisait des abrasifs contenant de l'amiante sur la route?

Ville et région de résidence	Résidence à proximité de (✓cocher si oui)					Terrain remblayé avec résidus d'amiante
	Mines et haldes d'amiante	Usines de transformation d'amiante	Sites d'enfouissement d'amiante	Routes pavées avec de l'amiante-asphalte	Abrasifs contenant de l'amiante	

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE NON PROFESSIONNELLE D'EXPOSITION À L'AMIANTE **ID : __ __ – __ __ __**

SYNTHÈSE DE LA QUESTION 3 POUR L'ÉCRAN DE SAISIE (encercler la bonne réponse) :

Résidence à proximité de milieux contaminés avec l'amiante 1 = oui 2 = non ou NSP

3.2 Si vous avez vécu à proximité de mines ou de haldes d'amiante, préciser pendant combien d'années (ou de mois si durée < 1 an)?

_____ années ou NSP = 99 ou ___ mois
Si la durée en année compte des mois, arrondir de 1 à 5 mois à l'unité inférieure et de 6 à 11 mois à l'unité supérieure

_____

_____

_____

3.3 Avez-vous déjà résidé dans des habitations isolées avec de la vermiculite de marque Zonolite?

1 = oui **2 = non ou NSP**

Si oui pendant combien d'années (ou de mois si durée < 1 an)? _____ années ou NSP = 99 ou ____ mois
Si la durée en année compte des mois, arrondir de 1 à 5 mois à l'unité inférieure et de 6 à 11 mois à l'unité supérieure

_____

_____

_____

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE NON PROFESSIONNELLE D'EXPOSITION À L'AMIANTE **ID : __ __ – __ __ __**

3.4 Quelles écoles primaires et secondaires avez-vous fréquentées?

	Ecole 1	**Ecole 2**	**Ecole 3**	**Ecole 4**
Nom de l'école				
Ville				
Quelle a été la première année de fréquentation?				
Pendant combien d'années?				
École avec amiante selon l'information de la DSP (cocher)	☐	☐	☐	☐
	Ecole 5	**Ecole 6**	**Ecole 7**	**Ecole 8**
Nom de l'école				
Ville				
Quelle a été la première année de fréquentation?				
Pendant combien d'années?				
École avec amiante selon l'information de la DSP (cocher)	☐	☐	☐	☐

SYNTHÈSE DE LA QUESTION 3.4 POUR ÉCRAN DE SAISIE :

A fréquenté école(s) avec amiante 1 = oui 2 = non ou NSP
Si oui : première année de fréquentation d'une école avec amiante _ _ _ _ NSP = 99
Durée de fréquentation d'école(s) avec amiante en années _____ années ou NSP = 99

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE NON PROFESSIONNELLE D'EXPOSITION À L'AMIANTE **ID :** __ __ – __ __ __

3.5 Avez-vous déjà fréquenté d'autres édifices comportant des matériaux à base d'amiante?

1 = oui 2 = non ou NSP

Si oui (cocher les réponses) : CÉGEP ☐, hôpitaux ☐, églises ☐, centres commerciaux ☐, autre (préciser) _____

4 Avez-vous été exposé à l'amiante d'autres façons (autres circonstances)?

1 = oui 2 = non ou NSP

Si oui préciser?_____
_____

SYNTHÈSE DU QUESTIONNAIRE D'EXPOSITION NON PROFESSIONNELLE POUR ÉCRAN DE SAISIE (encercler la bonne réponse) :

Mention d'exposition non professionnelle à l'amiante : 1 = oui 2 = non 3 = NSP

FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE PROFESSIONNELLE **ID : __ __ – __ __ __**

Employeur/activité économique/ville (indiquer s'il s'agit d'un emploi d'été)	Métier/ Occupation	Année de début d'emploi	Année de fin d'emploi	Durée d'emploi	Exposition à l'amiante (O-N-NSP)	Année du début de l'exposition professionnelle à l'amiante	Durée de l'exposition à l'amiante (années ou mois si < 1 an)		Code circonstance d'exposition[1]	Code pour occupation[1]

[1] Voir le guide pour remplir cette colonne

FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE

QUESTIONNAIRE D'HISTOIRE DE RÉSIDENCE **ID : __ __ – __ __ __**

Ville et région de résidence	Résidence à proximité de (✓cocher si oui)					Terrain remblayé avec résidus d'amiante
	Mines et haldes d'amiante	Usines de transformation d'amiante	Sites d'enfouissement d'amiante	Routes pavées avec de l'amiante-asphalte	Abrasifs contenant de l'amiante	

Guide histoire professionnelle

PROJET PILOTE MADO AMIANTE

Guide d'interprétation du questionnaire d'histoire d'exposition professionnelle et non professionnelle à l'amiante, d'antécédents et de réclamation à la CSST

	INFORMATION À RECUEILLIR	**COMMENTAIRE/EXPLICATION**
1	ID : __ __ - __ __ __ NOM, PRÉNOM, DDN	ID = numéro séquentiel. Les deux premiers espaces = région. Les 3 derniers = chiffres séquentiels attribués par l'infirmière dans la région.
2	RÉPONDANT (si différent du patient) NOM, PRÉNOM CONJOINT/E, ENFANT, AUTRE	Préciser le lien du répondant avec le cas s'il y a lieu.
3	DATE(S) DU QUESTIONNAIRE	Possibilité de plusieurs dates si entrevue scindée, appels pour précisions, etc.
4	NOM DE L'INFIRMIÈR(E)/INTERVENANT(E) DE LA DSP	Données concernant l'intervenant qui fait l'entrevue.
5	EMPLOYEUR/ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE/VILLE	Faire la liste chronologique de tous les employeurs pour lesquels la personne a travaillé, incluant les emplois d'été. Décrire les secteurs d'activité de chacune des entreprises (p.ex. usine de freins d'auto) ainsi que les villes où elles sont situées, si connues. Pour les travailleurs de la construction, s'ils ne sont pas en mesure d'identifier l'employeur, identifier les chantiers importants où ils ont travaillé (p. ex. : Place Ville-Marie).
6	MÉTIER/OCCUPATION	Indiquer les métiers occupés chez chacun des employeurs. Si nécessaire, se référer à la grille annexée à ce document. Noter qu'un travailleur peut avoir occupé plus d'un métier chez un même employeur. Il faut alors tous les noter et vous pouvez utiliser plus d'une ligne pour un même employeur.
7	ANNÉE DE DÉBUT D'EMPLOI	
8	ANNÉE DE FIN D'EMPLOI	
9	EXPOSITION À L'AMIANTE (ANNÉES)	Oui/Non/NSP
10	ANNÉE DU DÉBUT DE L'EXPOSITION À L'AMIANTE	Au cours de l'emploi
11	DURÉE DE L'EXPOSITION À L'AMIANTE (ANNÉES)	Au cours de l'emploi. Si la durée est non continue, ramener la durée à une fraction d'année. Par exemple, 40 heures/semaine x 6 mois = 0,5 an. Une heure/jour x 6 mois = 0,07 an (i.e. 1 heure/jour = 5heures/semaine x 26 semaines (pour 6 mois) = 130 heures. Durant 1 an, 40 heures de travail/semaine x 48 semaines environ = 1920 heures. 130/1920 = 0,07 an).
12	EXPOSITION PROFESSIONNELLE À L'AMIANTE	Oui/Non/NSP. À cocher après avoir complété l'histoire professionnelle. Une personne n'ayant jamais travaillé à l'extérieur de la maison (ex. femme au foyer) se verrait attribuer la réponse non. Si l'exposition n'est pas évidente, la réponse est NSP. Si la réponse est non, passer aux questions sur l'exposition environnementale.
13	DURÉE TOTALE D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE À L'AMIANTE	Provient de l'addition des durées d'exposition à l'amiante de chacun des emplois dans la colonne qui s'intitule durée d'exposition à l'amiante (années). Inscrire la réponse à droite en haut de la première page. Cette variable peut contenir deux décimales.

Guide d'interprétation du questionnaire d'histoire d'exposition professionnelle et non professionnelle à l'amiante, d'antécédents et de réclamation à la CSST (suite)

	INFORMATION À RECUEILLIR	COMMENTAIRE/EXPLICATION
14	CODES POUR CIRCONSTANCES D'EXPOSITION	Pour chaque emploi avec une **exposition à l'amiante**, coder la circonstance qui s'applique : Code 1. exposition dans les **mines** d'amiante; 2. exposition dans une **usine** de **fabrication** ou de **transformation** de produits en amiante; 3. exposition lors du travail pour une entreprise en **construction;** 4. exposition dans une entreprise faisant l'**entretien** ou la **réparation** de structures ou de matériaux contenant de l'amiante; 5. exposition lors du travail dans d'**autres** circonstances que les quatre premières; 6. exposition dans des circonstances **inconnues** (employeur ou profession non mentionnés).
15	CIRCONSTANCE PRINCIPALE D'EXPOSITION À L'AMIANTE	La circonstance principale d'exposition à l'amiante est définie par les circonstances d'exposition à l'amiante et en fonction de la proportion du temps d'exposition à l'amiante dans ces circonstances. Il faut d'abord calculer le nombre d'années d'exposition à l'amiante dans chacune des 6 circonstances énumérées ci-dessus. Il faut ensuite calculer le pourcentage du temps d'exposition à l'amiante dans chacune des circonstances sur la durée totale d'exposition à l'amiante d'un individu. Puis, il faut déterminer dans laquelle des 6 circonstances le travailleur a été exposé à l'amiante au moins 70 % de son temps total d'exposition à l'amiante. Inscrire le nom et le code de cette circonstance à la ligne « **Circonstance principale d'exposition à l'amiante (70 %)** et **Code** » à la page 3 du questionnaire. Un travailleur **n'atteignant pas 70 % de son temps d'exposition à l'amiante** dans **une des 6 circonstances** énumérées ci-dessus peut atteindre 70 % s'il a été exposé à la fois dans la **construction** et dans **l'entretien/réparation**. Il s'agit du **Code 7**. Il faut alors inscrire le nom et le code de cette circonstance à la ligne « **Circonstance principale d'exposition à l'amiante (70 %)** et **Code** » à la page 3 du questionnaire. Finalement, un travailleur qui **n'atteint pas 70 % de son temps d'exposition à l'amiante** dans une des **7 premières circonstances précédentes** se voit attribuer un code **mixte** (**Code 8**). Il faut inscrire le nom et le code de cette circonstance à la ligne « **Circonstance principale d'exposition à l'amiante (70 %)** et **Code** » à la page 3 du questionnaire.

Guide d'interprétation du questionnaire d'histoire d'exposition professionnelle et non professionnelle à l'amiante, d'antécédents et de réclamation à la CSST (suite)

	INFORMATION À RECUEILLIR	COMMENTAIRE/EXPLICATION
15	CIRCONSTANCE PRINCIPALE D'EXPOSITION À L'AMIANTE (SUITE)	Voici donc les codes possibles des circonstances principales d'exposition à l'amiante : Code 1. **mines** d'amiante 2. **usine** de **fabrication** ou de **transformation** de produits en amiante 3. **construction** 4. **entretien/réparation** 5. **autres** 6. **inconnue** 7. **construction et l'entretien/réparation** 8. **mixte** Lorsque la circonstance principale d'exposition à l'amiante est la **construction (code 3)⇒** : identifier le secteur où 70 % de l'exposition a eu lieu parmi les choix suivants et encercler le code approprié dans la liste à la page 3 du questionnaire : 60 installation d'amiante 61 enlèvement d'amiante 62 démolition d'amiante 72 autre (préciser) 88 mixte 99 inconnu. Lorsque la circonstance principale d'exposition à l'amiante est **l'entretien/réparation (code 4) ⇒** : identifier le secteur où 70 % de l'exposition a eu lieu parmi les choix suivants et encercler le code approprié dans la liste à la page 3 du questionnaire : 63 chantier naval 64 entretien du transport ferroviaire 65 réparation de machinerie industrielle 66 réparation de véhicules 67 édifices publics ⇒ identifier le ou les type(s) d'édifice(s) où l'exposition a eu lieu parmi les choix suivants et encercler la ou les bonne(s) réponse(s) dans la liste à la page 3 du questionnaire : • écoles • bureaux • hôpitaux • autres (préciser) 68 usines de pâtes et papiers 69 usines de produits chimiques 70 fonderies 71 raffineries 72 autre (préciser) 88 mixte 99 inconnu.

Guide d'interprétation du questionnaire d'histoire d'exposition professionnelle et non professionnelle à l'amiante, d'antécédents et de réclamation à la CSST (suite)

<table>
<tr><th></th><th>INFORMATION À RECUEILLIR</th><th colspan="2">COMMENTAIRE/EXPLICATION</th></tr>
<tr><td>15</td><td>CIRCONSTANCE PRINCIPALE D'EXPOSITION À L'AMIANTE (SUITE)</td><td>Lorsque la circonstance principale d'exposition à l'amiante est la construction et l'entretien/réparation (code 7) ⇒</td><td>identifier le secteur où 70 % de l'exposition a eu lieu parmi les choix suivants et encercler le code approprié dans la liste à la page 3 du questionnaire :
60 installation d'amiante
61 enlèvement d'amiante
62 démolition d'amiante
63 chantier naval
64 entretien du transport ferroviaire
65 réparation de machinerie industrielle
66 réparation de véhicules
67 édifices publics ⇒ identifier le ou les type(s) d'édifice(s) où l'exposition a eu lieu parmi les choix suivants et encercler la ou les bonne(s) réponse(s) dans la liste à la page 3 du questionnaire :
• écoles
• bureaux
• hôpitaux
• autres (préciser)
68 usines de pâtes et papiers
69 usines de produits chimiques
70 fonderies
71 raffineries
72 autre (préciser)
88 mixte
99 inconnu.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Lorsque la circonstance principale d'exposition à l'amiante est autre (code 5) ⇒</td><td>identifier le secteur où 70 % de l'exposition a eu lieu s'il fait partie des choix suivants et encercler le code approprié dans la liste à la page 3 du questionnaire :
41 installation portuaire
42 école
43 bureaux
44 hôpitaux
45 autres (préciser)
88 mixte</td></tr>
</table>

Guide d'interprétation du questionnaire d'histoire d'exposition professionnelle et non professionnelle à l'amiante, d'antécédents et de réclamation à la CSST (suite)

<table>
<tr><th></th><th>INFORMATION À RECUEILLIR</th><th colspan="2">COMMENTAIRE/EXPLICATION</th></tr>
<tr><td>16</td><td>CODE POUR OCCUPATION</td><td colspan="2">Attribuer à chacun des emplois exposés à l'amiante un des codes suivants d'occupation selon la grille annexée à ce document. Cette grille renvoie les codes CCDP à quatre chiffres à un code d'occupation à un chiffre. Inscrire le code à un chiffre dans la colonne Code pour occupation de la page 4 du questionnaire :
Code
1. cadres, travailleurs de bureau, travailleurs des sciences, travailleurs de la vente et des services et techniciens
2. travailleurs des métiers spécialisés
3. opérateurs et conducteurs
4. manœuvres
5. Inconnue</td></tr>
<tr><td rowspan="2">17</td><td rowspan="2">OCCUPATION PRINCIPALE (70 %) (EXPOSITION À L'AMIANTE)</td><td colspan="2">L'occupation principale est définie par le code d'occupation et en fonction de la proportion du temps d'exposition à l'amiante dans cette occupation.
Il faut d'abord calculer le nombre d'années d'exposition à l'amiante dans chacune des cinq occupations énumérées ci-dessus.
Il faut ensuite calculer le pourcentage du temps d'exposition à l'amiante dans chacune des occupations sur la durée totale d'exposition à l'amiante d'un individu.
Puis il faut déterminer dans laquelle des cinq occupations le travailleur a été exposé à l'amiante au moins 70 % de son temps total d'exposition à l'amiante.
Inscrire le nom et le code de cette occupation à la ligne « Occupation principale et Code » de la page 4 du questionnaire.
Finalement, un travailleur qui n'atteint pas 70 % de son temps d'exposition à l'amiante dans une des cinq premières occupations précédentes se voit attribuer un code mixte (Code 6). Il faut inscrire le nom et le code de cette occupation à la ligne « Occupation principale (70 %) et Code » de la page 4 du questionnaire.
Voici donc les codes possibles d'occupations principales d'exposition à l'amiante :
Code
1. cadres, travailleurs de bureau, travailleurs des sciences, travailleurs de la vente et des services et techniciens
2. travailleurs des métiers spécialisés
3. opérateurs et conducteurs
4. manœuvres
5. inconnue.
6. mixte.</td></tr>
<tr><td>Lorsque l'occupation principale est métier spécialisé (code 2) ⇒</td><td>identifier le métier spécialisé où 70 % du temps de l'exposition à l'amiante a eu lieu parmi les choix suivants et l'inscrire dans la ligne « Si métier spécialisé, préciser et Code » à la page 4 du questionnaire :
8793 = Assembleur-monteur de charpente métallique
8589 = Autre mécanicien et réparateur non classés ailleurs
8799 = Autre travailleur du bâtiment (installateur de brûleur à l'huile, poseur de revêtement d'intérieur, personnel d'entretien des canalisations de gaz,…)
8782 = Briqueteur-maçon
8786 = Calorifugeur-travailleur spécialisé dans l'isolation
8782 = Carreleur
8781 = Charpentier-menuisier en charpentes de bois
8337 = Chaudronnier
9133 = Chef de train et serre-freins
8780 = Contremaître des autres travailleurs du bâtiment
8330 = Contremaître des façonneurs et formateurs de métaux
9530 = Contremaître des mécaniciens de machines et d'installations fixes
8580 = Contremaître des mécaniciens et réparateurs</td></tr>
</table>

Guide d'interprétation du questionnaire d'histoire d'exposition professionnelle et non professionnelle à l'amiante, d'antécédents et de réclamation à la CSST (suite)

	INFORMATION À RECUEILLIR	COMMENTAIRE/EXPLICATION	
17	OCCUPATION PRINCIPALE (70 %) (SUITE)		8730 = Contremaître des monteurs, installateurs et réparateurs de matériel électrique 8787 = Couvreur-poseur de bardeaux 8581 = Débosseleur-peintre de carrosserie 8541 = Ébéniste-menuisier en meuble 8733 = Électricien 8739 = Électromécanicien 8333 = Ferblantier-tôlier 8783 = Finisseur de béton 8331 = Forgeron (forgeur) 9311 = Grutier 8799 = Installateur de brûleur à l'huile (autre travailleur du bâtiment) 8735 = Installateur-réparateur de matériel de télécommunications 8782 = Maçon-briqueteur 8589 = Mécanicien autre et réparateur non classés ailleurs 8584 = Mécanicien d'ascenseur 8584 = Mécanicien (de moteur, d'équipement lourd, d'ascenseur et industriel) 8584 = Mécanicien d'équipement lourd 8533 = Mécanicien en réfrigération et en climatisation 8583 = Mécanicien ferroviaire-réparateur de wagon 8584 = Mécanicien industriel 8582 = Mécanicien-réparateur d'aéronef 8581 = Mécanicien-réparateur de véhicule automobile 8781 = Menuisier en charpente de bois-charpentier 8541 = Menuisier en meuble-ébéniste 8735 = Monteur de câble de télécommunications 8793 = Monteur de charpente métallique-assembleur 8731 = Monteur de ligne 8791 = Monteur d'installation au gaz 8785 = Peintre (construction) 8581 = Peintre de carrosserie-débosseleur 8799 = Personnel d'entretien des canalisations d'eau et de gaz 8784 = Plâtrier 8791 = Plombier 8791 = Plombier-tuyauteur 8787 = Poseur de bardeaux-couvreur 8799 = Poseur de revêtement d'intérieur (autre travailleur du bâtiment) 8582 = Réparateur d'aéronef-mécanicien 8735 = Réparateur de matériel de télécommunications-installateur 8581 = Réparateur de véhicule automobile-mécanicien 8583 = Réparateur de wagon-mécanicien ferroviaire 8589 = Réparateur non classé ailleurs et autre mécanicien 6199 = Scaphandrier 9133 = Serre-freins et chef de train 8335 = Soudeur 8333 = Tôlier-ferblantier 8786 = Travailleur spécialisé dans l'isolation-calorifugeur 8791 = Tuyauteur 8791 = Tuyauteur-plombier 8795 = Vitrier
		Lorsque l'occupation principale est **opérateur et conducteur** (code 3) ⇒	identifier s'il s'agit d'un **débardeur** et compléter l'information sur la ligne « Si opérateur/conducteur : débardeur oui/non/NSP » à la page 4 du questionnaire.

QUESTIONNAIRE D'EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE À L'AMIANTE	
INDICATION GÉNÉRALE SUR LA SECTION SUR L'EXPOSITION NON PROFESSIONNELLE	Items intitulés « Synthèse de la question X pour l'écran de saisie » : sont insérés pour faciliter la saisie, en particulier quand la personne qui effectue la saisie n'est pas la même que celle qui a effectué l'enquête téléphonique.
COHABITATION AVEC TRAVAILLEUR DE L'AMIANTE (QUESTION 1.1)	Ex. : conjoint, parent, frère, sœur… Oui/Non ou NSP
DURÉE DE COHABITATION (QUESTION 1.1)	En années ou en mois. Si la durée en année compte des mois, arrondir de 1 à 5 mois à l'unité inférieure et de 6 à 11 mois à l'unité supérieure.
OBJETS OU MATÉRIAUX CONTENANT DE L'AMIANTE (MCA) (QUESTION 2.1)	Oui/Non ou NSP. Réponse facultative concernant l'identification du type d'objet ou de matériau contenant de l'amiante car cette information ne sera saisie. Par contre, si les informations sont disponibles elles peuvent être conservées dans le dossier papier pour référence future.
ACTIVITÉS AVEC DES MCA (QUESTION 2.2)	Oui/non ou NSP. Réponse facultative concernant l'identification du type d'activité car cette information ne sera pas saisie. Par contre, si les informations sont disponibles elles peuvent être conservées dans le dossier papier pour référence future.
PASSE-TEMPS OU BRICOLAGE AVEC MCA (QUESTION 2.3)	Oui/non ou NSP. Réponse facultative concernant l'identification du passe-temps ou du bricolage car cette information ne sera pas saisie. Par contre, si les informations sont disponibles elles peuvent être conservées dans le dossier papier pour référence future.
HISTOIRE DE RÉSIDENCE (QUESTION 3.1)	Pour chaque lieu où la personne a habité, cocher si le lieu était à proximité d'une mine ou d'une halde d'amiante, d'une usine de transformation de produits en amiante, d'un site d'enfouissement d'amiante ou d'une route pavée avec de l'asphalte contenant de l'amiante, si le terrain était remblayé avec des résidus d'amiante ou si on utilisait des abrasifs contenant de l'amiante sur la route. Ne rien cocher si la réponse est « ne sait pas ».
SYNTHÈSE QUESTION 3.1 : RÉSIDENCE SITUÉE À PROXIMITÉ DE MILIEUX CONTAMINÉS AVEC DE L'AMIANTE	Oui/Non ou NSP
DURÉE DE RÉSIDENCE À PROXIMITÉ D'UNE MINE OU DE HALDES D'AMIANTE (QUESTION 3.2)	En années ou en mois. Si la durée en année compte des mois, arrondir de 1 à 5 mois à l'unité inférieure et de 6 à 11 mois à l'unité supérieure.
RÉSIDENCE DANS MAISON ISOLÉE AVEC DE LA VERMICULITE (QUESTION 3.3)	Oui/Non ou NSP. La vermiculite était un isolant utilisé dans les années 1970 principalement dans les greniers sous forme de granules.
DURÉE DE RÉSIDENCE DANS MAISON ISOLÉE AVEC DE LA VERMICULITE (QUESTION 3.3)	En années ou en mois. Si la durée en année compte des mois, arrondir de 1 à 5 mois à l'unité inférieure et de 6 à 11 mois à l'unité supérieure.

QUESTIONNAIRE D'EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE À L'AMIANTE	
ECOLES PRIMAIRES ET SECONDAIRES FRÉQUENTÉES (QUESTION 3.4)	Identifier les écoles primaires et secondaires fréquentées par le patient, la ville où étaient situées ces écoles, la première année de fréquentation de chaque école, la durée de fréquentation de chaque école.
PRÉSENCE D'AMIANTE DANS LES ÉCOLES (QUESTION 3.4)	Par la suite, vérifier dans le répertoire des écoles avec amiante de votre région si l'école fréquentée par la personne comportait de l'amiante. Si l'école était située dans une autre région, communiquez avec la région concernée.
SYNTHESE DE L'INFORMATION SUR LES ÉCOLES FRÉQUENTÉES :	A fréquenté une école avec amiante : Oui/Non ou NSP Si oui, 1ère année de fréquentation Durée de fréquentation d'une école avec amiante
FRÉQUENTATION D'ÉDIFICES AVEC AMIANTE	Cocher si cégep, hôpital, église, centre commercial, autre (préciser)
EXPOSITION NON PROFESSIONNELLE D'AUTRE FAÇON	Oui/Non ou NSP
SYNTHÈSE DE L'EXPOSITION NON PROFESSIONNELLE POUR ÉCRAN DE SAISIE	Oui/Non/NSP
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS D'AMIANTOSE POUR LES CAS D'AMIANTOSE	
ANNÉE DU PREMIER DIAGNOSTIC D'AMIANTOSE	Année de son premier diagnostic d'amiantose, selon lui. Elle peut être des années avant la déclaration du cas par l'hôpital
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MÉSOTHÉLIOME POUR LES CAS DE MÉSOTHÉLIOME	
MÉSOTHÉLIOME DANS LA FAMILLE	Oui/Non ou NSP. Si oui, lien de parenté des cas familiaux.
RÉCLAMATION À LA CSST	
RÉCLAMATION SOUMISE À LA CSST AU MOMENT DE LA DÉCLARATION	Oui/Non/NSP Si non ou NSP, cette section se termine ici
ÉVALUATION DU PATIENT PAR LES MD DU CMPP TERMINÉE	Oui/Non/NSP Si non, cette section se termine ici
RÉPONSE DE LA CSST AU SUJET DE LA RÉCLAMATION REÇUE	Oui/Non/NSP Si non, cette section se termine ici
CAS RECONNU PAR LA CSST	Oui/Non/NSP

Annexe 15

Contenu de la base Access développée pour le codage des occupations des patients exposés à l'amiante

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
Cadres, travailleurs de bureau, travailleurs des sciences, travailleurs dans la vente et les services, techniciens		
	Acheteurs/acheteuses des commerces de détail et de gros	6222
	Acteurs/actrices et comédiens/comédiennes	5135
	Adjoints administratifs juridiques/adjointes administratives juridiques	1242
	Adjoints administratifs médicaux/adjointes administratives médicales	1243
	Adjoints administratifs/adjointes administratives	1241
	Adjoints/adjointes de direction	1222
	Administrateurs/administratrices - enseignement postsecondaire et formation professionnelle	0421
	Agents/agentes à la billetterie et aux services aériens	6523
	Agents/agentes à la billetterie, représentants/représentantes du service en matière de fret et personnel assimilé dans le transport routier et maritime	6524
	Agents/agentes aux achats	1225
	Agents/agentes d'administration	1221
	Agents/agentes d'application de règlements municipaux et autres agents/agentes de réglementation, n.c.a.	4423
	Agents/agentes d'assurance-emploi, d'immigration, de services frontaliers et du revenu	1228
	Agents/agentes de développement économique, recherchistes et experts-conseils/expertes-conseils en marketing	4163
	Agents/agentes de gestion immobilière	1224
	Agents/agentes de probation et de libération conditionnelle et personnel assimilé	4155
	Agents/agentes de programmes propres au gouvernement	4168
	Agents/agentes de recouvrement	1435
	Agents/agentes de sécurité et personnel assimilé des services de sécurité	6541
	Agents/agentes de services correctionnels	4422
	Agents/agentes de soutien aux utilisateurs	2282
	Agents/agentes de statistiques et professions connexes du soutien de la recherche	1254
	Agents/agentes des ressources humaines et de recrutement	1223
	Agents/agentes en valeurs, agents/agentes en placements et négociateurs/négociatrices en valeurs	1113
	Agents/agentes et courtiers/courtières d'assurance	6231
	Agents/agentes et vendeurs/vendeuses en immobilier	6232
	Agronomes, conseillers/conseillères et spécialistes en agriculture	2123
	Aides familiaux résidents/aides familiales résidentes, aides de maintien à domicile et personnel assimilé	4412

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Aides-enseignants/aides-enseignantes aux niveaux primaire et secondaire	4413
	Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires	3413
	Analystes de bases de données et administrateurs/administratrices de données	2172
	Analystes et consultants/consultantes en informatique	2171
	Analystes financiers/analystes financières et analystes en placements	1112
	Animateurs/animatrices et responsables de programmes de sports, de loisirs et de conditionnement physique	5254
	Annonceurs/annonceures et autres communicateurs/communicatrices de la radio et de la télévision	5231
	Arbitres et officiels/officielles de sports	5253
	Architectes	2151
	Architectes paysagistes	2152
	Archivistes	5113
	Arpenteurs-géomètres/arpenteuses-géomètres	2154
	Artisans/artisanes	5244
	Assistants/assistantes d'enseignement et de recherche au niveau postsecondaire	4012
	Assistants/assistantes dentaires	3411
	Assureurs/assureures	1313
	Athlètes	5251
	Audiologistes et orthophonistes	3141
	Auteurs/auteures, rédacteurs/rédactrices et écrivains/écrivaines	5121
	Autre personnel assimilé des ventes	6623
	Autre personnel de services personnalisés	6564
	Autre personnel de soutien des services de santé	3414
	Autre personnel de soutien en service, n.c.a.	6742
	Autre personnel relié à la religion	4217
	Autre personnel technique en thérapie et en diagnostic	3237
	Autre personnel technique et personnel de coordination du cinéma, de la radiotélédiffusion et des arts de la scène	5226
	Autres agents financiers/agentes financières	1114
	Autres artistes de spectacle, n.c.a.	5232
	Autres gestionnaires de la fonction publique	0414
	Autres ingénieurs/ingénieures, n.c.a.	2148
	Autres instructeurs/instructrices	4216
	Autres préposés/autres préposées aux services d'information et aux services à la clientèle	6552
	Autres professionnels/professionnelles des sciences physiques	2115
	Autres professionnels/professionnelles des sciences sociales, n.c.a.	4169

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Autres professionnels/professionnelles en diagnostic et en traitement de la santé	3125
	Autres professionnels/professionnelles en thérapie et en diagnostic	3144
	Autres réparateurs/réparatrices et préposés/préposées à l'entretien	7445
	Autres technologues et techniciens/techniciennes des sciences de la santé (sauf soins dentaires)	3219
	Avocats/avocates (partout au Canada) et notaires (au Québec)	4112
	Barmans/barmaids	6512
	Bibliothécaires	5111
	Bijoutiers/bijoutières, réparateurs/réparatrices de bijoux, horlogers-rhabilleurs/horlogères-rhabilleuses et personnel assimilé	6344
	Biologistes et personnel scientifique assimilé	2121
	Bouchers/bouchères, coupeurs/coupeuses de viande et poissonniers/poissonnières - commerce de gros et de détail	6331
	Boulangers-pâtissiers/boulangères-pâtissières	6332
	Cadres supérieurs/cadres supérieures - administration publique	0012
	Cadres supérieurs/cadres supérieures - commerce, radiotélédiffusion et autres services, n.c.a.	0015
	Cadres supérieurs/cadres supérieures - construction, transport, production et services d'utilité publique	0016
	Cadres supérieurs/cadres supérieures - santé, enseignement, services sociaux et communautaires et associations mutuelles	0014
	Cadres supérieurs/cadres supérieures - services financiers, communications et autres services aux entreprises	0013
	Cadreurs/cadreuses de films et cadreurs/cadreuses vidéo	5222
	Caissiers/caissières	6611
	Chefs	6321
	Chefs d'orchestre, compositeurs/compositrices et arrangeurs/arrangeuses	5132
	Chefs et officiers supérieurs/officières supérieures des services d'incendie	0432
	Chimistes	2112
	Chiropraticiens/chiropraticiennes	3122
	Coiffeurs/coiffeuses et barbiers/barbières	6341
	Commis à la comptabilité et personnel assimilé	1431
	Commis à la paye	1432
	Commis à la saisie de données	1422
	Commis au courrier et aux services postaux et personnel assimilé	1511
	Commis aux achats et au contrôle de l'inventaire	1524
	Commis de banque, d'assurance et d'autres services financiers	1434
	Commis des services du personnel	1415
	Commis des services judiciaires	1416
	Commis et assistants/assistantes dans les bibliothèques	1451

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Commissaires et agents/agentes de bord	6522
	Concepteurs/conceptrices et développeurs/développeuses Web	2175
	Concierges et surintendants/surintendantes d'immeubles	6733
	Conseillers/conseillères en emploi	4156
	Conseillers/conseillères en information scolaire	4033
	Conseillers/conseillères en voyages	6521
	Conseillers/conseillères imagistes, conseillers mondains/conseillères mondaines et autres conseillers/conseillères en soins personnalisés	6561
	Contrôleurs aériens/contrôleuses aériennes et personnel assimilé	2272
	Contrôleurs/contrôleuses de la circulation ferroviaire et régulateurs/régulatrices de la circulation maritime	2275
	Coordonnateurs/coordonnatrices de la logistique de la production	1523
	Coordonnateurs/coordonnatrices et superviseurs/superviseures des soins infirmiers	3011
	Cordonniers/cordonnières et fabricants/fabricantes de chaussures	6343
	Correspondanciers/correspondancières et commis aux publications et aux règlements	1452
	Courtiers/courtières en douanes, courtiers maritimes/courtières maritimes et autres courtiers/courtières	1315
	Cuisiniers/cuisinières	6322
	Danseurs/danseuses	5134
	Dentistes	3113
	Denturologistes	3221
	Designers d'intérieur et décorateurs/décoratrices d'intérieur	5242
	Designers graphiques et illustrateurs/illustratrices	5241
	Designers industriels/designers industrielles	2252
	Diététistes et nutritionnistes	3132
	Directeurs financiers/directrices financières	0111
	Directeurs/directrices - commerce de détail et de gros	0621
	Directeurs/directrices - édition, cinéma, radiotélédiffusion et arts de la scène	0512
	Directeurs/directrices d'autres services administratifs	0114
	Directeurs/directrices d'autres services aux entreprises	0125
	Directeurs/directrices de banque, du crédit et d'autres services de placement	0122
	Directeurs/directrices de bibliothèques, des archives, de musées et de galeries d'art	0511
	Directeurs/directrices de funérailles et embaumeurs/embaumeuses	6346
	Directeurs/directrices de la construction	0711
	Directeurs/directrices de la fabrication	0911
	Directeurs/directrices de la publicité, du marketing et des relations publiques	0124
	Directeurs/directrices de la restauration et des services	0631

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	alimentaires	
	Directeurs/directrices de l'exploitation des ressources naturelles et de la pêche	0811
	Directeurs/directrices de l'exploitation et de l'entretien d'immeubles	0714
	Directeurs/directrices de programmes et de services de sports, de loisirs et de conditionnement physique	0513
	Directeurs/directrices d'école et administrateurs/administratrices de programmes d'enseignement aux niveaux primaire et secondaire	0422
	Directeurs/directrices d'entreprises de télécommunications	0131
	Directeurs/directrices des achats	0113
	Directeurs/directrices des assurances, de l'immobilier et du courtage financier	0121
	Directeurs/directrices des ressources humaines	0112
	Directeurs/directrices des services d'architecture et de sciences	0212
	Directeurs/directrices des services de génie	0211
	Directeurs/directrices des services d'hébergement	0632
	Directeurs/directrices des services d'utilité publique	0912
	Directeurs/directrices des services postaux et de messageries	0132
	Directeurs/directrices des services sociaux, communautaires et correctionnels	0423
	Directeurs/directrices des soins de santé	0311
	Directeurs/directrices des transports	0731
	Directeurs/directrices des ventes corporatives	0601
	Directeurs/directrices du service à la clientèle et des services personnels, n.c.a.	0651
	Économistes, recherchistes et analystes des politiques économiques	4162
	Éducateurs/éducatrices et aides-éducateurs/aides-éducatrices de la petite enfance	4214
	Électroniciens/électroniciennes d'entretien (biens domestiques et commerciaux)	2242
	Employés de soutien de bureau généraux/employées de soutien de bureau générales	1411
	Enseignants/enseignantes au niveau collégial et autres instructeurs/instructrices en formation professionnelle	4021
	Enseignants/enseignantes au niveau secondaire	4031
	Enseignants/enseignantes aux niveaux primaire et préscolaire	4032
	Ensembliers/ensemblières de théâtre, dessinateurs/dessinatrices de mode, concepteurs/conceptrices d'expositions et autres concepteurs/conceptrices artistiques	5243
	Entraîneurs/entraîneuses	5252
	Entrepreneurs/entrepreneuses et superviseurs/superviseures des services de l'aménagement paysager, de l'entretien des terrains et de l'horticulture	8255
	Ergothérapeutes	3143

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Esthéticiens/esthéticiennes, électrolystes et personnel assimilé	6562
	Estimateurs/estimatrices en construction	2234
	Estimateurs/estimatrices et évaluateurs/évaluatrices	1314
	Évaluateurs/évaluatrices de systèmes informatiques	2283
	Expéditeurs/expéditrices et réceptionnaires	1521
	Experts/expertes en sinistres et rédacteurs/rédactrices sinistres	1312
	Facteurs/factrices	1512
	Finisseurs/finisseuses et restaurateurs/restauratrices de meubles	9534
	Fumigateurs/fumigatrices et préposés/préposées au contrôle de la vermine	7444
	Gardiens/gardiennes d'enfants en milieu familial	4411
	Garnisseurs/garnisseuses de tablettes, commis et préposés/préposées aux commandes dans les magasins	6622
	Géoscientifiques et océanographes	2113
	Gestionnaires de la fonction publique - analyse économique, élaboration de politiques et administration de programmes	0412
	Gestionnaires de la fonction publique - élaboration de politiques en matière d'éducation et administration de programmes	0413
	Gestionnaires de la fonction publique - élaboration de politiques et administration de programmes sociaux et de santé	0411
	Gestionnaires des systèmes informatiques	0213
	Gestionnaires en agriculture	0821
	Gestionnaires en aquaculture	0823
	Gestionnaires en horticulture	0822
	Gestionnaires et rénovateurs/rénovatrices en construction domiciliaire	0712
	Gouvernants principaux/gouvernantes principales	6312
	Guides d'activités récréatives et sportives de plein air	6532
	Guides touristiques et guides itinérants/guides itinérantes	6531
	Horairistes de trajets et d'équipages	1526
	Hygiénistes et thérapeutes dentaires	3222
	Infirmiers autorisés/infirmières autorisées et infirmiers psychiatriques autorisés/infirmières psychiatriques autorisées	3012
	Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires	3233
	Ingénieurs chimistes/ingénieures chimistes	2134
	Ingénieurs civils/ingénieures civiles	2131
	Ingénieurs électriciens et électroniciens/ingénieures électriciennes et électroniciennes	2133
	Ingénieurs géologues/ingénieures géologues	2144
	Ingénieurs informaticiens/ingénieures informaticiennes (sauf ingénieurs/ingénieures et concepteurs/conceptrices en logiciel)	2147
	Ingénieurs mécaniciens/ingénieures mécaniciennes	2132
	Ingénieurs miniers/ingénieures minières	2143

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Ingénieurs/ingénieures de l'extraction et du raffinage du pétrole	2145
	Ingénieurs/ingénieures d'industrie et de fabrication	2141
	Ingénieurs/ingénieures en aérospatiale	2146
	Ingénieurs/ingénieures et concepteurs/conceptrices en logiciel	2173
	Ingénieurs/ingénieures métallurgistes et des matériaux	2142
	Inhalothérapeutes, perfusionnistes cardiovasculaires et technologues cardiopulmonaires	3214
	Inspecteurs/inspectrices de la santé publique, de l'environnement et de l'hygiène et de la sécurité au travail	2263
	Inspecteurs/inspectrices des produits agricoles et de la pêche	2222
	Inspecteurs/inspectrices d'ingénierie et officiers/officières de réglementation	2262
	Inspecteurs/inspectrices en construction	2264
	Instructeurs/instructrices pour personnes ayant une déficience	4215
	Intervieweurs/intervieweuses pour enquêtes et commis aux statistiques	1454
	Journalistes	5123
	Juges	4111
	Juges de paix et officiers/officières de justice	1227
	Magasiniers/magasinières et commis aux pièces	1522
	Maîtres d'hôtel et hôtes/hôtesses	6511
	Massothérapeutes	3236
	Mathématiciens/mathématiciennes, statisticiens/statisticiennes et actuaires	2161
	Mécaniciens/mécaniciennes, techniciens/techniciennes et contrôleurs/contrôleuses d'avionique et d'instruments et d'appareillages électriques d'aéronefs	2244
	Médecins spécialistes	3111
	Membres des corps législatifs	0011
	Messagers/messagères et distributeurs/distributrices porte-à-porte	1513
	Météorologues et climatologues	2114
	Musiciens/musiciennes et chanteurs/chanteuses	5133
	Nettoyeurs spécialisés/nettoyeuses spécialisées	6732
	Officiers mécaniciens/officières mécaniciennes du transport par voies navigables	2274
	Officiers/officières de direction des Forces canadiennes	0433
	Officiers/officières de direction des services de police	0431
	Officiers/officières de pont du transport par voies navigables	2273
	Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale	3112
	Opérateurs/opératrices d'équipement d'éditique et personnel assimilé	1423
	Opérateurs/opératrices et préposés/préposées aux sports, aux loisirs et dans les parcs d'attractions	6722
	Opticiens/opticiennes d'ordonnances	3231

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Optométristes	3121
	Patronniers/patronnières de produits textiles et d'articles en cuir et en fourrure	5245
	Peintres, sculpteurs/sculpteures et autres artistes des arts visuels	5136
	Personnel ambulancier et paramédical	3234
	Personnel de blanchisseries et d'établissements de nettoyage à sec et personnel assimilé	6741
	Personnel de soutien du cinéma, de la radiotélédiffusion, de la photographie et des arts de la scène	5227
	Personnel de soutien en services d'hébergement, de voyage et en services de montage d'installation	6721
	Personnel d'installation, d'entretien et de réparation d'équipement résidentiel et commercial	7441
	Personnel préposé au jeu dans les casinos	6533
	Personnel professionnel relié à la religion	4154
	Personnel technique des musées et des galeries d'art	5212
	Personnel technique en géomatique et en météorologie	2255
	Pharmaciens/pharmaciennes	3131
	Photographes	5221
	Physiciens/physiciennes et astronomes	2111
	Physiothérapeutes	3142
	Pilotes, navigateurs/navigatrices et instructeurs/instructrices de pilotage du transport aérien	2271
	Planificateurs/planificatrices de congrès et d'événements	1226
	Policiers/policières (sauf cadres supérieurs)	4311
	Pompiers/pompières	4312
	Praticiens/praticiennes des médecines douces	3232
	Praticiens/praticiennes reliés en soins de santé primaire	3124
	Préposés/préposées à l'entretien ménager et au nettoyage - travaux légers	6731
	Préposés/préposées de stations-service	6621
	Producteurs/productrices, réalisateurs/réalisatrices, chorégraphes et personnel assimilé	5131
	Professeurs/professeures et chargés/chargées de cours au niveau universitaire	4011
	Professionnels/professionnelles de la gestion de l'information sur la santé	1252
	Professionnels/professionnelles des sciences forestières	2122
	Professionnels/professionnelles des services-conseils en gestion aux entreprises	1122
	Professionnels/professionnelles en publicité, en marketing et en relations publiques	1123
	Professionnels/professionnelles en ressources humaines	1121
	Programmeurs/programmeuses et développeurs/développeuses en médias interactifs	2174

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Psychologues	4151
	Réceptionnistes	1414
	Réceptionnistes d'hôtel	6525
	Recherchistes, experts-conseils/expertes-conseils et agents/agentes de programme en sports, en loisirs et en conditionnement physique	4167
	Recherchistes, experts-conseils/expertes-conseils et agents/agentes de programmes en politiques de la santé	4165
	Recherchistes, experts-conseils/expertes-conseils et agents/agentes de programmes en politiques de l'enseignement	4166
	Recherchistes, experts-conseils/expertes-conseils et agents/agentes de programmes en politiques sociales	4164
	Recherchistes, experts-conseils/expertes-conseils et agents/agentes de programmes, en sciences naturelles et appliquées	4161
	Réparateurs/réparatrices et préposés/préposées à l'entretien d'appareils	7332
	Répartiteurs/répartitrices	1525
	Représentants/représentantes au service à la clientèle - institutions financières	6551
	Représentants/représentantes des ventes et des comptes - commerce de gros (non-technique)	6411
	Représentants/représentantes des ventes financières	6235
	Restaurateurs/restauratrices et conservateurs/conservatrices	5112
	Réviseurs/réviseures, rédacteurs-réviseurs/rédactrices-réviseures et chefs du service des nouvelles	5122
	Serveurs/serveuses au comptoir, aides de cuisine et personnel de soutien assimilé	6711
	Serveurs/serveuses d'aliments et de boissons	6513
	Shérifs et huissiers/huissières de justice	4421
	Soigneurs/soigneuses d'animaux et travailleurs/travailleuses en soins des animaux	6563
	Sous-officiers/sous-officières des Forces canadiennes	4313
	Spécialistes des ventes techniques - commerce de gros	6221
	Sténographes judiciaires, transcripteurs médicaux/transcriptrices médicales et personnel assimilé	1251
	Superviseurs/superviseures de commis de bibliothèque, de correspondanciers et d'autres commis à l'information	1213
	Superviseurs/superviseures de commis de bureau et du personnel de soutien administratif	1211
	Superviseurs/superviseures de commis de finance et d'assurance	1212
	Superviseurs/superviseures de services postaux et de messageries	1214
	Superviseurs/superviseures des services alimentaires	6311
	Superviseurs/superviseures des services d'hébergement, de voyages, de tourisme et des services connexes	6313

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Superviseurs/superviseures des services d'information et des services à la clientèle	6314
	Superviseurs/superviseures des ventes - commerce de détail	6211
	Superviseurs/superviseures du personnel de coordination de la chaîne d'approvisionnement, du suivi et des horaires	1215
	Surveillants/surveillantes des autres services	6316
	Surveillants/surveillantes des services de nettoyage	6315
	Tailleurs/tailleuses, couturiers/couturières, fourreurs/fourreuses et modistes	6342
	Tapissiers-garnisseurs/tapissières-garnisseuses	6345
	Techniciens/techniciennes à la gestion des documents	1253
	Techniciens/techniciennes dans les bibliothèques et les services d'archives publiques	5211
	Techniciens/techniciennes de laboratoire médical et assistants/assistantes en pathologie	3212
	Techniciens/techniciennes de réseau informatique	2281
	Techniciens/techniciennes du milieu naturel et de la pêche	2224
	Techniciens/techniciennes en comptabilité et teneurs/teneuses de livres	1311
	Techniciens/techniciennes en enregistrement audio et vidéo	5225
	Techniciens/techniciennes en graphisme	5223
	Techniciens/techniciennes en montage et en entretien d'installations de câblodistribution	7247
	Techniciens/techniciennes en radiotélédiffusion	5224
	Techniciens/techniciennes et mécaniciens/mécaniciennes d'instruments industriels	2243
	Techniciens/techniciennes et spécialistes de l'aménagement paysager et de l'horticulture	2225
	Techniciens/techniciennes juridiques et personnel assimilé	4211
	Technologues de laboratoires médicaux	3211
	Technologues en cardiologie et technologues en électrophysiologie diagnostique, n.c.a.	3217
	Technologues en échographie	3216
	Technologues en radiation médicale	3215
	Technologues en santé animale et techniciens/techniciennes vétérinaires	3213
	Technologues et techniciens/techniciennes dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires	3223
	Technologues et techniciens/techniciennes en architecture	2251
	Technologues et techniciens/techniciennes en arpentage	2254
	Technologues et techniciens/techniciennes en biologie	2221
	Technologues et techniciens/techniciennes en chimie	2211
	Technologues et techniciens/techniciennes en dessin	2253
	Technologues et techniciens/techniciennes en génie civil	2231

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Technologues et techniciens/techniciennes en génie électronique et électrique	2241
	Technologues et techniciens/techniciennes en génie industriel et en génie de fabrication	2233
	Technologues et techniciens/techniciennes en génie mécanique	2232
	Technologues et techniciens/techniciennes en géologie et en minéralogie	2212
	Technologues et techniciens/techniciennes en sciences forestières	2223
	Thérapeutes conjugaux/thérapeutes conjugales, thérapeutes familiaux/thérapeutes familiales et autres conseillers assimilés/conseillères assimilées	4153
	Traducteurs/traductrices, terminologues et interprètes	5125
	Trappeurs/trappeuses et chasseurs/chasseuses	8442
	Travailleurs sociaux/travailleuses sociales	4152
	Travailleurs/travailleuses des services sociaux et communautaires	4212
	Urbanistes et planificateurs/planificatrices de l'utilisation des sols	2153
	Vendeurs/vendeuses - commerce de détail	6421
	Vérificateurs/vérificatrices et comptables	1111
	Vérificateurs/vérificatrices et essayeurs/essayeuses des essais non destructifs	2261
	Vétérinaires	3114
Travailleurs des métiers spécialisés		
	Ajusteurs/ajusteuses de machines	7316
	Assembleurs/assembleuses et ajusteurs/ajusteuses de plaques et de charpentes métalliques	7235
	Autre personnel des métiers et personnel assimilé, n.c.a.	7384
	Autres préposés/préposées à la pose et à l'entretien des pièces mécaniques d'automobiles	7535
	Autres réparateurs/réparatrices de petits moteurs et de petits équipements	7335
	Briqueteurs-maçons/briqueteuses-maçonnes	7281
	Calorifugeurs/calorifugeuses	7293
	Carreleurs/carreleuses	7283
	Charpentiers-menuisiers/charpentières-menuisières	7271
	Chaudronniers/chaudronnières	7234
	Chefs de train et serre-freins	7362
	Constructeurs/constructrices et mécaniciens/mécaniciennes d'ascenseurs	7318
	Couvreurs/couvreuses et poseurs/poseuses de bardeaux	7291
	Débosseleurs/débosseleuses et réparateurs/réparatrices de carrosserie	7322
	Ébénistes	7272
	Électriciens industriels/électriciennes industrielles	7242

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Électriciens/électriciennes (sauf électriciens industriels/électriciennes industrielles et de réseaux électriques)	7241
	Électriciens/électriciennes de réseaux électriques	7243
	Électromécaniciens/électromécaniciennes	7333
	Entrepreneurs/entrepreneuses et contremaîtres/contremaîtresses des autres métiers de la construction et des services de réparation et d'installation	7205
	Entrepreneurs/entrepreneuses et contremaîtres/contremaîtresses des équipes d'opérateurs d'équipement lourd	7302
	Entrepreneurs/entrepreneuses et contremaîtres/contremaîtresses des machinistes et du personnel des métiers du formage, du profilage et du montage des métaux et personnel assimilé	7201
	Entrepreneurs/entrepreneuses et contremaîtres/contremaîtresses en charpenterie	7204
	Entrepreneurs/entrepreneuses et contremaîtres/contremaîtresses en électricité et en télécommunications	7202
	Entrepreneurs/entrepreneuses et contremaîtres/contremaîtresses en mécanique	7301
	Entrepreneurs/entrepreneuses et contremaîtres/contremaîtresses en tuyauterie	7203
	Finisseurs/finisseuses de béton	7282
	Grutiers/grutières	7371
	Installateurs/installatrices de brûleurs à l'huile et à combustibles solides	7331
	Installateurs/installatrices et réparateurs/réparatrices de matériel de télécommunications	7246
	Machinistes et vérificateurs/vérificatrices d'usinage et d'outillage	7231
	Mécaniciens/mécaniciennes de chantier et mécaniciens industriels/mécaniciennes industrielles	7311
	Mécaniciens/mécaniciennes de locomotive et de cour de triage	7361
	Mécaniciens/mécaniciennes de motocyclettes, de véhicules tout-terrain et personnel mécanicien assimilé	7334
	Mécaniciens/mécaniciennes d'équipement lourd	7312
	Mécaniciens/mécaniciennes en réfrigération et en climatisation	7313
	Mécaniciens/mécaniciennes et contrôleurs/contrôleuses d'aéronefs	7315
	Mécaniciens/mécaniciennes et réparateurs/réparatrices de véhicules automobiles, de camions et d'autobus	7321
	Monteurs/monteuses de charpentes métalliques	7236
	Monteurs/monteuses de lignes électriques et de câbles	7244
	Monteurs/monteuses de lignes et de câbles de télécommunications	7245
	Monteurs/monteuses d'installations au gaz	7253
	Outilleurs-ajusteurs/outilleuses-ajusteuses	7232

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Peintres et décorateurs/décoratrices (sauf décorateurs/décoratrices d'intérieur)	7294
	Personnel d'entretien des canalisations d'eau et de gaz	7442
	Plâtriers/plâtrières, poseurs/poseuses et finisseurs/finisseuses de systèmes intérieurs et latteurs/latteuses	7284
	Plombiers/plombières	7251
	Poseurs/poseuses de revêtements d'intérieur	7295
	Réparateurs/réparatrices de wagons	7314
	Soudeurs/soudeuses et opérateurs/opératrices de machines à souder et à braser	7237
	Tôliers/tôlières	7233
	Tuyauteurs/plombiers	7250
	Tuyauteurs/plombiers/soudeurs	7260
	Tuyauteurs/tuyauteuses, monteurs/monteuses d'appareils de chauffage et poseurs/poseuses de gicleurs	7252
	Vitriers/vitrières	7292

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
Opérateurs/conducteurs		
	Agents/agentes de piste dans le transport aérien	7534
	Assembleurs/assembleuses, contrôleurs/contrôleuses et vérificateurs/vérificatrices de véhicules automobiles	9522
	Assembleurs/assembleuses, finisseurs/finisseuses et contrôleurs/contrôleuses de produits en plastique	9535
	Assembleurs/assembleuses, monteurs/monteuses et contrôleurs/contrôleuses dans la fabrication de transformateurs et de moteurs électriques industriels	9525
	Assembleurs/assembleuses, monteurs/monteuses, contrôleurs/contrôleuses et vérificateurs/vérificatrices de matériel électronique	9523
	Autres opérateurs/opératrices de machines dans la transformation du bois	9434
	Bouchers industriels/bouchères industrielles, dépeceurs-découpeurs/dépeceuses-découpeuses de viande, préparateurs/préparatrices de volaille et personnel assimilé	9462
	Capitaines et officiers/officières de bateaux de pêche	8261
	Chauffeurs/chauffeuses de taxi, chauffeurs/chauffeuses de limousine et chauffeurs/chauffeuses	7513
	Chauffeurs-livreurs/chauffeuses-livreuses - services de livraison et de messagerie	7514
	Classeurs/classeuses de bois d'œuvre et autres vérificateurs/vérificatrices et classeurs/classeuses dans la transformation du bois	9436
	Conducteurs/conductrices d'autobus et opérateurs/opératrices de métro et autres transports en commun	7512
	Conducteurs/conductrices de camions de transport	7511
	Conducteurs/conductrices de machinerie d'entretien public et personnel assimilé	7522
	Conducteurs/conductrices de machines d'abattage d'arbres	8241
	Conducteurs/conductrices d'équipement lourd (sauf les grues)	7521
	Contrôleurs/contrôleuses et essayeurs/essayeuses dans la transformation des métaux et des minerais	9415
	Contrôleurs/contrôleuses et trieurs/trieuses dans la fabrication de produits textiles, de tissus, de fourrure et de cuir	9447
	Coupeurs/coupeuses de tissu, de fourrure et de cuir	9445
	Débardeurs/débardeuses	7451
	Développeurs/développeuses de films et de photographies	9474
	Échantillonneurs/échantillonneuses et trieurs/trieuses dans la transformation des aliments, des boissons et des produits connexes	9465

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Entrepreneurs/entrepreneuses de services agricoles, surveillants/surveillantes d'exploitations agricoles et ouvriers spécialisés/ouvrières spécialisées dans l'élevage	8252
	Entrepreneurs/entrepreneuses et surveillants/surveillantes du forage et des services reliés à l'extraction de pétrole et de gaz	8222
	Foreurs/foreuses de puits d'eau	7373
	Foreurs/foreuses et dynamiteurs/dynamiteuses de mines à ciel ouvert, de carrières et de chantiers de construction	7372
	Foreurs/foreuses et personnel de mise à l'essai et des autres services reliés à l'extraction de pétrole et de gaz	8232
	Manutentionnaires	7452
	Matelots de pont et matelots de salle des machines du transport par voies navigables	7532
	Matelots de pont sur les bateaux de pêche	8441
	Mécaniciens/mécaniciennes de centrales et opérateurs/opératrices de réseaux énergiques	9241
	Mineurs/mineuses d'extraction et de préparation, mines souterraines	8231
	Monteurs/monteuses d'aéronefs et contrôleurs/contrôleuses de montage d'aéronefs	9521
	Monteurs/monteuses de bateaux et contrôleurs/contrôleuses de montage de bateaux	9531
	Monteurs/monteuses et contrôleurs/contrôleuses dans la fabrication de matériel, d'appareils et d'accessoires électriques	9524
	Monteurs/monteuses et contrôleurs/contrôleuses d'autres produits en bois	9533
	Monteurs/monteuses et contrôleurs/contrôleuses de matériel mécanique	9526
	Monteurs/monteuses et contrôleurs/contrôleuses de meubles et d'accessoires	9532
	Monteurs/monteuses, finisseurs/finisseuses et contrôleurs/contrôleuses de produits divers	9537
	Opérateurs/opératrices au contrôle de la réduction en pâte des pâtes et papiers, de la fabrication du papier et du couchage	9235
	Opérateurs/opératrices de bateau à moteur, de bac à câble et personnel assimilé	7533
	Opérateurs/opératrices de machines à coudre industrielles	9446
	Opérateurs/opératrices de machines à façonner le papier	9435
	Opérateurs/opératrices de machines à former et à finir le verre et coupeurs/coupeuses de verre	9413
	Opérateurs/opératrices de machines à relier et de finition	9473
	Opérateurs/opératrices de machines à scier dans les scieries	9431
	Opérateurs/opératrices de machines à travailler le bois	9437
	Opérateurs/opératrices de machines à travailler les métaux légers et lourds, et de machines de formage	9416

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Opérateurs/opératrices de machines dans la fabrication et la finition du papier	9433
	Opérateurs/opératrices de machines dans le façonnage et la finition des produits en béton, en argile ou en pierre	9414
	Opérateurs/opératrices de machines dans le traitement des métaux et des minerais	9411
	Opérateurs/opératrices de machines dans les usines de pâte à papier	9432
	Opérateurs/opératrices de machines d'autres produits métalliques	9418
	Opérateurs/opératrices de machines de traitement des matières plastiques	9422
	Opérateurs/opératrices de machines de transformation du caoutchouc et personnel assimilé	9423
	Opérateurs/opératrices de machines d'usinage	9417
	Opérateurs/opératrices de machines et contrôleurs/contrôleuses dans la fabrication d'appareils électriques	9527
	Opérateurs/opératrices de machines et de procédés industriels dans la transformation des aliments, des boissons et des produits connexes	9461
	Opérateurs/opératrices de machines et travailleurs/travailleuses de traitement des fibres et des fils textiles, du cuir et des peaux	9441
	Opérateurs/opératrices de poste central de contrôle et de conduite de procédés industriels dans le traitement des métaux et des minerais	9231
	Opérateurs/opératrices de presses à imprimer	7381
	Opérateurs/opératrices de salle de commande centrale dans le raffinage du pétrole et le traitement du gaz et des produits chimiques	9232
	Opérateurs/opératrices de scies à chaîne et d'engins de débardage	8421
	Opérateurs/opératrices d'équipement d'impression sans plaque	9471
	Opérateurs/opératrices d'installations de traitement des produits chimiques	9421
	Opérateurs/opératrices d'installations du traitement de l'eau et des déchets	9243
	Pêcheurs indépendants/pêcheuses indépendantes	8262
	Peintres, enduiseurs/enduiseuses et opérateurs/opératrices de postes de contrôle dans le finissage du métal - secteur industriel	9536
	Personnel d'entretien et de soutien des mines souterraines	8411
	Personnel du forage et de l'entretien des puits de pétrole et de gaz et personnel assimilé	8412
	Photograveurs-clicheurs/photograveuses-clicheuses, photograveurs-reporteurs/photograveuses-reporteuses et autre personnel de prépresse	9472
	Surveillants/surveillantes dans la fabrication d'appareils électriques	9223

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
	Surveillants/surveillantes dans la fabrication d'autres produits métalliques et de pièces mécaniques	9226
	Surveillants/surveillantes dans la fabrication de matériel électronique	9222
	Surveillants/surveillantes dans la fabrication de meubles et d'accessoires	9224
	Surveillants/surveillantes dans la fabrication de produits en caoutchouc et en plastique	9214
	Surveillants/surveillantes dans la fabrication de véhicules automobiles	9221
	Surveillants/surveillantes dans la fabrication et le montage de produits divers	9227
	Surveillants/surveillantes dans la transformation des aliments, des boissons et des produits connexes	9213
	Surveillants/surveillantes dans la transformation des métaux et des minerais	9211
	Surveillants/surveillantes dans la transformation des produits forestiers	9215
	Surveillants/surveillantes dans la transformation et la fabrication de produits textiles, de tissus, de fourrure et de cuir	9217
	Surveillants/surveillantes dans le raffinage du pétrole, dans le traitement du gaz et des produits chimiques et dans les services d'utilité publique	9212
	Surveillants/surveillantes de l'exploitation des mines et des carrières	8221
	Surveillants/surveillantes de l'exploitation forestière	8211
	Surveillants/surveillantes de l'imprimerie et du personnel assimilé	7303
	Surveillants/surveillantes des opérations du transport ferroviaire	7304
	Surveillants/surveillantes du transport routier et du transport en commun	7305
	Tisseurs/tisseuses, tricoteurs/tricoteuses et autres opérateurs/opératrices de machines textiles	9442

Catégorie (INSPQ)	Libellé CNP	Code CNP
Manœuvres		
	Aides de soutien des métiers et manœuvres en construction	7611
	Autres manœuvres des services de transformation, de fabrication et d'utilité publique	9619
	Autres manœuvres et aides de soutien de métiers	7612
	Manœuvres à la récolte	8611
	Manœuvres à l'entretien des travaux publics	7621
	Manœuvres dans la fabrication des produits en caoutchouc et en plastique	9615
	Manœuvres dans la transformation des aliments, des boissons et des produits connexes	9617
	Manœuvres dans la transformation du poisson et des fruits de mer	9618
	Manœuvres dans le traitement des métaux et des minerais	9611
	Manœuvres dans le traitement des pâtes et papiers et la transformation du bois	9614
	Manœuvres dans le traitement des produits chimiques et les services d'utilité publique	9613
	Manœuvres dans le transport ferroviaire et routier	7622
	Manœuvres de forage et d'entretien des puits de pétrole et de gaz, et personnel assimilé	8615
	Manœuvres de l'aquaculture et de la mariculture	8613
	Manœuvres de l'exploitation forestière	8616
	Manœuvres des mines	8614
	Manœuvres des produits du textile	9616
	Manœuvres en aménagement paysager et en entretien des terrains	8612
	Manœuvres en métallurgie	9612
	Ouvriers/ouvrières agricoles	8431
	Ouvriers/ouvrières dans les usines de transformation du poisson et de fruits de mer	9463
	Ouvriers/ouvrières de fonderies	9412
	Ouvriers/ouvrières de gares de triage et à l'entretien de la voie ferrée	7531
	Ouvriers/ouvrières de pépinières et de serres	8432
	Ouvriers/ouvrières en sylviculture et en exploitation forestière	8422

Annexe 16

Lettre type de demande d'information à la Régie des rentes du Québec et à la Commission de la construction du Québec

Saint-Jérôme, le 17 janvier 2014

Régie des rentes du Québec
2600, boulevard Laurier, bureau 501
Québec (Québec) G1V 4T3

Objet : Demande de renseignements dans le cadre d'une enquête au sujet d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO)

Madame, Monsieur,

La collaboration de votre organisme est requise afin d'obtenir des renseignements essentiels à la poursuite de l'enquête que nous devons effectuer suivant la réception d'une déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire, dont vous trouverez la définition dans la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2, art. 79-82).

Cette même loi édicte, à l'article 100, alinéa 8, qu' « *...un directeur de santé publique peut, lorsque requis dans le cadre d'une enquête épidémiologique :*

8° « ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel ... ».

Comme j'ai reçu la délégation du Dr Éric Goyer, directeur de santé publique des Laurentides, m'autorisant à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique dans le cadre d'une enquête, le 3 septembre 2013, en vertu de l'article 113 de cette loi, auriez-vous l'obligeance de me transmettre directement les renseignements suivants concernant la personne identifiée ci-après.

1. La liste des employeurs (nom et adresse de la raison sociale de chaque employeur), contenus au registre des cotisants, pour qui la personne a exercé un emploi;

2. Les périodes pendant lesquelles cette personne a effectué un emploi pour chacun des employeurs et les adresses complètes, si disponibles.

.../2

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Anne Gagné
Infirmière clinicienne
Pour la Direction de santé publique des Laurentides
f:\sat\mado\correspondance\2014\cor_régie rentes_2014-01-17.doc

Saint-Jérôme, le 29 janvier 2014

Commission de la construction du Québec
Service à la clientèle
1201, Boulevard Crémazie Est
Montréal, Québec H2M 0A6

Objet : Demande de renseignements dans le cadre d'une enquête au sujet d'une maladie à déclaration obligatoire(MADO)

Madame, Monsieur,

La collaboration de votre organisme est requise afin d'obtenir des renseignements essentiels à la poursuite de l'enquête que nous devons effectuer suivant la réception d'une déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire, dont vous trouverez la définition dans la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2, art. 79-82.).

Cette même loi édicte, à l'article 100, alinéa 8, qu' « *...un directeur de santé publique peut, lorsque requis dans le cadre d'une enquête épidémiologique :*

8º « ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel... ».

Comme j'ai reçu la délégation du Dr Éric Goyer, directeur de santé publique des Laurentides, m'autorisant à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique dans le cadre d'une enquête, le 3 septembre 2013, en vertu de l'article 113 de cette loi, auriez-vous l'obligeance de me transmettre directement les renseignements suivants concernant la personne identifiée ci-après :

1. La liste des employeurs (nom et adresse de la raison sociale de chaque employeur), contenus au registre des cotisants, pour qui la personne a exercé un emploi;

2. Les heures pendant lesquelles cette personne a effectué un emploi pour chacun des employeurs et le métier exercé.

.../2

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Anne Gagné
Infirmière clinicienne
Pour la Direction de santé publique des Laurentides

Annexe 17

Guide d'information au patient pour soumettre une réclamation à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

PROJET PILOTE MADO-AMIANTE

INFORMATIONS À TRANSMETTRE AU TRAVAILLEUR CONCERNANT LES RÉCLAMATIONS À LA CSST

1. Lors de l'enquête auprès de la personne atteinte d'amiantose ou de mésothéliome qui a fait l'objet d'une MADO, si on met en évidence une exposition professionnelle, il est prévu que l'infirmier s'informe si une réclamation a été soumise à la CSST. Si la réponse est négative, l'infirmier s'informera auprès du travailleur s'il est au courant de ses droits en matière de lésions professionnelles (indemnisation, assistance médicale, etc.). L'infirmier précisera que, pour bénéficier de ces droits, le travailleur doit soumettre une réclamation à la CSST, qui décidera de l'admissibilité de la réclamation.

2. Si le travailleur pense être atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire**, il doit remplir deux formulaires** (des instructions détaillées sont contenues dans chacun de ces documents) :

   1) Le **formulaire « Réclamation du travailleur »** disponible sur le site web de la CSST : http://www.csst.qc.ca/formulaires/Documents/1939web.pdf. Ce formulaire peut être rempli en ligne : https://www.servicesenligne.csst.qc.ca/travailleurs/reclamation_travailleur/etape0.aspx.

   2) **Le formulaire « Annexe à la réclamation du travailleur-Maladie professionnelle pulmonaire »** doit être rempli par le travailleur qui croit être atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire causée par son travail. Ce formulaire doit être expédié en même temps que le formulaire Réclamation du travailleur, à moins que ce dernier n'ait déjà été transmis. http://www.csst.qc.ca/formulaires/Documents/2238Web.pdf.

3. **Délais pour faire une réclamation à la CSST pour une maladie professionnelle :**

   L'infirmier informe le travailleur du délai de six mois pour soumettre une réclamation à la CSST. Selon l'article 272 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles :

   > 272. Le travailleur atteint d'une maladie professionnelle ou, s'il en décède, le bénéficiaire, produit sa réclamation à la Commission, sur le formulaire qu'elle prescrit, dans les **six mois de la date où il est porté à la connaissance du travailleur ou du bénéficiaire que le travailleur est atteint d'une maladie professionnelle ou qu'il en est décédé, selon le cas**.

   La CSST décidera de l'admissibilité de la réclamation au cas par cas. On doit donc conseiller au travailleur de s'informer auprès de la CSST de sa région (les numéros de téléphone se retrouvent sur le formulaire « Réclamation du travailleur » ou téléphoner au numéro central unique 1-866-302-CSST(2778).

Information supplémentaire si indiquée lors de l'entrevue. Pour les maladies professionnelles pulmonaires, les procédures diffèrent légèrement de celles pour les accidents de travail et les autres maladies professionnelles. Dans le cas d'une amiantose ou d'un mésothéliome, l'évaluation médicale nécessaire à la CSST sera confiée à un comité des maladies professionnelles pulmonaires qui rencontrera le travailleur. Les pneumologues de ce comité n'ont pas le rôle de se substituer au médecin traitant. Le travailleur doit donc continuer à se référer à celui-ci pour la prescription et le suivi des traitements nécessités par sa condition.

Annexe 18

Procédure de gestion sécuritaire des données

Projet pilote MADO amiante

Surveillance des mésothéliomes et amiantoses dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire

Gestion de l'information et sécurité des données

Région de Chaudière-Appalaches

29 juillet 2014

Gestion sécuritaire des données	
Personnel impliqué à l'INSPQ :	Louise De Guire, médecin Monique Isler, médecin Claude Cornellier, infirmier Anne Gagné, infirmière
Confidentialité	▪ Toutes les données recueillies pendant la durée du projet pilote sont traitées et conservées de façon à en assurer la confidentialité. ▪ Tous les membres de l'équipe sont tenus à la confidentialité par leur code de déontologie et ils ont signé un formulaire d'engagement au respect de la confidentialité à l'INSPQ.
Données nominatives	▪ L'infirmier et l'infirmière ont reçu l'autorisation du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches d'exercer certains pouvoirs dans le cadre des MADO (voir annexe 1). ▪ Les médecins ont reçu l'autorisation du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches d'exercer certains pouvoirs dans le cadre des MADO pour une période limitée de temps au début du projet, puis au cours des derniers mois, à la suite du départ de l'infirmier (voir annexe 1). ▪ L'infirmier et l'infirmière, puis les médecins après le départ de l'infirmier, ont reçu l'autorisation du directeur de la santé publique de Chaudière-Appalaches pour la lecture et la saisie des données dans le « système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique » (système MADO-Chimique) (voir annexe 1). ▪ Seuls l'infirmier et l'infirmière ont accès aux données nominatives, sauf au début du projet, alors qu'un des médecins accompagne l'infirmier ou l'infirmière pendant une journée. Après le départ de l'infirmier, les médecins ont également accès aux données nominatives.
Données dénominalisées	▪ Ces données sont accessibles seulement aux personnes identifiées ci-haut et elles sont traitées avec le même soin que les données nominatives.
Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Déclaration nominative de la MADO	▪ La déclaration **nominative** reçue à la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches est **transmise** via un courriel chiffré Lotus notes accessible seulement à l'infirmier et à l'infirmière, puis aux médecins, à la suite du départ de l'infirmier.

Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Déclaration nominative de la MADO (suite)	▪ La **copie électronique** de la déclaration est enregistrée et **conservée** dans un répertoire dédié sur le réseau informatique de l'INSPQ accessible seulement à l'infirmier et à l'infirmière, puis aux médecins, après le départ de l'infirmier. ▪ Le **courriel est détruit** après l'enregistrement de la copie électronique de la déclaration. ▪ Un**e copie papier** de la déclaration est imprimée. ▪ La **copie papier** est **transportée** dans l**e porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière, puis du médecin, après le départ de l'infirmier, lorsqu'il ou elle se déplace entre l'INSPQ à Montréal ou son domicile et le CSSSR de Thetford Mines ou le point de service du CLSC de Thetford Mines ou encore lorsqu'il ou elle doit se présenter au domicile de certains patients. Ce porte-documents est identifié au nom de l'INSPQ à Montréal et à celui de la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, point de service St-Jean-Chrysostome. ▪ La **copie papier** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ La **copie électronique** de la déclaration ainsi que les copies de sauvegarde seront **effacées** du répertoire informatique de l'INSPQ à la fin du projet. ▪ Lors de la réception de la déclaration, un **numéro séquentiel** est attribué à chaque patient. ▪ La correspondance entre l'identité du patient et le numéro séquentiel est inscrite sur la **Feuille de correspondance** (voir annexe 2). ▪ La **feuille de correspondance** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ La **feuille de correspondance** sera **détruite** à la fin du projet.
Collecte de données dans le dossier médical du patient au CSSSR de Thetford Mines	▪ L'infirmier, l'infirmière ou le médecin identifie les éléments du dossier médical du patient nécessaires pour la validation nosologique qui sont ensuite photocopiés par le service des archives et remis à l'infirmier, à l'infirmière ou au médecin. Ces photocopies **nominatives** sont **transportées** entre le CSSSR de Thetford Mines et, soit le point de service du CLSC de Thetford Mines, soit l'INSPQ à Montréal, dans le **porte-documents barré** de l'infirmier, de l'infirmière ou du médecin. ▪ Les copies nominatives sont photocopiées, soit au point de service du CLSC de Thetford Mines, soit à l'INSPQ à Montréal. ▪ Cette **deuxième copie** est **dénominalisée** en noircissant ou en retranchant l'identité du patient, puis en ajoutant le numéro d'identification séquentiel attribué à ce patient.

Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Collecte de données dans le dossier médical du patient au CSSSR de Thetford Mines (suite)	▪ Les **informations pertinentes du dossier médical** sont inscrites sur un formulaire **dénominalisé** de collecte d'information identifié seulement par un numéro séquentiel (voir annexe 2). Une photocopie de ce formulaire est effectuée. ▪ Une des deux copies du formulaire **dénominalisé** de collecte d'information et les photocopies **nominatives** effectuées à l'INSPQ à Montréal sont transportés dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière ou du médecin, au point de service du CLSC de Thetford Mines où ils sont **conservés aux archives**, en attendant d'être **transférés** à la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, point de service St-Jean-Chrysostome, selon le protocole utilisé par la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches. ▪ Les photocopies du **formulaire dénominalisé** de collecte d'information et des éléments **dénominalisés du dossier médical** sont conservées dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ Les **photocopies dénominalisées** seront **déchiquetées** à la fin du projet.
Enquête auprès du patient via le téléphone ou lors d'une visite à domicile à l'aide du questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle	▪ Si l'enquête est effectuée par **téléphone**, l'appel se fait dans un **local fermé** où l'infirmier, l'infirmière ou le médecin est seul ou seule. ▪ Si l'enquête a lieu **au domicile** du patient, l'infirmier, l'infirmière ou le médecin rencontre le patient seul ou avec les personnes que ce dernier autorise spécifiquement à participer à l'entrevue. ▪ La première page du questionnaire, qui comprend des informations nominatives, est détachée du questionnaire à la fin de la prise d'information auprès du patient (voir annexe 2). ▪ **La première page et le reste du questionnaire, qui est identifié par le numéro d'identification séquentiel**, sont **transportés** séparément dans le **porte-documents barré** de l'infirmier, de l'infirmière ou du médecin, du lieu de l'enquête et, soit au point de service du CLSC de Thetford Mines, soit à l'INSPQ à Montréal. ▪ Le questionnaire identifié par un numéro séquentiel (excluant la première page) est photocopié, soit au point de service du CLSC de Thetford Mines, soit à l'INSPQ à Montréal. ▪ La première page et le reste du questionnaire **transporté** au point de service du CLSC de Thetford Mines sont **conservés au service des archives** de ce point de service.

Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Enquête auprès du patient via le téléphone ou lors d'une visite à domicile à l'aide du questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle (suite)	▪ La première page et le reste du questionnaire **ramenés** à l'INSPQ à Montréal sont **transportés** dans le **porte-documents barré** de l'infirmier, de l'infirmière ou du médecin, au point de service du CLSC de Thetford Mines. ▪ La photocopie du **questionnaire identifié par un numéro séquentiel (excluant la première page)** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ Cette photocopie sera **déchiquetée** à la fin du projet. ▪ La première page et le reste du questionnaire conservés au point de service du CLSC de Thetford Mines seront **transférés** à la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, point de service St-Jean-Chrysostome, selon le protocole utilisé à la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches.
Saisie des données dénominalisées recueillies (formulaire de recueil d'information dans le dossier médical et questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle) dans la base de données Access développée pour le projet	▪ Les données sont identifiées par le **numéro séquentiel** attribué à chaque cas déclaré. ▪ Les copies de sauvegarde de la base de données Access se font sur une clé USB **protégée par un mot de passe**. Cette clé est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ À la fin du projet pilote, la base de données Access sera **transférée** par courriel chiffré à l'infirmière responsable des MADO-Chimique de la région de Chaudière-Appalaches.
Saisie des données dans le système MADO-Chimique de la région de Chaudière-Appalaches	▪ La saisie est faite par l'infirmier, l'infirmière ou le médecin sur un ordinateur ayant accès au réseau RTSS du MSSS protégé par un **code d'utilisateur** et un **mot de passe**.
Analyse des résultats et rédaction du rapport du projet pilote MADO amiante	▪ Les données utilisées pour l'analyse sont dénominalisées et les résultats seront présentés de façon à **ne pouvoir identifier une personne**.

Annexe 1 : Autorisations du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches

- Certificats d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique des Laurentides pour Claude Cornellier, Anne Gagné, Louise De Guire et Monique Isler
- Formulaires d'autorisation d'accès aux données du Système MADO-Chimique pour Claude Cornellier, Anne Gagné, Louise De Guire et Monique Isler

Annexe 2 : Outils de cueillette de données

- Feuille de correspondance
- Formulaire dénominalisé pour la collecte de données dans le dossier médical du patient
- Questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle

Projet pilote MADO amiante

Surveillance des mésothéliomes et amiantoses dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire

Gestion de l'information et sécurité des données

Région des Laurentides

14 août 2014

Gestion sécuritaire des données	
Personnel impliqué à l'INSPQ :	Louise De Guire, médecin Monique Isler, médecin Claude Cornellier, infirmier Anne Gagné, infirmière
Confidentialité	▪ Toutes les données recueillies pendant la durée du projet pilote sont traitées et conservées de façon à en assurer la confidentialité. ▪ Tous les membres de l'équipe sont tenus à la confidentialité par leur code de déontologie et ils ont signé un formulaire d'engagement au respect de la confidentialité à l'INSPQ.
Données nominatives	▪ L'infirmier et l'infirmière ont reçu l'autorisation du directeur de santé publique des Laurentides d'exercer certains pouvoirs dans le cadre des MADO (voir annexe 1). ▪ Les médecins ont reçu l'autorisation du directeur de santé publique des Laurentides d'exercer certains pouvoirs dans le cadre des MADO pour une période limitée de temps (voir annexe 1). ▪ L'infirmier et l'infirmière ont aussi reçu l'autorisation du directeur de la santé publique des Laurentides pour la lecture et la saisie des données dans le « système provincial d'enregistrement, de surveillance et de vigie sanitaire des maladies à déclaration obligatoire attribuables à un agent chimique ou physique » (système MADO-Chimique) (voir annexe 1). ▪ Seuls l'infirmier et l'infirmière ont accès aux données nominatives sauf au début du projet alors qu'un des médecins accompagne l'infirmier ou l'infirmière pendant une journée.
Données dénominalisées	▪ Ces données sont accessibles seulement aux personnes identifiées ci-haut et elles sont traitées avec le même soin que les données nominatives.
Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Déclaration nominative de la MADO	▪ La déclaration **nominative** reçue à la direction de santé publique des Laurentides est **transmise** via un courriel chiffré Lotus notes accessible seulement à l'infirmier et à l'infirmière. ▪ La **copie électronique** de la déclaration est enregistrée et **conservée** dans un répertoire dédié sur le réseau informatique de l'INSPQ accessible seulement à l'infirmier ou à l'infirmière. ▪ Le **courriel est détruit** après l'enregistrement de la copie électronique de la déclaration. ▪ Un**e copie papier** de la déclaration est imprimée.

Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Déclaration nominative de la MADO (suite)	▪ La **copie papier** est **transportée** dans l**e porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière lorsqu'il ou elle se déplace entre l'INSPQ à Montréal ou son domicile et l'Hôpital Régional de Saint-Jérôme ou la direction de santé publique des Laurentides ou encore lorsqu'il ou elle doit se présenter au domicile de certains patients. Ce porte-documents est identifié au nom de l'INSPQ à Montréal et à celui de la direction de santé publique des Laurentides. ▪ La **copie papier** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ La **copie électronique** de la déclaration ainsi que la copie de sauvegarde seront **effacées** du répertoire informatique de l'INSPQ à la fin du projet. ▪ Lors de la réception de la déclaration, un **numéro séquentiel** est attribué à chaque patient. ▪ La correspondance entre l'identité du patient et le numéro séquentiel est inscrite sur la **Feuille de correspondance** (voir annexe 2). ▪ La **feuille de correspondance** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ La **feuille de correspondance** sera **détruite** à la fin du projet.
Collecte de données dans le dossier médical du patient à l'Hôpital Régional de Saint-Jérôme	▪ L'infirmier ou l'infirmière identifie les éléments du dossier médical du patient nécessaires pour la validation nosologique qui sont photocopiés par le service des archives et remis à l'infirmier ou à l'infirmière. Ces photocopies **nominatives** sont **transportées** entre l'Hôpital Régional de Saint-Jérôme et l'INSPQ à Montréal dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière. ▪ Les copies nominatives sont photocopiées à l'INSPQ à Montréal. ▪ Cette **deuxième copie** est **dénominalisée** en noircissant ou en retranchant l'identité du patient, puis en ajoutant le numéro d'identification séquentiel attribué à ce patient. ▪ Les **informations pertinentes du dossier médical** sont inscrites sur un formulaire **dénominalisé** de collecte d'information identifié seulement par un numéro séquentiel (voir annexe 2). ▪ Les photocopies **nominatives** sont transportées dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière de l'INSPQ à Montréal à la direction de santé publique des Laurentides où elles sont **conservées** dans un **bureau fermé** dans un **classeur barré** à accès restreint. ▪ Les photocopies des éléments **dénominalisés du dossier médical** sont conservées dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ Les **photocopies dénominalisées** seront **déchiquetées** à la fin du projet.

Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Enquête auprès du patient via le téléphone ou lors d'une visite à domicile à l'aide du questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle	▪ Si l'enquête est effectuée par **téléphone**, l'appel se fait dans un **local fermé** où l'infirmier ou l'infirmière est seul ou seule. ▪ Si l'enquête a lieu **au domicile** du patient, l'infirmier ou l'infirmière rencontre le patient seul ou avec les personnes que ce dernier autorise spécifiquement à participer à l'entrevue. ▪ La première page du questionnaire, qui comprend des informations nominatives, est détachée du questionnaire à la fin de la prise d'information auprès du patient (voir annexe 2). ▪ **La première page et le reste du questionnaire, qui est identifié par le numéro d'identification séquentiel**, sont **transportés** dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière du lieu de l'enquête à l'INSPQ à Montréal. ▪ Le questionnaire identifié par un numéro séquentiel (excluant la première page) est photocopié. ▪ **La première page et le reste du questionnaire, qui est identifié par le numéro d'identification séquentiel**, sont **transportés** dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière de l'INSPQ à Montréal à la direction de santé publique des Laurentides. ▪ La première page et le reste du questionnaire sont **conservés** à la direction de santé publique des Laurentides dans un **bureau fermé** dans un **classeur barré** à accès restreint ▪ La photocopie du **questionnaire identifié par un numéro séquentiel (excluant la première page)** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ Cette photocopie sera **déchiquetée** à la fin du projet.
Saisie des données dénominalisées recueillies (formulaire de recueil d'information dans le dossier médical et questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle) dans la base de données Access développée pour le projet	▪ Les données sont identifiées par le **numéro séquentiel** attribué à chaque cas déclaré. ▪ Les copies de sauvegarde de la base de données Access se font sur une clé USB **protégée par un mot de passe**. Cette clé est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ À la fin du projet pilote, la base de données Access sera **transférée** par courriel chiffré à l'infirmière responsable des MADO-Chimique de la région des Laurentides.
Saisie des données dans le système MADO-Chimique de la région des Laurentides	▪ La saisie est faite par l'infirmier ou l'infirmière sur un ordinateur ayant accès au réseau RTSS du MSSS protégé par un **code d'utilisateur** et un **mot de passe**.
Analyse des résultats et rédaction du rapport du projet pilote MADO amiante	▪ Les données utilisées pour l'analyse sont dénominalisées et les résultats seront présentés de façon à **ne pouvoir identifier une personne**.

Annexe 1 : Autorisations du directeur de santé publique des Laurentides

- Certificats d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique des Laurentides pour Claude Cornellier, Anne Gagné, Louise De Guire et Monique Isler
- Formulaires d'autorisation d'accès aux données du Système MADO-Chimique pour Claude Cornellier et Anne Gagné

Annexe 2 : Outils de cueillette de données

- Feuille de correspondance
- Formulaire dénominalisé pour la collecte de données dans le dossier médical du patient
- Questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle

Projet pilote MADO amiante

Surveillance des mésothéliomes et amiantoses dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire

Gestion de l'information et sécurité des données

Région de Montréal

14 août 2014

Gestion sécuritaire des données	
Personnel impliqué à l'INSPQ :	Louise De Guire, médecin Monique Isler, médecin Claude Cornellier, infirmier Anne Gagné, infirmière
Confidentialité	▪ Toutes les données recueillies pendant la durée du projet pilote sont traitées et conservées de façon à en assurer la confidentialité. ▪ Tous les membres de l'équipe sont tenus à la confidentialité par leur code de déontologie et ils ont signé un formulaire d'engagement au respect de la confidentialité à l'INSPQ.
Données nominatives	▪ L'infirmier et l'infirmière ont reçu l'autorisation du directeur de santé publique de Montréal d'exercer certains pouvoirs dans le cadre des MADO (voir annexe 1). ▪ Les médecins ont reçu l'autorisation du directeur de santé publique de Montréal d'exercer certains pouvoirs dans le cadre des MADO pour une période limitée de temps (voir annexe 1). ▪ Seuls l'infirmier et l'infirmière ont accès aux données nominatives, sauf au début du projet, alors qu'un des médecins accompagne l'infirmier ou l'infirmière pendant une journée.
Données dénominalisées	▪ Ces données sont accessibles seulement aux personnes identifiées ci-haut et elles sont traitées avec le même soin que les données nominatives.
Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Déclaration nominative de la MADO	▪ La déclaration **nominative** reçue à la direction de santé publique de Montréal est **transmise** via un courriel chiffré Lotus notes accessible seulement à l'infirmier et à l'infirmière. ▪ La **copie électronique** de la déclaration est enregistrée et **conservée** dans un répertoire dédié sur le réseau informatique de l'INSPQ accessible seulement à l'infirmier et à l'infirmière. ▪ Le **courriel est détruit** après l'enregistrement de la copie électronique de la déclaration. ▪ Un**e copie papier** de la déclaration est imprimée. ▪ La **copie papier** est **transportée** dans l**e porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière lorsqu'il ou elle se déplace entre l'INSPQ à Montréal ou son domicile et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ou la direction de santé publique de Montréal ou encore lorsqu'ils doivent se présenter au domicile de certains patients. Ce porte-documents est identifié au nom de l'INSPQ à Montréal et à celui de la direction de santé publique de Montréal.

Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	**Mesure de sécurité prévue**
Déclaration nominative de la MADO (suite)	▪ La **copie papier** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ La **copie électronique** de la déclaration ainsi que les copies de sauvegarde seront **effacées** du répertoire informatique de l'INSPQ à la fin du projet. ▪ Lors de la réception de la déclaration, un **numéro séquentiel** est attribué à chaque patient. ▪ La correspondance entre l'identité du patient et le numéro séquentiel est inscrite sur la **Feuille de correspondance** (voir annexe 2). ▪ **La feuille de correspondance** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ La **feuille de correspondance** sera **détruite** à la fin du projet.
Collecte de données dans le dossier médical du patient à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	▪ L'infirmier ou l'infirmière identifie les éléments du dossier médical du patient nécessaires pour la validation nosologique qui sont photocopiés par le service des archives et remis à l'infirmier ou à l'infirmière. Ces photocopies **nominatives** sont **transportées** entre l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'INSPQ à Montréal dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière. ▪ Les copies nominatives sont photocopiées à l'INSPQ à Montréal. ▪ Cette **deuxième copie** est **dénominalisée** en noircissant ou en retranchant l'identité du patient, puis en ajoutant le numéro d'identification séquentiel attribué à ce patient. ▪ Les **informations pertinentes du dossier médical** sont inscrites sur un formulaire **dénominalisé** de collecte d'information identifié seulement par un numéro séquentiel (voir annexe 2). ▪ Les photocopies **nominatives** sont **transportées** dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière de l'INSPQ à Montréal à la direction de santé publique de Montréal où elles sont **conservées** dans un **bureau fermé** dans un **classeur barré** à accès restreint. ▪ Les photocopies des éléments **dénominalisés du dossier médical** sont **conservées** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ Les **photocopies dénominalisées** seront **déchiquetées** à la fin du projet.

Risque potentiel de bris de la confidentialité pendant le projet pilote	Mesure de sécurité prévue
Enquête auprès du patient via le téléphone ou lors d'une visite à domicile à l'aide du questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle.	▪ Si l'enquête est effectuée par **téléphone**, l'appel se fait dans un **local fermé** où l'infirmier ou l'infirmière est seul ou seule. ▪ Si l'enquête a lieu **au domicile** du patient, l'infirmier ou l'infirmière rencontre le patient seul ou avec les personnes que ce dernier autorise spécifiquement à participer à l'entrevue. ▪ La première page du questionnaire, qui comprend des informations nominatives, est détachée du questionnaire à la fin de la prise d'information auprès du patient (voir annexe 2). ▪ **La première page et le reste du questionnaire, qui est identifié par le numéro d'identification séquentiel**, sont **transportés** dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière du lieu de l'enquête à l'INSPQ à Montréal. ▪ Le questionnaire identifié par un numéro séquentiel (excluant la première page) est photocopié. ▪ **La première page et le reste du questionnaire, qui est identifié par le numéro d'identification séquentiel**, sont **transportés** dans le **porte-documents barré** de l'infirmier ou de l'infirmière de l'INSPQ à Montréal à la direction de santé publique de Montréal. ▪ La première page et le reste du questionnaire sont **conservés** à la direction de santé publique de Montréal dans un **bureau fermé** dans un **classeur barré** à accès restreint. ▪ La photocopie **du questionnaire identifié par un numéro séquentiel (excluant la première page)** est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ Cette photocopie sera **déchiquetée** à la fin du projet.
Saisie des données dénominalisées recueillies (formulaire de recueil d'information dans le dossier médical et questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle) dans la base de données Access développée pour le projet	▪ Les données sont identifiées par le **numéro séquentiel** attribué à chaque cas déclaré. ▪ Les copies de sauvegarde de la base de données Access se font sur une clé USB **protégée par un mot de passe**. Cette clé est **conservée** dans le **classeur barré** du projet à l'INSPQ à Montréal. ▪ À la fin du projet pilote, la base de données Access sera **transférée** par courriel chiffré à l'infirmière responsable des MADO-Chimique de la région de Montréal.
Saisie des données dans le système MADO-Chimique de la région de Montréal	▪ La saisie est faite par l'intervenant désigné de la direction de santé publique de Montréal sur un ordinateur ayant accès au réseau RTSS du MSSS protégé par un **code d'utilisateur** et un **mot de passe**.
Analyse des résultats et rédaction du rapport du projet pilote MADO amiante	▪ Les données utilisées pour l'analyse sont dénominalisées et les résultats seront présentés de façon à **ne pouvoir identifier une personne**.

Annexe 1 : Autorisations du directeur de santé publique de Montréal

- Certificats d'autorisation à exercer certains pouvoirs du directeur de santé publique

Annexe 2 : Outils de cueillette de données

- Feuille de correspondance
- Formulaire dénominalisé pour la collecte de données dans le dossier médical du patient
- Questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle

Annexe 19

Formulaire de suivi de la démarche

Cas n°	Visite des archives médicales (cocher/oui)	Photocopies obtenues de l'hôpital (cocher/oui)	Photocopies sont dépersonnalisées et étampées (cocher/oui)	Photocopies dépersonnalisées, ordonnées, surlignées, pages importantes* identifiées (cocher/oui)	Le patient ou sa famille a été contacté (cocher/oui)	L'entrevue du patient ou de la famille est terminée (cocher/oui)	Informations complémentaires à obtenir de la RRQ, CCQ, etc. (Non ou spécifier source)	Informations complémentaires reçues (cocher/oui)	Classification de l'exposition faite (cocher/oui)	Dossier révisé avec Louise De Guire (cocher/oui)	Modifications faites si nécessaire (cocher/oui)	Données entrées au système MADO (cocher/oui)	Dossier nominal			Révisé LDG et MD DSP	Données entrées à l'écran Access (cocher/oui)	Feuille de commentaires sur le processus remplie (cocher/oui)
													Préparé	Envoyé CSSS	Envoyé DSP			

Annexe 20

Formulaire de commentaires sur la procédure par cas pour l'infirmier ou l'infirmière du projet

Résultats intermédiaires d'intérêt (étape des activités de l'intervenant de la DSP)	**Précisions sur la procédure proposée**	**Identifier et commenter :** ▪ les difficultés rencontrées ▪ les modifications effectuées pendant le projet pilote ▪ recommandations à faire ▪ tout autre commentaire ▪ temps requis : en particulier pour les points 2, 4, 8, 9
1. Transmission de l'Information concernant le cas déclaré	Selon l'entente de fonctionnement spécifique à la DSP et l'hôpital *Annexe 2 a) Organigramme Traitement Mésothéliomes et Amiantoses dans le cadre du projet pilote MADO-amiante;* *b) CR réunion du 16 janvier 2013*	
2. Révision du dossier médical	Selon la méthodologie proposée par Louise De Guire (document à faire) *Annexe 3*	Temps estimé : _____ Temps estimé photocopie : _____
3. Utilisation des formulaires de recueil d'information dans le dossier médical	*Annexe 4a) Formulaire de recueil d'information amiantose et b) guide* *Annexe 5 a) Formulaire de recueil d'information mésothéliome et b) guide*	
4. Enquêtes téléphoniques en utilisant les outils proposés	*Annexe 6a) Questionnaire Histoire professionnelle et non professionnelle et b) Guide*	Temps estimé : _____
5. Validation de la méthode et des outils pour la classification de l'exposition	*Annexe 6a) Questionnaire Histoire professionnelle et non professionnelle et b) guide*	
6. Utilisation d'autres sources d'information pour l'exposition	Source utilisée? CCQ ☐ oui ☐ non RRQ ☐ oui ☐ non SISAT ☐ oui ☐ non Dossier médical ☐ oui ☐ non Autres (spécifier) ☐ oui ☐ non	
7. Classification nosologique de la maladie	Annexe 7 Définitions nosologiques	

Résultats intermédiaires d'intérêt (étape des activités de l'intervenant de la DSP)	**Précisions sur la procédure proposée**	**Identifier et commenter :** ▪ les difficultés rencontrées ▪ les modifications effectuées pendant le projet pilote ▪ recommandations à faire ▪ tout autre commentaire ▪ temps requis : en particulier pour les points 2, 4, 8, 9
8. Identification des éléments du dossier médical nécessaires à la validation nosologique ainsi que les procédures pour y accéder	Selon l'entente avec les médecins responsables du dossier MADO à la DSP : « L'équipe de la DSP demande à l'infirmier de photocopier les éléments importants du dossier selon son jugement. À la fin de l'enquête de chaque cas l'équipe de la DSP donnera une rétroaction concernant l'importance des éléments du dossier »	
9. Saisie des données dans la base Access des données du projet pilote	Identifier les problèmes qui ont surgi lors de la saisie de ce cas	Temps estimé : _____
10. Saisie des données dans la base MADO-C des données du projet pilote	Identifier les problèmes qui ont surgi lors de la saisie de ce cas	Temps estimé : _____
11. Soutien téléphonique utilisé pour le cas (si pas déjà décrit plus haut)	A-t-il été nécessaire de faire des appels à l'INSPQ? (décrire problème, solution…)	

Annexe 21

Éléments à évaluer à la phase préparatoire du projet par région

ÉLÉMENTS À ÉVALUER À LA PHASE PRÉPARATOIRE DU PROJET PAR RÉGION

Tableau 1-A Évaluation de la phase préparatoire. Région de Chaudière-Appalaches - volet direction de santé publique

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Appui du directeur de santé publique pour approcher les hôpitaux ciblés	Conférence téléphonique 13 juin 2012 (appui verbal) Lettre ou mémo	Courriel du coordonnateur et du directeur de santé publique	13 juin 2012
La méthode et les outils pour la validation nosologique des cas d'amiantose et de mésothéliome et la saisie des données ont été présentés aux intervenants MADO-C	Réunion du 5 octobre avec les intervenants MADO-C de la direction de santé publique (absence de médecin en santé au travail) et aux représentants du comité pour l'offre de service de base pour les MADO-chimique MSSS MADO-C Résumé du projet Outils de collecte des données Démonstration avortée de la banque Access	Ordre du jour, notes de la réunion du 5 octobre 2012	5 octobre 2012
Un interlocuteur (agent de liaison?) de la direction de santé publique pour le projet a été identifié face à l'hôpital et face à l'INSPQ	Coordonnateur Infirmière (réception des déclarations de l'hôpital et interface avec l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service) Médecin responsable MADO-C décision validation nosologique et intervention)	Compte-rendu de la réunion du 16 janvier à l'Hôpital de Thetford Mines	16 janvier 2013
Le directeur de santé publique ou son représentant a communiqué avec les autorités hospitalières pour proposer le projet	Le directeur de santé publique a communiqué avec le directeur général de l'hôpital Rencontre avec le directeur de santé publique et le représentant du CMDP	Courriels préparant la rencontre	22 octobre 2012
Le fonctionnement interne de la direction de santé publique concernant le cheminement des cas déclarés de MADO reliées à l'amiante autres que ceux déclarés par le CSMPP a été décrit	Précisions des modalités de déclaration à la suite du déménagement Identification des cas déjà connus et des cas hors territoire (exclus du projet pilote) Procédures de fonctionnement interne en fonction de la validation nosologique pour les cas déclarés par une autre source que le CSMPP Responsabilités respectives MADO en santé environnementale et MADO en santé au travail pour la validation nosologique et l'intervention de protection si nécessaire, selon l'identification d'expositions professionnelles et environnementales contributives	Algorithme version 19 mars 2013	Dernière version 19 mars 2013

Tableau 1-A Évaluation de la phase préparatoire. Région de Chaudière-Appalaches - volet direction de santé publique (suite)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Il y a entente entre la direction de santé publique et l'INSPQ concernant le soutien par l'INSPQ pour les activités de la responsabilité de la direction de santé publique, reliées au projet pilote	L'Infirmier de l'INSPQ en prêt de service à la direction de santé publique fera l'enquête pour la validation nosologique et fera la saisie dans le système MADO-C	Algorithme version 19 mars 2013	Dernière version 19 mars 2013
Les modalités de fonctionnement assurant la complémentarité entre les activités reliées au projet et les responsabilités de la direction de santé publique (validation et classification nosologique, intervention en protection de la santé) ont été décrites	Modalités pour informer l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service d'une nouvelle déclaration : courriel sécurisé La responsabilité pour la classification nosologique du cas relève du médecin MADO-C en santé au travail de la direction de santé publique (santé environnementale si non professionnel) L'infirmier de l'INSPQ en prêt de service fera la saisie dans le système MADO-C et transfère/présente le dossier à l'équipe de santé au travail pour validation de la classification nosologique et suite enquête prn Modalités de transfert du dossier par l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service à l'infirmière MADO en santé au travail de la direction de santé publique via le point de service de Thetford Mines. Rencontre avec l'équipe ou le médecin au besoin L'infirmier de l'INSPQ en prêt de service fera la saisie dans l'écran Access pour l'INSPQ. Identification de l'information à envoyer à l'INSPQ pour les déclarations provenant de l'hôpital qui ne font pas partie du projet pilote (Modifications apportées pendant la mise en œuvre suite aux ententes entre un des médecins de l'équipe de projet et le médecin responsable MADO-C pour la révision des dossiers et discussion de la validation nosologique pour chaque cas) **Ceci va dans la mise en œuvre**	Algorithme version 19 mars 2013 Protocole de transfert des documents entre les points de service	Dernière version 19 mars 2013

Tableau 1-A Évaluation de la phase préparatoire. Région de Chaudière-Appalaches - volet direction de santé publique (suite)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
L'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service ont été dûment mandatés dans le cadre du mandat des MADO par le directeur de santé publique	Certificat d'autorisation du directeur de santé publique pouvoirs d'enquête et autorisation d'accès au système MADO (des certificats temporaires ont aussi été obtenus pour les médecins de l'INSPQ à la suite de la décision d'accompagner les premiers cas)	Certificats d'autorisation et formulaires d'autorisation d'accès aux données MADO pour l'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service et autorisations brèves pour les autres personnes concernées	Différentes dates selon les personnes
L'infirmier de l'INSPQ en prêt de service a reçu la formation concernant la démarche et les outils pour le projet	L'infirmier de l'INSPQ en prêt de service : ▪ outils de collecte : révision des outils et accompagnement lors de la révision des premiers cas ▪ saisie Access : essais répétés et ajustements de l'écran de saisie pendant les premiers mois ▪ saisie MADO : formation par collègues en Montérégie ▪ participation à l'élaboration du document sur la gestion sécuritaire de l'information (+ révision des trois premiers cas avec un médecin de l'INSPQ)	Gestion sécuritaire de l'information	Continu sur plusieurs mois lors de la mise en œuvre Continu sur plusieurs mois lors de la mise en œuvre Avant ou parallèle à la mise en œuvre 31 mai 2013 (début de la mise en œuvre)
Aspects organisationnels découlant sont en place	L'accès physique au lieu de travail, au poste informatique, classeur sous clé, etc. Accès informatique, mots de passe, etc. : en collaboration avec les services techniques de l'INSPQ et du RTSS Voir aussi phase préparatoire volet INSPQ		
Plan de gestion sécuritaire de l'information en place	Procédures internes de la direction de santé publique connues de l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service Élaboration du document « gestion sécuritaire de l'information » adapté au contexte de la région 12	Document	31 mai 2013

Tableau 1-B Évaluation de la phase préparatoire. Région de Chaudière-Appalaches - volet hôpital (hôpital de Thetford Mines)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Les médecins et les autorités médico-administratives ont donné leur accord dans l'hôpital ciblé	Accord donné par le directeur général rencontré par le directeur de santé publique	?	
	Accord du directeur des services professionnels et hospitaliers (DSPH) lors de la rencontre du 22 octobre 2012 (directeur de santé publique, coordonnateur, médecin responsable MADO-C, DSPH, médecin interniste, archiviste responsable)	Courriel de l'archiviste responsable au médecin responsable MADO-C 2012-11-19 relayé par l'infirmière 2012-11-20	2012-10-22
	Accord donné par le CMDP, rapporté par l'archiviste responsable		2012-11-20
Une procédure interne à l'hôpital a été élaborée et approuvée conformément aux exigences organisationnelles et a été communiquée aux médecins et aux archivistes	Il est convenu que les archivistes feront une déclaration hebdomadaire des mésothéliomes et des amiantoses recensés	Compte-rendu de la réunion du 16 janvier à l'Hôpital de Thetford Mines	2013-01-16
Les modalités de transmission par les archivistes ont été définies	Transmission par télécopieur à l'infirmière. Les semaines où il n'y a pas de cas, un courriel est envoyé pour aviser	Compte-rendu de la réunion du 16 janvier à l'Hôpital de Thetford Mines Procédure de transmission de la déclaration	2013-01-16
Les modalités de consultation des dossiers pour la validation nosologique ont été précisées	L'Infirmier prêté par l'INSPQ entre en contact avec les personnes ressources identifiées	Compte-rendu de la réunion du 16 janvier à l'Hôpital de Thetford Mines	2013-01-16
Un interlocuteur pour le projet a été identifié pour l'hôpital et pour la direction de santé publique	Archiviste responsable, archiviste chargée de la déclaration, chef d'équipe santé au travail à Thetford Mines, médecin responsable MADO-C, infirmière	Compte-rendu de la réunion du 16 janvier à l'Hôpital de Thetford Mines	2013-01-16
Une date de début a été identifiée (et **fin?)**	Le début est convenu pour le 21 janvier donc première déclaration le 28 janvier	Compte-rendu de la réunion du 16 janvier à l'Hôpital de Thetford Mines	2013-01-16

Tableau 2-A Évaluation de la phase préparatoire. Région des Laurentides - volet direction de santé publique

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Obtenir l'appui du directeur de santé publique pour approcher les hôpitaux ciblés	Médecin représentant désigné pour approcher les autorités hospitalières	(courriel du directeur de santé publique 11 mai 2012) Rencontre avec le médecin représentant désigné	11 mai 2012 2 octobre 2012
La méthode et les outils pour la validation nosologique des cas d'amiantose et de mésothéliome et la saisie des données ont été présentés aux intervenants MADO-C	**Vendredi le 15 juin de 13 h 30 - 16 h 30** : Médecin en santé au travail et infirmière en santé au travail **Lundi le 18 juin de 9 h - 12 h** : Médecin en santé environnementale, infirmière en santé au travail, infirmière de Laval et coordonnatrice en santé au travail	Ordre du jour, notes de réunion	15 et 18 juin 2012
Un interlocuteur (agent de liaison?) de la direction de santé publique pour le projet a été identifié face à l'hôpital, et face à l'INSPQ	Médecin représentant le directeur de santé publique pour approcher l'hôpital Coordonnatrice en santé au travail Médecin en santé environnementale : réception et transmission des déclarations éligibles de l'hôpital à l'infirmière du projet; décision de la classification nosologique des cas Infirmière en santé au travail : interface avec l'INSPQ en phase préparatoire. Infirmière en santé au travail; recevoir les dossiers enquêtés dans le cadre du projet pilote pour transmission au médecin en santé au travail ou en santé environnementale selon les procédures locales	Logigramme Version finale 2013-06	Juin 2013
Le directeur des services professionnels ou son représentant a communiqué avec les autorités hospitalières pour proposer le projet	Le médecin représentant le directeur de santé publique a communiqué avec le directeur général de l'hôpital. A présenté le projet au directeur des services professionnels et hospitaliers et au président du CMDP et a fait le suivi au sujet de la décision de l'exécutif du CMDP. (Rencontre directeur des services professionnels et hospitaliers et le président du CMDP de l'Hôpital de St-Jérôme, jeudi 28 février 2013 et communication de documents)	Courriels du médecin représentant	Février 2013 à juillet 2013

Tableau 2-A Évaluation de la phase préparatoire. Région des Laurentides - volet direction de santé publique (suite)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Le fonctionnement interne de la direction de santé publique concernant le cheminement des MADO reliées à l'amiante autres que celles déclarées par le CSMPP a été décrit	Description des étapes, qui fait quoi NB ▪ coordination entre santé au travail et santé environnementale est décrite ▪ information envoyée à l'INSPQ pour les déclarations qui ne font pas partie du projet pilote	Notes de la rencontre du 2 mai Logigramme version finale 2013-06 Informations complémentaires au logigramme	Juin 2013
Il y a entente entre la direction de santé publique et l'INSPQ concernant le soutien par l'INSPQ pour les activités de la responsabilité de la direction de santé publique, reliées au projet pilote	L'infirmier de l'INSPQ en prêt de service fera l'enquête pour la validation nosologique et fait la saisie dans le système MADO	Logigramme Version finale 2013-06	Juin 2013
Les modalités de fonctionnement assurant la complémentarité entre les activités reliées au projet et les responsabilités d'enquête et d'intervention en protection de la santé de la direction de santé publique ont été décrites	Modalités pour informer l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service d'une nouvelle déclaration : courriel sécurisé La responsabilité pour la classification nosologique du cas relève du médecin MADO-C en santé environnementale de la direction de santé publique L'infirmier de l'INSPQ en prêt de service fera la saisie dans le système MADO-C et transfère/présente le dossier au médecin MADO-C en santé environnementale pour la validation de la classification nosologique et suites enquête prn L'infirmier de l'INSPQ en prêt de service fera la saisie dans l'écran Access pour l'INSPQ Identification de l'information à envoyer à l'INSPQ pour les déclarations provenant de l'hôpital qui ne font pas partie du projet pilote	Logigramme Version finale 2013-06 Informations complémentaires au logigramme Courriel du 15 août 2013 au médecin en santé environnementale	Rencontre 2 mai *questions dans la version précédente* *- transmission du dossier de l'infirmier à l'équipe désignée (santé au travail et? Ou? santé environnementale ?) de la direction de santé publique à la fin de l'enquête* *-modalités de clarification/qui est responsable de la décision pour la classification nosologique (par exemple ambiguïtés amiantose)* *-avant ou après l'entrée dans le SMEST?*

Tableau 2-A Évaluation de la phase préparatoire. Région des Laurentides - volet direction de santé publique (suite)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
L'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service ont été dûment mandatés dans le cadre du mandat des MADO par le directeur de santé publique	Certificat d'autorisation du directeur de santé publique pouvoirs d'enquête et autorisation d'accès au système MADO (des certificats temporaires aussi été obtenus pour les médecins de l'INSPQ suite à la décision d'accompagner les premiers cas)	Certificats d'autorisation et formulaires d'autorisation d'accès aux données MADO pour l'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service et autorisations brèves pour les autres personnes concernées	
L'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service assignés aux activités reliées au projet pilote ont reçu la formation de l'INSPQ concernant la démarche et les outils pour le projet	L'infirmière de l'INSPQ en prêt de service : révision des outils, accompagnement de l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service dans cas en cours (+ révision des trois premiers cas avec le médecin de l'INSPQ)		Automne 2013 (Début de la mise en œuvre)
Aspects organisationnels découlant	L'accès physique au lieu de travail, au poste informatique, classeur sous clé, etc. Accès informatique, mots de passe, etc. : en collaboration avec les services techniques de l'INSPQ et du RTSS Voir aussi phase préparatoire volet INSPQ	Procès-verbal de la rencontre de l'équipe de la direction de santé publique et de l'infirmier de l'INSPQ Courriels ou autres documents	
Plan de gestion sécuritaire de l'information en place	Procédures internes de la direction de santé publique connues de l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service Adaptation du document aux spécificités organisationnelles pour la région des Laurentides	Document sur la gestion sécuritaire des données – région Laurentides	12 août 2013

Tableau 2-B Évaluation de la phase préparatoire. Région des Laurentides - volet hôpital (hôpital de Saint-Jérôme)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Les médecins et les autorités médico-administratives ont donné l'accord dans l'hôpital ciblé	Accord du CMDP. Autorisation de communiquer avec le service des archives pour initier le projet Le directeur des services professionnels et hospitaliers présentera au Conseil d'administration après acceptation par l'exécutif du CMDP	Lettre du président CMDP du 3 juillet 2013 Courriel du ……. Nous n'avons pas de documentation re décision du Conseil d'administration	Juillet 2013
Une procédure interne à l'hôpital a été élaborée et approuvée conformément aux exigences organisationnelles et a été communiquée aux médecins et aux archivistes	Non	-	-
Les modalités de transmission par les archivistes ont été définies	À la réunion du 15 août 2013 avec les archivistes de l'hôpital, il est convenu que les archivistes feront une déclaration hebdomadaire des mésothéliomes et des amiantoses ayant été codés selon les codes indiqués	Procédures de déclaration 2013-08-15	15 août 2013
Les modalités de consultation des dossiers pour la validation nosologique ont été précisées	Réunion avec les archivistes de l'Hôpital de St-Jérôme le 15 août 2013 : Quelle est l'entente pour la consultation des dossiers pour la validation nosologique? Prise de rendez-vous? Sortie des dossiers pour consultation? Local? Horaire? Photocopie? Modalités de transmission des photocopies? Entreposage des dossiers en cours	Courriel, procès-verbal de réunion ou autres documents	15 août 2013
Un interlocuteur pour le projet a été identifié pour l'hôpital et pour la direction de santé publique	Médecin en santé environnementale (direction de santé publique des Laurentides) Archiviste (Service des archives, Hôpital de St-Jérôme)	Informations complémentaires au logigramme	15 août 2013
Les dates de début et de fin (18 mois) du projet pilote ont été identifiées	19 août 2013-23 février 2015	Procédures de déclaration 2013-08-15	15 août 2013

Tableau 3-A Évaluation de la phase préparatoire. Région de Montréal - volet direction de santé publique

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Obtenir l'appui du directeur de santé publique pour approcher les hôpitaux ciblés	Appui donné par le directeur de santé publique et renouvelé par le nouveau directeur de santé publique	Courriel du nouveau directeur de santé publique	17 mai 2012
La méthode et les outils pour la validation nosologique des cas d'amiantose et de mésothéliome et la saisie des données a été présentés aux intervenants MADO-C	Rencontre avec l'équipe MADO-C en santé au travail (médecin, infirmière) Rencontre avec l'équipe MADO-C en santé environnementale (médecin) Présentation des outils	Invitation et ordre du jour pour les rencontres	24 mai 2012 1 juin 2013
Un interlocuteur (agent de liaison?) de la direction de santé publique pour le projet a été identifié face à l'hôpital et face à l'INSPQ	Coordonnatrice identifiée pour coordonner les travaux Médecin responsable des MADO-C en santé au travail pour rencontrer les responsables médico-administratifs hospitaliers Infirmière en santé au travail interface avec l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service	Courriel 17 mai 2012 ? ?	
Le directeur de santé publique ou son représentant a communiqué avec les autorités hospitalières pour proposer le projet	Le nouveau directeur de santé publique a écrit à la directrice générale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) Relances Réponse de la directrice générale Rencontre du directeur des services professionnels et hospitaliers	Lettre du nouveau directeur de santé publique à la directrice générale du 18 juillet 2013	18 juillet 2013 29 novembre 2013
Le fonctionnement interne de la direction de santé publique concernant le cheminement des cas de MADO reliées à l'amiante autres que celles déclarées par le CSMPP a été décrit	Création d'une adresse courriel sécuritaire MADO en santé au travail pour les déclarations provenant de HMR	Procédure (tableau) (version 6 décembre 2013) Courriel de l'infirmière en santé au travail 9 décembre 2013	9 décembre 2013
	Identification des cas déjà connus et des cas hors territoire (exclus du projet pilote) Procédures de fonctionnement interne en fonction de la validation nosologique pour les cas déclarés par une autre source que le CSMPP Responsabilités respectives MADO en santé environnementale et MADO en santé au travail pour la validation nosologique et l'intervention de protection si nécessaire, selon l'identification d'expositions professionnelles et environnementales contributives		

Tableau 3-A Évaluation de la phase préparatoire. Région de Montréal - volet direction de santé publique (suite)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Il y a entente entre la direction de santé publique et l'INSPQ concernant le soutien par l'INSPQ pour les activités de la responsabilité de la direction de santé publique, reliées au projet pilote	L'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service à la direction de santé publique feront l'enquête pour la validation nosologique. La saisie dans le système MADO sera faite par un intervenant régulier de la direction de santé publique de Montréal	Procédure (tableau) (version 6 décembre 2013) Courriel de l'infirmière en santé au travail 9 décembre 2013	6 décembre 2013
Les modalités de fonctionnement assurant la complémentarité entre les activités reliées au projet et les responsabilités de la direction de santé publique (validation et classification nosologique, intervention en protection de la santé) ont été décrites	Modalités pour informer l'infirmier et l'infirmière en prêt de service d'une nouvelle déclaration : courriel sécurisé. Modalités de transfert du dossier par l'infirmier ou l'infirmière en prêt de service à l'infirmière MADO en santé au travail de la direction de santé publique sur place La responsabilité pour la classification nosologique du cas relève du médecin MADO-C en santé au travail de la direction de santé publique (santé environnementale si non professionnel) L'infirmier ou l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service transmet/présente le dossier à équipe de santé au travail pour la validation de la classification nosologique, la saisie dans le système MADO-C, et suite enquête prn L'infirmier ou l'infirmière de l'INSPQ fera la saisie dans l'écran Access pour l'INSPQ Identification de l'information à envoyer à l'INSPQ pour les déclarations provenant de l'hôpital qui ne font pas partie du projet pilote	Procédure (tableau) (version 6 décembre 2013) Courriel de l'infirmière en santé au travail 9 décembre 2013	9 décembre 2013
L'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service qui effectueront les activités reliées au projet pilote ont été dûment mandatés dans le cadre du mandat des MADO par le directeur de santé publique	Certificat d'autorisation du directeur de santé publique pouvoirs d'enquête (des certificats temporaires aussi été obtenus pour les médecins de l'INSPQ suite à la décision d'accompagner les premiers cas)	? Certificats d'autorisation pour l'infirmier et l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service et autorisations brèves pour les autres personnes concernées	Après le 20 janvier 2014

Tableau 3-A Évaluation de la phase préparatoire. Région de Montréal - volet direction de santé publique (suite)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
L'infirmière assignée aux activités reliées au projet pilote a reçu la formation de l'INSPQ concernant la démarche et les outils pour le projet	Pour l'infirmière de l'INSPQ en prêt de service : révision des outils, accompagnement de l'infirmier de l'INSPQ en prêt de service dans les cas en cours, révision des premiers cas avec le médecin de l'INSPQ		Automne 2013
Aspects organisationnels découlant sont en place	L'accès physique au lieu de travail, au poste informatique, classeur sous clé, etc. Accès informatique, mots de passe, etc.	-	Janvier 2014
Plan de gestion sécuritaire de l'Information en place	Document adapté aux spécificités organisationnelles pour la région de Montréal	« Gestion sécuritaire des données » pour la région de Montréal Envoyé au médecin responsable MADO-C en santé au travail et collègues par courriel le 12 décembre 2013	12 décembre 2013

Tableau 3-B Évaluation de la phase préparatoire. Région de Montréal - volet hôpital (hôpital Maisonneuve-Rosemont)

Élément	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Les médecins et les autorités médico-administratives ont donné l'accord dans l'hôpital ciblé	Réponse du directeur général à la lettre du nouveau directeur de santé publique autorisant la rencontre avec le directeur des services professionnels et hospitaliers (DSPH)	Courriel du DSPH	12 novembre 2013
	Rencontre du DSPH	Courriel du médecin responsable MADO-C en santé au travail, 3 décembre 2013	29 novembre 2013
	Il autorise le projet et la rencontre avec le chef archiviste	Extrait du procès-verbal de la réunion du CMDP?	
	Il présentera le projet à l'exécutif du CMDP	Autres documents? À venir?	
Une procédure interne à l'hôpital a été élaborée et approuvée conformément aux exigences organisationnelles et a été communiquée aux médecins et aux archivistes	Un mémo sera envoyé aux médecins par le DSPH et par le CMDP	? médecin responsable MADO-C en santé au travail, DSPH	?
Les modalités de transmission par les archivistes ont été définies	Rencontre de l'archiviste chef, le 6 décembre 2013	Document daté du 20 décembre 2013	6 décembre 2013
	Transmission hebdomadaire par courriel chiffré, nouveau cas ou absence de cas	Courriel de l'infirmière en santé au travail 20 décembre 2013	
Les modalités de consultation des dossiers pour la validation nosologique ont été précisées	Oui		6 décembre 2013 lors de la rencontre avec l'archiviste chef
Un interlocuteur pour le projet a été identifié pour l'hôpital et pour la direction de santé publique	Directeur des services professionnels et hospitaliers Archiviste en chef direction de santé publique de Montréal : Médecin responsable MADO-C en santé au travail, infirmière Infirmier et infirmière de l'INSPQ		6 décembre 2013
Les dates de début et de fin (18 mois) du projet pilote ont été identifiées	17 janvier 2014 au 17 juillet 2015	Document daté du 20 décembre 2013 Courriel de l'infirmière en santé au travail 20 décembre 2013	6 décembre 2013

Tableau 4-A Évaluation de la phase préparatoire. INSPQ

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Avoir consulté les responsables du système MADO-C au MSSS	Rencontres (conférence téléphonique, visioconférence) 10 juin 2011, 15 juillet 2011 consultation sur les décisions à l'effet que la banque et l'écran pour le projet pilote ne seraient pas logés à l'intérieur du système MADO-C	Courriel d'un des médecins de l'équipe de projet 5 et 8 mai 2011 et 12 juillet 2011 ?	8 mai 2011 ?
	Rencontre avec les membres de l'offre de service de base amiante à Québec (présentation des outils et de l'écran)	Courriel 27 septembre 2012	5 octobre 2012
Avoir obtenu les accords nécessaires pour l'accès aux données du système MADO	Accord de principe pour l'accès aux données MADO pour les deux diagnostics	?	
Avoir défini les données à colliger pour le système de surveillance proposé	Fiches indicateurs et données nécessaires à la surveillance	Fiches indicateurs	?
	Identification des données et définition des éléments et valeurs à saisir pendant le projet pilote	S/Écran Access et clé/écran et fonctionnement système MADO/tableaux contenu écran	6 décembre 2011
Avoir défini les données à colliger pour l'évaluation du projet pilote	Identification de certaines données à colliger dans Access	S/Écran Access et clé/écran et fonctionnement système MADO/tableaux contenu écran	6 décembre 2011 à avril 2012
	Identification de thématiques pour l'évaluation	Documents envoyés à un consultant en évaluation	Août 2011 à février 2012
	Identification des conditions nécessaires dans les directions de santé publique et les hôpitaux pour la mise en œuvre du projet	Présentation 26 janvier 2012 Déroulement du projet Document « Conditions nécessaires »	Mars 2012
Avoir développé un écran de saisie parallèle	Écran première version Tests et résolution de difficultés Version fonctionnelle pour les deux MADO (mésothéliome et amiantose)	S/Écran Access et clé/écran et fonctionnement système MADO	Début 2013
	Résolution de difficultés	Dernière version écran sur le « S »	
	Dernières modifications		Octobre 2014
Avoir développé les outils pour recueillir les données pour le système de surveillance proposé	Kit d'outils « finalisé » (dernière version avant la collecte du premier cas)	Dossier S…/outils pour enquête DSP/révisions (dates) et ensemble outils à jour	Début 2013
	Dernières modifications		À venir?

Tableau 4-A Évaluation de la phase préparatoire. INSPQ (suite)

Résultat attendu	Résultat obtenu	Documents à l'appui	Quand
Avoir engagé une infirmière	Recrutement	Contrat	Automne 2012
	Un premier infirmier à été engagé à temps partiel	Dates d'embauche Date de début	 Août 2013
	Une deuxième infirmière a été engagée à temps partiel pour remplacer l'infirmier au cours d'un congé de maladie et ensuite pour partager le travail provenant des trois hôpitaux	Contrat Dates d'embauche Date de début	
Avoir formé l'infirmière	Présentation des outils Présentation de l'écran Essais des outils et de l'écran lors du début de la mise en œuvre dans la première région Accompagnement par le médecin en surveillance Modifications aux instructions et aux outils		Automne 2012 à hiver 2013 Pour l'infirmière du projet Continu
Avoir défini le mode de soutien de INSPQ ($/prêt de service) pour chaque direction de santé publique	Les 3 DSP ont choisi l'Infirmier de l'INSPQ en prêt de service plutôt que de former leur propre personnel		Région 12 : 24 avril au 30 juin 2013 R15 : R06 :
Avoir mis en place le système de soutien par l'infirmier de l'INSPQ (1-800), pour les directions de santé publique, selon les besoins	N/A (puisque ce ne sont pas les intervenants des directions de santé publique qui font la démarche, mais bien l'infirmier de l'INSPQ prêté aux directions de santé publique (Toutefois un support est prévu par l'accompagnement des infirmiers du projet prêtés par l'INSPQ aux directions de santé publique pour les trois premiers cas par un des médecins du projet)		
Avoir un plan de gestion sécuritaire des données	Jugé non nécessaire à la phase préparatoire Ajout pendant la mise en œuvre de la région 12 Intégré à la phase préparatoire des régions 15 et 06	Procédures écrite pour chacune des régions annexe 11	31 mai 2013 12 août 2013 12 décembre 2013
Avoir obtenu les autorisations temporaires nécessaires pour les médecins de l'INSPQ pour accompagner l'enquête pour les premiers cas	Lettre d'autorisation obtenue pour les trois directions de santé publique	Lettre d'autorisation Annexe 2 (manquent : le renouvellement de l'infirmier région 12 et autorisation d'exercer les pouvoirs pour l'infirmière région 15?)	

Annexe 22

Éléments à évaluer à la mi-parcours du projet

PROJET PILOTE MADO-AMIANTE/DSP Chaudière-Appalaches

Éléments à évaluer à la mi-parcours du projet

Tableau de collecte de données pour l'évaluation de mi-parcours

L'évaluation préliminaire (à mi-chemin de la mise en œuvre) a deux buts :

1. Suivre l'implantation des procédures proposées
   a. Connaître comment les partenaires mettent en application les procédures proposées
   b. Détecter les éléments problématiques dans la mise en application et tenter d'y remédier
   c. Identifier les sites pilotes avec retard d'implantation et tenter d'avancer l'implantation avant l'évaluation finale

2. Aider à mettre en contexte et interpréter les résultats de l'évaluation à la fin du projet pilote

Tableau 1 Volet hôpital (Hôpital de Thetford Mines)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Résultats (synthèse de la discussion d'équipe PP INSPQ 2014-03-27)
1	Déclaration par l'hôpital des cas d'amiantose et de mésothéliome chez les patients hospitalisés pendant la période selon les procédures proposées (à évaluer à la mi-temps et à la fin de la période)	Identification hebdomadaire (le lundi) des cas codés dans la semaine précédente par fax sécurisé à SAT St-Jean Chrysostome. Courriel à l'infirmière MADO si pas de cas.	Les cas ont été déclarés de façon régulière comme prévu.
2	Rôle des archivistes 1 : identifier les cas	« Procédure pour la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (mésothéliome et amiantose) à la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches par l'Hôpital de Thetford Mines dans le cadre du projet-pilote 2013-2014 » : **item #1 : MADO visées : CIM : J61, J92.0, C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9.** Procédure interne de l'hôpital (inconnue) (il faudrait clarifier les procédures de codage pour MED-ÉCHO).	Les cas ont été identifiés comme demandé. Dans le cas où l'archiviste identifie dans le dossier un des codes de diagnostic pour le mésothéliome ou l'amiantose, mais que ce diagnostic ne figurait pas à la feuille sommaire, elle transmet la déclaration de la MADO et fait valider le diagnostic par le médecin (feuille sommaire modifiée signée par le médecin).

Tableau 1 Volet hôpital (Hôpital de Thetford Mines) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Résultats (synthèse de la discussion d'équipe PP INSPQ 2014-03-27)
3	Rôle des archivistes 2 : transmettre les informations demandées à la direction de santé publique du territoire de l'hôpital	« Procédure pour la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (mésothéliome et amiantose) à la direction de santé publique de Chaudière-Appalaches par l'Hôpital de Thetford Mines dans le cadre du projet pilote 2013-2014 » item 2 : « nom prénom, adresse, NAM, nom de la MADO (amiantose ou mésothéliome). Le personnel de la direction de santé publique viendra sur place chercher les informations complémentaires nécessaires ».	Toutes les informations demandées ont été transmises par l'hôpital à la direction de santé publique par fax sécurisé (ou courriel simple si non-déclaration). Au début nous n'avions pas demandé l'adresse de résidence. Nous l'avons ajoutée afin de pouvoir tout de suite identifier les cas qui devaient être transférés à une autre direction de santé publique.
4	Rôle des archivistes 3 : collaborer avec l'intervenant de la direction de santé publique pour l'accès aux données du dossier médical pour y rechercher les éléments nécessaires à la validation nosologique	1) L'infirmier mandaté par le directeur de santé publique prend rendez-vous avec le service des archives. 2) Le service des archives rend disponible un local et les dossiers (y compris volumes archivés si nécessaire). 3) Le service des archives photocopie les documents identifiés par l'infirmier, nécessaires pour le dossier de la direction de santé publique. 4) Les modalités de transmission sécuritaire des documents à la direction de santé publique sont établies : (scan et courriel? Fax? Courrier? Transfert interne via le point de service?)	La prise de rendez-vous, la disponibilité d'un local et l'accès aux dossiers y compris les volumes archivés se font sans problèmes. À noter que le dossier est entièrement papier (aucun aspect numérisé) à l'Hôpital de Thetford Mines. Une préposée du service des archives photocopie les éléments du dossier qui ont été identifiés (post-it jaunes) par l'infirmier mandaté par le directeur de santé publique (facture à venir). Les copies sont remises directement à l'infirmier mandaté par le directeur de santé publique. Les scénarios alternatifs pour transmettre ces documents (courrier, poste, scan, fax) n'ont pas eu à être explorés. Recommandations pour une implantation éventuelle : considérant l'ampleur des dossiers et le nombre potentiel important de documents à photocopier, il faudrait prévoir des délais suffisants pour permettre au service des archives d'intégrer la tâche parmi les demandes plus urgentes.
5	Rôle des archivistes 4 : soutien pour les archivistes	Les personnes à contacter ont été identifiées dans le compte-rendu du 16 janvier 2013 et les archivistes savent qui contacter en cas de problème.	Il ne semble pas y avoir eu de problème, tel que perçu par les infirmiers mandatés par la direction de santé publique (à vérifier avec l'infirmière, le médecin responsable des MADO-C, et en fin de projet avec les archivistes).
6	Rôle des médecins : informer le patient qu'il recevra un appel de la santé publique (direction de santé publique)	Lors des rencontres dans la phase préparatoire, nous avons dit qu'il était souhaitable que le médecin explique au patient qu'un intervenant de la direction de santé publique communiquera avec lui car son diagnostic est une MADO. (NB nous ne savons pas si et comment les médecins ont été avisés).	Les patients n'ont pas semblé avoir été avertis qu'ils avaient une MADO et qu'ils seraient contactés par la direction de santé publique. Toutefois la question n'a pas été demandée directement. Par ailleurs, sauf dans un cas (personne très méfiante), les intervenants fournissent les informations lorsqu'ils s'introduisent et cela n'a pas causé de problème.

Tableau 1 Volet hôpital (Hôpital de Thetford Mines) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Résultats (synthèse de la discussion d'équipe PP INSPQ 2014-03-27)
7	Rôle des médecins : autre selon la procédure locale?	Que les médecins soient informés du projet (et idéalement rappel des obligations concernant les MADO) et des procédures locales qui les concernent.	Nous ne savons pas si les médecins ont été informés ni s'ils ont des procédures locales qui s'appliquent au projet pilote. L'infirmier mandaté par la direction de santé publique a communiqué deux fois avec le médecin traitant : 1) à la demande du patient pour lui demander d'assister le patient (Alzheimer) à remplir sa réclamation pour la CSST; 2) le médecin a téléphoné à l'infirmier mandaté pour confirmer si le patient avait bien soumis sa réclamation à la CSST.
8	Rôle du directeur des services professionnels et hospitaliers, CMDP etc.	Suivre le processus. Collaborer au suivi et à l'évaluation du processus (préciser à la suite de la prise de connaissance de la résolution du CMDP).	Pas d'indication de problèmes. (Obtenir leurs commentaires en fin de projet).
9	Autres	Au besoin (questions ouvertes sur les problèmes ou autres commentaires).	NIL.
10	À réfléchir pour la suite!	Si la direction de santé publique n'a pas les ressources pour envoyer une infirmière réviser sur place le dossier aux archives médicales, il faudrait explorer le scénario de demander aux archivistes de photocopier un nombre limité d'éléments clés du dossier (quitte à en demander d'autres après). Il faudrait formuler de façon précise ce qui leur serait demandé (pour le mésothéliome et pour l'amiantose) et, dans les mois qui restent tester cette démarche avec les infirmiers du projet (ou, s'ils sont ouverts à cela, directement avec le service des archives en leur demandant de faire les photocopies « minimales » avant l'arrivée de l'infirmier mais ce n'était pas dans le contrat initial!) Toutefois, si les obstacles au niveau de la collecte et la codification des données sont trop importants pour permettre aux MADO d'être la source de données pressentie pour la surveillance des mésothéliomes et des amiantoses, il n'est pas pertinent de mobiliser les ressources hospitalières!	Il est conclu que le projet pilote n'a pas à tester si les hôpitaux seraient d'accord pour que les archivistes identifient eux-mêmes et photocopient les éléments demandés dans les dossiers par la direction de santé publique pour la validation nosologique, car le directeur de santé publique a tous les pouvoirs pour demander et obtenir ces informations. De façon préliminaire les documents à photocopier seraient : 1) pour le mésothéliome : tout rapport de pathologie mentionnant un mésothéliome dans les résultats ou dans la raison de la demande, 2) pour l'amiantose : toutes les radiographies, CT scan pulmonaires, consultations en pneumologie, notes d'évolution, et feuilles sommaires d'hospitalisation.

Tableau 2 Volet direction de santé publique (DSP de Chaudière-Appalaches)

<table>
<tr><th></th><th>Résultats intermédiaires d'intérêt</th><th>Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique</th><th>Répondre et/ou discuter :</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>Pour l'Hôpital de Thetford Mines :
Amiantose :
MED-ECHO 2006-2008 :
moyenne annuelle : 29.
Mésothéliome :
Fichier des tumeurs 2004-2006 :
moyenne annuelle : 3.</td><td>
<table>
<tr><th colspan="4">Période : 28-1-2013 au 24-3-2014 (61 semaines)</th></tr>
<tr><td>Diagnostic de déclaration</td><td>Amiantose</td><td>Mésothéliome</td><td>Total</td></tr>
<tr><td>Cas projet</td><td>17</td><td>3</td><td>20</td></tr>
<tr><td>Déclarations* cas connus</td><td>22</td><td>3</td><td>25</td></tr>
<tr><td>Déclarations cas hors territoire</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Total</td><td>39</td><td>7</td><td>46*</td></tr>
</table>
* déclarations : un cas peut être hospitalisé et déclaré plusieurs fois pendant la période de l'étude.
</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Réception des déclarations envoyées par les archivistes médicaux</td><td>Procédures de réception et de tri suivis
Pour le projet pilote : transmission des informations (nominales) par courriel sécurisé à l'infirmier prêté par l'INSPQ mandaté par le directeur de santé publique pour l'enquête.
Information non nominale pour les cas déclarés mais exclus du projet et avis d'absence de cas.</td><td>Il semble que les déclarations transmises par les archivistes des hôpitaux soient bien reçues à la direction de santé publique et ensuite transmises à l'infirmier mandaté pour l'enquête selon les modalités prévues.
Quelques difficultés techniques sont rencontrées concernant les courriels cryptés. Ces difficultés semblent être reliées à l'accès informatique à distance, et on peut présumer qu'elles ne se présenteraient pas pour l'intervenant de l'équipe MADO-C de la direction de santé publique de Chaudière Appalaches qui accèderait aux courriels depuis son poste dans les locaux de l'équipe.</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Transfert si nécessaire à la direction de santé publique de résidence</td><td>L'organigramme de Chaudière-Appalaches précise que le cas doit être transféré et ne fait pas partie du projet pilote, mais ne spécifie pas si et quelles informations doivent être transmises à l'INSPQ.</td><td>Il n'y a eu qu'un cas hors territoire à date. Nous avons eu le diagnostic.</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Cas déjà connus et enquêtés</td><td>Informations transmises :
Diagnostic, origine de la 1re déclaration (CSMPP ou autre) et date de celle-ci.</td><td>Nous avions prévu recevoir uniquement les informations dénominalisées demandées (voir colonne à gauche) pour obtenir un dénominateur incluant les cas déjà connus et les cas hors territoire. Toutefois la direction de santé publique a fait parvenir à l'infirmier mandaté par la direction de santé publique les informations nominales transmises par l'hôpital. L'infirmier a inscrit uniquement les informations dénominalisées nécessaires dans le fichier INSPQ prévu à cet effet. Toutefois, il nous a informées que certains cas étaient réhospitalisés à l'intérieur de la période d'étude. Le nombre total de déclarations est donc plus grand que le nombre total de cas. Nous proposons un ajustement des données à entrer au fichier (identifier la semaine de déclaration de l'hospitalisation précédente dans la même période) afin de pouvoir tenir compte de cet élément.</td></tr>
</table>

Tableau 2 Volet direction de santé publique (DSP de Chaudière-Appalaches) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Répondre et/ou discuter :
5	Cas non connus et cas connus avec nouveau diagnostic	Diagnostic CIM, date de déclaration.	Les informations nominales nécessaires sont envoyées à l'infirmier mandaté pour l'enquête par courriel crypté. Les informations dénominalisées sont entrées dans le fichier INSPQ mentionné ci-haut.
6	Révision du dossier médical hospitalier en utilisant les outils proposés	Formulaires de collecte et guide amiantose. Formulaires de collecte et guide mésothéliome.	Modifications du processus pendant le projet pilote : Les données à colliger pour la validation nosologique des cas déclarés par des médecins autres que ceux du CSMPP (définition nosologique différente) ont été identifiées dans la phase préparatoire du projet. Il était prévu que ces données soient colligées directement dans le *Formulaire de recueil d'information dans le dossier médical-mésothéliome* ou le *Formulaire de recueil d'information dans le dossier médical-amiantose* selon le . cas. Un guide avait été élaboré pour chacune des maladies, fournissant les instructions pour rechercher les informations voulues dans le dossier médical. Il avait été décidé de ne pas faire de photocopies aux fins du projet INSPQ. L'infirmier devait prendre entente avec le médecin de l'équipe MADO-C de la direction de santé publique pour photocopier les éléments qu'elle considérait comme étant nécessaires pour le dossier de la direction de santé publique L'expérience nous a démontré que la réalité est plus complexe que prévue en particulier en ce qui concerne **les amiantoses**. Les dossiers sont volumineux. Parce que l'amiantose est une maladie chronique, et que souvent ce n'est pas le diagnostic principal de l'hospitalisation récente, il faut parcourir tout le dossier en détail pour retrouver les informations nécessaires pour valider le diagnostic. À titre d'exemple, la note du consultant en pneumologie peut se retrouver dans les notes d'évolution plutôt que dans les formulaires identifiés pour les réponses aux consultations, et pas nécessairement dans la dernière hospitalisation. De plus, on remarque à l'imagerie médicale (radiographies et CT scan) une variabilité dans la présence d'anomalies d'un examen à un autre, d'où la nécessité de réviser l'ensemble des résultats. L'interprétation des éléments du dossier pour établir la correspondance avec les définitions nosologiques (par exemple « présence de fibrose ») n'est pas toujours évidente et nécessite discussion avec le médecin de la direction de santé publique responsable des cas MADO-C.

Tableau 2 Volet direction de santé publique (DSP de Chaudière-Appalaches) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Répondre et/ou discuter :
			Cette situation a eu comme résultat de changer le processus de recherche et collecte de données dans le dossier médical. En effet, suite à la révision des premiers dossiers, il a été décidé que l'infirmier ferait des photocopies de tous les éléments du dossier qui concernaient les maladies de l'amiante. Notamment les éléments suivants sont identifiés (post-it jaune) et photocopiés : ▪ feuille sommaire de l'hospitalisation occasionnant la déclaration MADO; ▪ première feuille sommaire mentionnant le diagnostic d'amiantose ou de mésothéliome; ▪ première mention du diagnostic d'amiantose ou de mésothéliome dans toutes les hospitalisations; ▪ première mention d'une anomalie compatible avec une maladie de l'amiante dans les imageries médicales (radiographies, CT scan) dans toutes les hospitalisations; ▪ tout rapport d'imagerie médicale contenant une information pertinente pour le diagnostic d'une maladie reliée à l'amiante; ▪ rapports de pathologie (mésothéliome). Les photocopies sont placées en ordre chronologique et les éléments pertinents sont surlignés en jaune. Une version nominale des photocopies est versée au dossier de la direction de santé publique, et une version dénominalisée apportée à l'INSPQ et conservée dans les dossiers du projet pour révision avec le médecin de l'INSPQ. Pour les cas d'amiantose, l'expérience semble démontrer qu'il n'y a pas de formule simple pour expliquer aux archivistes quels éléments du dossier seront à photocopier advenant que l'infirmière ne se déplace pas au service des archives de l'hôpital pour réviser le dossier et faire le choix elle-même des éléments à photocopier. Il en faudrait plus que moins. Surtout en l'absence d'un dossier informatisé, cela peut représenter une charge de travail importante par dossier. Ceci dit, nous ne pouvons conclure définitivement sur cette question avant la fin du projet pilote, car de nouveaux éléments pourraient fournir des pistes de solution.

Tableau 2 Volet direction de santé publique (DSP de Chaudière-Appalaches) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Répondre et/ou discuter :
7	Enquêtes téléphoniques en utilisant les outils proposés	Questionnaire d'histoire professionnelle et non professionnelle et guide	À Thetford Mines, les difficultés pour faire l'histoire professionnelle en fonction de l'exposition à l'amiante sont moins grandes qu'ailleurs car la plupart des cas ont travaillé pour un nombre restreint d'établissements (mines) et ont occupé leurs emplois pendant longtemps, et les expositions à l'amiante sont connues. Les difficultés rencontrées sont liées à l'âge avancé et aux troubles de mémoire qui rendent difficile de préciser les années exactes d'exposition. Les difficultés se présentent pour le questionnaire environnemental puisque tous les cas qui ont résidé à Thetford Mines sont demeurés proches d'une mine ou d'une halde. Les écoles fréquentées ont souvent été détruites : donc on ne sait pas s'il y a eu exposition à l'amiante dans ce contexte. Les infirmiers-ères qui font les entrevues, ont l'impression que le questionnaire est très détaillé alors que les réponses sont presque toujours NON/NSP.
8	Validation de la méthode et des outils pour la classification de l'exposition	Classification par l'infirmier de l'exposition en utilisant les outils proposés (questionnaire et guide). Révision par Louise De Guire (auteur = *gold standard*) et consultation hygiéniste au besoin.	Difficultés rencontrées : difficultés d'utiliser la CCDP en lien avec la classification de l'INSPQ. Des modifications sont survenues pendant le projet pilote. À partir du 1er janvier, les intervenants saisissant dans le système MADO-C doivent coder la profession avec la CNP. Des modifications doivent être apportées le plus tôt possible aux outils du projet pilote afin que notre processus de codification corresponde au processus qui pourrait être demandé aux intervenants si le projet pilote est implanté dans les directions de santé publique.

Tableau 2 Volet direction de santé publique (DSP de Chaudière-Appalaches) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Répondre et/ou discuter :
9	Validation de la méthode et des outils pour la classification de la maladie	Classification par l'infirmier selon les définitions nosologiques. Validation avec le médecin de la direction de santé publique.	Modifications du processus pendant le projet pilote : il était prévu que la validation de la classification nosologique proposée par l'infirmier mandaté par la direction de santé publique (prêté par l'INSPQ) se fasse avec le médecin responsable pour les enquêtes MADO-C de la direction de santé publique. À la fin du projet il était prévu que le médecin de l'INSPQ révise les données saisies dans la banque Access et porte un jugement sur la classification nosologique en fonction de ces données, et que cette classification soit ensuite comparée avec la classification validée par le médecin MADO-C de la direction de santé publique et entrée dans le système MADO. Les cas discordants pourraient ensuite être examinés de plus proche pour comprendre les difficultés ou les raisons de discordance. Pendant la période de rodage, il a été décidé de faire une réunion entre les participants du projet de l'INSPQ et la direction de santé publique pour discuter des six premiers cas. Dans le seul cas où il y avait discordance sur la classification proposée, le médecin de la direction de santé publique proposait de vérifier la présence d'amiante dans le cadre d'un des emplois où une exposition à l'amiante n'avait pas été identifiée lors du questionnaire. Après vérification, cet emploi effectivement présentait un potentiel d'exposition à l'amiante pour le travailleur. Cela a changé sa dose cumulative d'exposition et sa classification a changé d'une amiantose clinique à une amiantose confirmée. Par la suite, le médecin de la direction de santé publique désirait maintenir le processus de révision des cas et de leur classification avec le médecin de l'INSPQ de façon régulière au cours du projet. Le médecin ne révise pas les dossiers avant la révision conjointe. Aucun autre cas de discordance n'a été identifié. L'impact de ceci pour le projet pilote est que la démarche actuelle a des fortes chances d'influencer le médecin de la direction de santé publique, car contrairement au médecin de l'INSPQ, le médecin de la direction de santé publique n'a pas lu le dossier et ni mis sa note écrite dans son dossier. Le médecin de l'INSPQ assume donc un certain leadership dans le processus de révision page par page du dossier, en plus d'être la responsable de la surveillance des maladies liées à l'amiante. À discuter : puisqu'on fait cette démarche dans le cadre d'un projet pilote qui vise à évaluer un processus potentiel, la méthodologie actuelle ne

Tableau 2 Volet direction de santé publique (DSP de Chaudière-Appalaches) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Répondre et/ou discuter :
			permet pas d'évaluer si la validation nosologique telle qu'elle est interprétée par les médecins des directions de santé publique correspondrait à l'interprétation souhaitée pour la surveillance épidémiologique et quel impact les variations pourraient avoir sur les données de surveillance. Pour la dernière période du projet, suite à l'expérience acquise dans les mois précédents, je propose de continuer la révision des cas avec une légère modification pouvant améliorer le processus du point de vue méthodologique et aussi du point de vue de son efficience. Nous proposons que le médecin de la direction de santé publique et de l'INSPQ révisent le dossier chacune de son côté pour arriver à une classification nosologique et l'identification des pièces du dossier médical qui sont essentielles pour le dossier de la direction de santé publique. L'échange entre le médecin de la direction de santé publique et le médecin de l'INSPQ procéderait par 1) la comparaison de la classification nosologique, 2) expliciter sur quels éléments on se base, 3) identifier les pièces du dossier considérées comme essentielles au dossier de la direction de santé publique, 4) relever les zones de *difficultés si pertinent.*
10	Identification des éléments du dossier médical nécessaires à la validation nosologique ainsi que les procédures pour y accéder	L'équipe de la direction de santé publique demande à l'infirmier de photocopier les éléments importants du dossier selon son jugement. À la fin de l'enquête, l'équipe de la direction de santé publique donnera une rétroaction concernant l'importance des éléments du dossier.	A discuter *:* en collaboration avec les intervenants de la direction de santé publique, porter un jugement sur l'importance ou non d'obtenir du dossier hospitalier les éléments photocopiés dans le cadre du projet pilote. Il a été suggéré de faire ce processus à la fin du projet. Toutefois, je crois qu'il serait plus efficace de le faire au moment de la discussion de cas entre le médecin de la direction de santé publique et le médecin de l'INSPQ, comme proposé à la ligne 9. En fin de projet il serait nécessaire de ressortir tous les dossiers, de reprendre connaissance et de discuter de leur contenu c'est-à-dire répéter un processus déjà fait.
11	Saisie des données dans la base Access des données du projet pilote	Il n'y a pas de guide écrit pour la saisie. Formation initiale et soutien en cours de projet.	Les modifications du processus pendant le projet pilote ont surtout été dans le but de résoudre des problèmes techniques et non pas par rapport aux éléments à évaluer pour le projet pilote. Nombreuses difficultés au début. Les corrections ont été faites dans les dossiers antérieurs lorsque nécessaires. Une démarche de validation des données demeure nécessaire. La difficulté est la codification **avant** la saisie.
12	Soutien par l'INSPQ aux équipes 1-800-	(Surtout pour la région de Montréal?).	Modifications du processus pendant le projet pilote : finalement l'infirmier et infirmière prêtés par l'INSPQ ne jouent pas ce rôle puisque dans les trois régions elles ont été prêtées par l'INSPQ pour effectuer il/elle-même les tâches de l'infirmière mandatée par le directeur de santé publique.

PROJET PILOTE MADO-AMIANTE/DSP Laurentides

Phase de mise en œuvre : 19 août 2013 à 23 février 2015

Tableau de collecte de données pour l'évaluation de mi-parcours

L'évaluation préliminaire (à mi-chemin de la mise en œuvre) a deux buts :

1. Suivre l'implantation des procédures proposées
   a. Connaître comment les partenaires mettent en application les procédures proposées
   b. Détecter les éléments problématiques dans la mise en application et tenter d'y remédier
   c. Identifier les sites pilotes avec retard d'implantation et tenter d'avancer l'implantation avant l'évaluation finale
2. Aider à mettre en contexte et interpréter les résultats de l'évaluation à la fin du projet pilote

Tableau 1 Volet hôpital (Hôpital Saint-Jérôme)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	**Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique**	**Résultats (Synthèse de la discussion du 4 avril 2014)**
1	Déclaration par l'hôpital des cas d'amiantose et de mésothéliome chez les patients hospitalisés pendant la période selon les procédures proposées (à évaluer à la mi-temps et à la fin de la période)	Identification **hebdomadaire (le lundi**) des cas codés dans la semaine précédente **par fax sécurisé** à la direction de santé publique des Laurentides (450-569-6305). **Courriel** au médecin MADO-C de la direction de santé publique si pas de cas.	Deux ou trois fois il est arrivé de ne recevoir aucune communication de la direction de santé publique mais nous ne savons pas si le « bris » est survenu au niveau de l'hôpital ou de la direction de santé publique. De toute façon, dans l'ensemble la transmission des déclarations semble bien fonctionner

Tableau 1 Volet hôpital (Hôpital Saint-Jérôme) (suite)

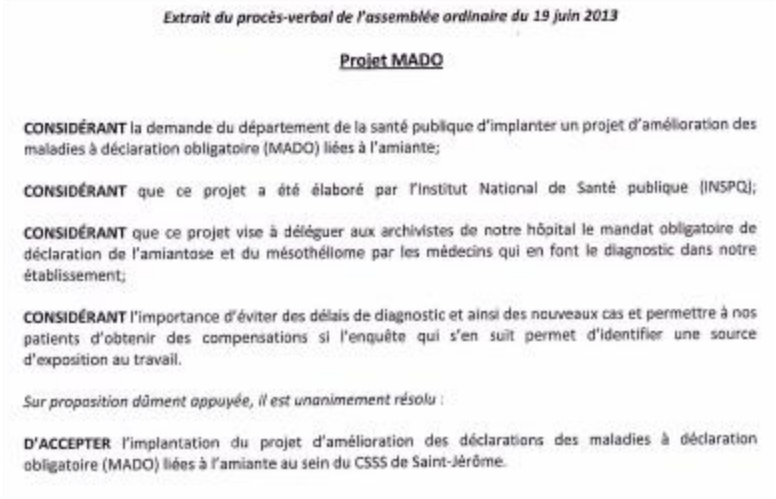
<table>
<tr><th></th><th>Résultats intermédiaires d'intérêt</th><th>Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique</th><th>Résultats (Synthèse de la discussion du 4 avril 2014)</th></tr>
<tr><td>2</td><td>Rôle des archivistes 1 : identifier les cas</td><td>« Procédure pour la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (mésothéliome et amiantose) à la direction de santé publique des Laurentides par l'Hôpital de Saint-Jérôme dans le cadre du projet pilote 2013-2015 » :
item #1 : MADO visées : CIM : J61, J92.0, C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9.
Procédure interne de l'hôpital (inconnue).
(il faudrait clarifier les procédures de codage pour MED ECHO).</td><td rowspan="2">Est-ce que les cas déclarés correspondent à ceux qui doivent être déclarés nonobstant la validation nosologique?
Est-ce que la procédure suivie correspond à la procédure proposée?
La prémisse pour le projet pilote est que les MADO sont une source de données utiles pour la surveillance. MADO = maladie : implique un diagnostic par un MD.
Nous avons constaté que des codes diagnostiques (par exemple J92.0) étaient attribués par les archivistes lorsque certains éléments (par exemple plaques pleurales avec ou sans fibrose parenchymateuse) se retrouvent à l'imagerie médicale, même si aucun diagnostic d'amiantose ou de mésothéliome ne semblait avoir été posé à cette hospitalisation ou lors d'une hospitalisation antérieure.
Ces déclarations présentent des problèmes, dont potentiellement certains problèmes éthiques pour le directeur de santé publique. En effet celui-ci a l'obligation de faire la validation nosologique des cas déclarés. Pour les cas de mésothéliome et d'amiantose, cela comprend la documentation de l'exposition à l'amiante, qui fait partie des éléments nécessaires à la classification selon les définitions nosologiques. Toutefois il est malhabile voir non éthique pour la santé publique de questionner un patient concernant une exposition pour une maladie fictive ou réelle dont il n'est pas au courant et qui n'aurait jamais été diagnostiquée.
La procédure a-t-elle nécessité des ajustements?
Deux options s'offrent : 1) apporter des précisions aux instructions pour les archivistes concernant l'identification des cas à transmettre dans le cadre du projet pilote, dans le but d'exclure les cas qui n'ont pas reçu un diagnostic médical correspondant aux catégories diagnostiques identifiées. Cette approche correspond davantage aux objectifs du projet pilote et nécessite moins de temps-ressources. Ou 2) poursuivre la transmission et la validation nosologique des déclarations sans diagnostic médical dans le but d'apporter un éclairage pour l'interprétation des données de MED-ECHO concernant l'amiantose advenant leur utilisation dans le futur pour la surveillance des amiantoses.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Figure 1 Résolution du comité exécutif du CMDP CSSS de St-Jérôme
 
Extrait du procès-verbal de l'assemblée ordinaire du 19 juin 2013
Projet MADO
CONSIDÉRANT la demande du département de la santé publique d'implanter un projet d'amélioration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) liées à l'amiante;
CONSIDÉRANT que ce projet a été élaboré par l'Institut National de Santé publique (INSPQ);
CONSIDÉRANT que ce projet vise à déléguer aux archivistes de notre hôpital le mandat obligatoire de déclaration de l'amiantose et du mésothéliome par les médecins qui en font le diagnostic dans notre établissement;
CONSIDÉRANT l'importance d'éviter des délais de diagnostic et ainsi des nouveaux cas et permettre à nos patients d'obtenir des compensations si l'enquête qui s'en suit permet d'identifier une source d'exposition au travail.
Sur proposition dûment appuyée, il est unanimement résolu :
D'ACCEPTER l'implantation du projet d'amélioration des déclarations des maladies à déclaration obligatoire (MADO) liées à l'amiante au sein du CSSS de Saint-Jérôme.</td></tr>
</table>

Tableau 1 Volet hôpital (Hôpital Saint-Jérôme) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Résultats (Synthèse de la discussion du 4 avril 2014)
			Après discussion, l'option 2 a été favorisée. Il est entendu avec le médecin de la direction de santé publique que dans ces cas, l'infirmière du projet pilote prêtée par l'INSPQ complètera la démarche de validation nosologique à partir du dossier médical hospitalier uniquement. (Elle ne fera pas l'entrevue avec histoire professionnelle et histoire d'exposition à l'amiante). Le but de colliger cette information est de mieux connaître les données de MED-ECHO, dans l'éventualité où cette banque serait utilisée pour la surveillance. Recommandations si poursuite de cette approche après la fin du projet pilote? Préciser les instructions aux archivistes médicaux hospitaliers pour ne déclarer que les cas diagnostiqués (se retrouvant sur la feuille sommaire).
3	Rôle des archivistes 2 : transmettre les informations demandées à la direction de santé publique du territoire de l'hôpital	« Procédure pour la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (mésothéliome et amiantose) à la direction de santé publique des Laurentides par l'Hôpital de Saint Jérôme dans le cadre du projet pilote 2013-2015 ». Item 2 : « nom prénom, adresse, NAM, nom de la MADO (diagnostic). Le personnel de la direction de santé publique viendra sur place chercher les informations complémentaires nécessaires ».	Les informations demandées sont transmises lors de la déclaration.
4	Rôle des archivistes 3 : collaborer avec l'intervenant de la direction de santé publique pour l'accès aux données du dossier médical pour y rechercher les éléments nécessaires à la validation nosologique	1) L'infirmier mandaté par le directeur de santé publique prend rendez-vous avec le service des archives. 2) Le service des archives rend disponibles un local et les dossiers (y compris les volumes archivés si nécessaire). 3) Le service des archives photocopie les documents identifiés par l'infirmier, nécessaires pour le dossier de la direction de santé publique. 4) Les modalités de transmission sécuritaire des documents à la direction de santé publique sont établies.	La procédure suivie correspond à la procédure proposée. 1) oui 2) oui 3) l'infirmière du projet fait les photocopies elle-même (10 - 15 minutes par dossier en moyenne) 4) oui. Une partie des dossiers est informatisée. Ces dossiers doivent être révisés en présence de l'archiviste médical. Tous les rapports d'examens par imagerie pulmonaire (R-X, CT scan), rapport de pathologie ou cytologie concernant les poumons, ou rapport avec mention d'une maladie reliée à l'amiante sont imprimés (environ 10 minutes par dossier) (par volume ou dossier total?).

Tableau 1 Volet hôpital (Hôpital Saint-Jérôme) (suite)

	Résultats intermédiaires d'intérêt	Résultats (démarche) attendus comme prévu pour cet hôpital et cette direction de santé publique	Résultats (Synthèse de la discussion du 4 avril 2014)
5	Rôle des archivistes 4 : soutien pour les archivistes	Les personnes à contacter ont été identifiées et les archivistes savent qui contacter en cas de problème.	Aucun problème identifié; aucune demande de soutien.
6	Rôle des médecins : informer le patient qu'il recevra un appel de la Santé publique (direction de santé publique)	Lors des rencontres dans la phase préparatoire, nous avons dit qu'il était souhaitable que le médecin explique au patient qu'un intervenant de la direction de santé publique communiquera avec lui car son diagnostic est une MADO. (NB nous ne savons pas si et comment les médecins ont été avisés).	Tout comme ailleurs, le patient est rarement avisé du fait qu'il est porteur d'une MADO et qu'il pourrait recevoir un appel de la direction de santé publique. Dans la plupart des cas cela ne pose pas problème car l'infirmier du projet s'identifie rapidement comme membre de l'équipe de la direction de santé publique et il explique son mandat. Suite à un incident, une personne responsable a été identifiée dans l'équipe MADO de chacune des trois directions de santé publique, l'infirmière faisant l'enquête peut diriger un patient si nécessaire.
7	Rôle des médecins : autre selon la procédure locale?	Que les médecins soient informés du projet (et idéalement rappel des obligations concernant les MADO) et des procédures locales qui les concernent.	On ne sait pas si, et de quelle façon, les médecins de l'hôpital sont informés du projet. À date, il n'y a pas eu de communication directe entre un médecin traitant et l'infirmière du projet.
8	Rôle du directeur des services professionnels et hospitaliers, CMDP etc. :	Suivre le processus. Collaborer au suivi et à l'évaluation du processus (préciser suite à prise de connaissance de la résolution du CMDP).	Il est prévu de déposer un résumé du projet et de recueillir les commentaires à la fin du projet.
9	Autres :	Au besoin : Questions ouvertes sur les problèmes ou autres commentaires.	Aucun évènement à rapporter.
10	À réfléchir pour la suite!	Si la direction de santé publique n'a pas les ressources pour continuer la procédure utilisée pendant le projet pilote consistant à envoyer une infirmière réviser le dossier sur place aux archives médicales, il faudrait explorer la possibilité de demander aux archivistes de photocopier un nombre limité d'éléments clés du dossier (quitte à en demander d'autres après). Il faudrait formuler de façon précise ce qui leur serait demandé (pour un mésothéliome et pour une amiantose) et, dans les mois qui restent, tester cette démarche avec les infirmiers du projet (ou, s'ils sont ouverts à cela, directement avec le service des archives en leur demandant de faire les photocopies « minimales » avant l'arrivée de l'infirmier mais ce n'était pas dans le contrat initial!).	« Il est conclu que le projet pilote n'a pas à tester si les hôpitaux seraient d'accord pour que les archivistes identifient eux-mêmes et photocopient les éléments demandés dans les dossiers par la direction de santé publique pour la validation nosologique, car le directeur de santé publique a tous les pouvoirs pour demander et obtenir ces informations ». De façon préliminaire les documents à photocopier seraient : 1) pour le mésothéliome : la feuille sommaire où le mésothéliome figure comme diagnostic, tout rapport de pathologie mentionnant mésothéliome dans les résultats ou dans la raison de la demande; 2) pour l'amiantose : toutes les radiographies, CT scan pulmonaires, consultations en pneumologie, notes d'évolution et feuilles sommaires d'hospitalisations.

Annexe 23

Tableau de suivi du déroulement de quelques étapes du projet

Déroulement de quelques étapes du projet et échéancier

Quelques étapes du projet	INSPQ	Directions de santé publique		
		Chaudière-Appalaches	Laurentides	Montréal
1. Élaboration de l'inventaire des données à saisir dans le cadre du projet pilote.	6 décembre 2011 au 8 décembre 2012	-	-	-
2. Rencontre avec les responsables du système MADO-Chimique pour héberger la banque parallèle du projet pilote, pour établir les modes de communication entre la banque parallèle et le système MADO-Chimique afin que les intervenants n'aient pas à effectuer une double saisie des données nécessaires au système MADO-Chimique et pour prévoir l'accès aux données pour l'analyse.	15 juillet 2011	-	-	-
3. Élaboration des outils d'enquête pour les intervenants des directions de santé publique.	Mai 2012	-	-	-
4. Rencontre des intervenants responsables des MADO d'origine chimique des trois directions de santé publique (DSP) impliquées dans le projet pour leur présenter le projet pilote, les outils et les attentes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).	-	5 octobre 2012	15 et 18 juin 2012	24 mai 2012 et 1er juin 2013
5. Information des autres DSP et rencontre pour expliquer le projet, les outils et les attentes de l'INSPQ, si les cas déclarés résident dans leurs territoires.	Annulé	-	-	-
6. Entente avec les trois directeurs de santé publique sur les modalités de soutien pour la présentation du projet dans les trois hôpitaux visés.	-	13 juin 2012	11 mai 2012	18 juillet 2013
7. Présentation du projet au directeur général, au conseil d'administration, au directeur des services professionnels et hospitaliers, au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou à son exécutif ou aux médecins des trois hôpitaux et obtention de leur accord et de leur appui pour la réalisation du projet pilote en faisant appel au service des archives médicales pour faciliter la déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) reliées à l'amiante.	-	Octobre 2012	Février à juillet 2013	Juillet à novembre 2013
8. Développement d'un écran de saisie des données dans une banque parallèle Access.	Décembre 2013	-	-	-

Quelques étapes du projet	INSPQ	Directions de santé publique		
		Chaudière-Appalaches	Laurentides	Montréal
9. Présentation du projet pilote au personnel du service des archives médicales des hôpitaux participants afin de prendre une entente sur la procédure dans chaque hôpital.	-	16 juin 2013	15 août 2013	6 décembre 2013
10. Déclaration par les archivistes médicaux des mésothéliomes et des amiantoses au nom des médecins dans trois hôpitaux pendant 18 mois.	-	28 janvier 2013 au 21 juillet 2014	19 août 2013 au 9 février 2015	20 janvier 2014 au 13 juillet 2015
11. Collecte d'information dans le dossier médical des cas déclarés en vue de la validation nosologique de la MADO.	-	Une semaine plus tard environ		
12. Initiation des questionnaires sur l'histoire professionnelle et environnementale d'exposition à l'amiante par une infirmière pour les cas d'amiantose et de mésothéliome déclarés.	-	Variable	Variable	Variable
13. Poursuite des enquêtes épidémiologiques en milieu de travail ou en milieu de vie par les équipes régionales responsables, s'il y a lieu (ces activités ne font pas partie du projet pilote).	N/A	N/A	N/A	N/A
14. Saisie de l'information dans un écran parallèle Access développé spécifiquement pour le projet pilote en lien avec le système MADO-Chimique actuel.	-	Janvier 2013 à août 2014	Août 2013 à mars 2015	Janvier 2014 à août 2015
15. Participation de l'INSPQ au groupe de travail sur les outils d'enquêtes du système de MADO-Chimique pour proposer des modifications nécessaires à la réalisation de la surveillance des maladies de l'amiante.	Non réalisé car non pertinent	-	-	-
16. Évaluation des résultats du projet pilote en termes de la faisabilité d'augmenter la déclaration les amiantoses et des mésothéliomes provenant des milieux hospitaliers par la transmission des déclarations par les archivistes médicaux au nom des médecins.	En cours	-	-	-
17. Évaluation des résultats du projet pilote en termes de la faisabilité d'intégration du volet de surveillance des maladies reliées à l'amiante au système existant de vigie et surveillance des maladies à déclaration obligatoire.	Non réalisé car non pertinent	-	-	-

Annexe 24

Description des résultats des tests d'imagerie médicale

Description des résultats des tests d'imagerie médicale Juin 2016

1 Nombre de tests d'imagerie médicale

Les 138 patients qui n'avaient pas déjà été inscrits dans le système MADO-Chimique ont passé 1 477 tests d'imagerie médicale, soit 1 170 radiographies pulmonaires et 307 tomodensitométries thoraciques (tableau 1). Leurs dossiers médicaux pouvaient contenir jusqu'à 16 hospitalisations, incluant celle liée à la déclaration de la maladie.

Tableau 1 Patients et tests d'imagerie selon le type de test et la maladie

Type de test d'imagerie médicale	Amiantose		Mésothéliome		Total	
	Patients	Tests	Patients	Tests	Patients	Tests
Radiographie pulmonaire n (%)	110 (100,0)	966 (79,4)	30 (100,00)	231 (78,8)	138 (100,0)	1 170 (79,2)
Tomodensitométrie thoracique n (%)	100 (90,9)	250 (20,6)	25 (83,3)	62 (21,2)	123 (89,1)	307 (20,8)
TOTAL n (%)	**110 (100,0)**	**1 216 (100,0)**	**30 (100,0)**	**293 (100,0)**	**138**[a] **(100,0)**	**1 477 (100,0)**

[a] Deux patients ont une amiantose et un mésothéliome. Ils ont eu 32 tests d'imagerie (27 radiographies et cinq tomodensitométries thoraciques).

2 Anomalies identifiées sur les tests d'imagerie médicale

Dans chaque rapport de test d'imagerie, les anomalies suivantes ont été recherchées : mention d'amiantose, d'atélectasie ronde, d'opacités linéaires fibrocicatricielles ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire, d'oblitération ou d'émoussement du cul-de-sac, d'image en verre dépoli, d'épaississement pleural, d'épanchement pleural, de fibrose, de mésothéliome, de pachypleurite, de plaque pleurale, de pleurésie, de pleuropathie d'amiante et de réticulations.

Les radiologues ont identifié la présence de fibrose chez 50,7 % de l'ensemble des patients et sur 14,0 % des tests d'imagerie de ces personnes. Les pourcentages sont plus élevés lorsqu'il s'agit d'une tomodensitométrie thoracique (50,4 % des patients et 30,0 % des tomodensitométries) que d'une radiographie pulmonaire (31,9 % des patients et 9,8 % des radiographies) (tableau 2). Presque 61,0 % des patients atteints d'amiantose ont de la fibrose sur leurs tests d'imagerie, surtout sur leurs tomodensitométries (59,0 %) (tableau 3).

Le terme amiantose est mentionné chez 29,7 % de l'ensemble des patients (tableau 2), chez 37,3 % de ceux qui souffrent d'une amiantose (tableau 3) et chez aucun mésothéliome (tableau 4).

Les atélectasies rondes (12,7 %) et la pleurésie (0,9 %) ne sont rapportées que chez les patients avec une amiantose (tableaux 3 et 4). Les opacités ainsi que les pachypleurites sont un peu plus fréquentes chez les personnes avec une amiantose (respectivement 43,6 % et 17,3 %) (tableau 3) que chez celles qui ont un mésothéliome (respectivement 40,0 % et 13,3 %) (tableau 4). Le décalage est un peu plus marqué pour les images en verre dépoli (27,3 % des patients avec une amiantose et 20,0 % des personnes avec un mésothéliome) (tableaux 3 et 4). Les disparités s'accentuent pour les émoussements des culs-de-sac (44,6 % des amiantoses et 23,3 % des mésothéliomes), pour les plaques pleurales (90,9 % des amiantoses et 63,3 % des mésothéliomes), pour les pleuropathies d'amiante (46,4 % des amiantoses et 6,7 % des mésothéliomes) et pour les réticulations (50,9 % des amiantoses et 13,3 % des mésothéliomes) (tableaux 3 et 4).

Tableau 2 Patients et tests d'imagerie médicale selon l'anomalie et le type de test

Anomalie aux tests d'imagerie médicale	Radiographies pulmonaires				Tomodensitométries thoraciques				Total			
	Patients[a]		Radiographies[b]		Patients[a]		Tomodensitométries[b]		Patients[a]		Tests[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amiantose	21	15,2	35	3,0	42	34,2	31	10,1	41	29,7	77	5,2
Atélectasie ronde	1	0,7	4	0,3	14	11,4	25	8,1	14	10,1	29	2,0
Cul-de-sac[c]	54	39,1	93	8,0	1	0,8	1	0,3	55	39,9	94	6,4
Épaississement pleural	59	42,8	151	12,9	51	41,5	75	24,4	78	56,5	226	15,3
Épanchement pleural	67	48,6	236	20,2	52	42,3	91	29,6	79	57,3	327	22,1
Fibrose	44	31,9	115	9,8	62	50,4	92	30,0	70	50,7	207	14,0
Image en verre dépoli	7	5,1	10	0,9	30	24,4	38	12,4	36	26,1	48	3,3
Mésothéliome	9	6,5	16	1,4	27	22,0	32	10,4	29	21,0	48	3,3
Opacité[c]	38	27,5	65	5,6	36	29,3	45	14,7	59	42,8	110	7,5
Pachypleurite	20	14,5	47	4,0	5	4,1	6	2,0	23	16,7	53	3,6
Plaque pleurale	92	66,7	463	39,6	101	82,1	201	65,5	117	84,8	664	45,0
Pleurésie	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,3	1	0,7	1	0,1
Pleuropathie d'amiante	26	18,8	45	3,9	48	39,0	75	24,4	52	37,7	120	8,1
Réticulation	30	21,7	46	3,9	45	36,6	56	18,2	59	42,8	102	6,9
TOTAL	**138**	**100,0**	**1 170**	**100,0**	**123**	**100,0**	**307**	**100,0**	**138**	**100,0**	**1 477**	**100,0**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Un test d'imagerie médicale peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

Tableau 3 Patients avec une amiantose et tests d'imagerie médicale selon l'anomalie et le type de test

Anomalie aux tests d'imagerie médicale	Radiographies pulmonaires				Tomodensitométries thoraciques				Total			
	Patients[a]		Radiographies[b]		Patients[a]		Tomodensitométries[b]		Patients[a]		Tests[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amiantose	22	20,0	35	3,6	31	31,0	42	16,8	41	37,3	77	6,3
Atélectasie ronde	1	0,9	4	0,4	14	14,0	25	10,0	14	12,7	29	2,4
Cul-de-sac[c]	48	43,6	82	8,5	1	1,0	1	0,4	49	44,6	83	6,8
Épaississement pleural	46	41,8	120	12,4	33	33,0	50	20,0	56	50,9	170	14,0
Épanchement pleural	43	39,1	139	14,4	35	35,0	54	21,6	54	49,1	193	15,9
Fibrose	42	38,2	111	11,5	59	59,0	87	34,8	67	60,9	198	16,3
Image en verre dépoli	7	6,4	10	1,0	24	24,0	32	12,8	30	27,3	42	3,5
Mésothéliome	1	0,9	1	0,1	12	12,0	13	5,2	12	10,9	14	1,2
Opacité[c]	31	28,2	53	5,5	29	29,0	37	14,8	48	43,6	90	7,4
Pachypleurite	17	15,5	43	4,5	4	4,0	5	2,0	19	17,3	48	4,0
Plaque pleurale	83	75,5	446	46,2	88	88,0	182	72,8	100	90,9	628	51,7
Pleurésie	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,4	1	0,9	1	0,1
Pleuropathie d'amiante	25	22,7	44	4,6	47	47,0	74	29,6	51	46,4	118	9,7
Réticulation	29	26,4	45	4,7	43	43,0	53	21,2	56	50,9	98	8,1
TOTAL	**110**	**100,0**	**966**	**100,0**	**100**	**100,0**	**250**	**100,0**	**110**	**100,0**	**1 216**	**100,0**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Un test d'imagerie médicale peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

Tableau 4 Patients avec un mésothéliome et tests d'imagerie médicale selon l'anomalie et le type de test

Anomalie aux tests d'imagerie médicale	Radiographies pulmonaires				Tomodensitométries thoraciques				Total			
	Patients[a]		Radiographies[b]		Patients[a]		Tomodensitométries[b]		Patients[a]		Tests[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amiantose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Atélectasie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cul-de-sac[c]	7	23,3	12	5,2	0	0,0	0	0,0	7	23,3	12	4,1
Épaississement pleural	14	46,7	39	16,9	19	76,0	28	45,2	23	76,7	67	22,9
Épanchement pleural	26	86,7	109	47,2	18	72,0	40	64,5	27	90,0	149	50,9
Fibrose	2	6,7	4	1,7	4	16,0	6	9,7	4	13,3	10	3,4
Image en verre dépoli	0	0,0	0	0,0	6	24,0	6	9,7	6	20,0	6	2,1
Mésothéliome	8	26,7	15	6,5	17	68,0	22	35,5	19	63,3	37	12,6
Opacité[c]	8	26,7	13	5,6	7	28,0	8	12,9	12	40,0	21	7,2
Pachypleurite	3	10,0	4	1,7	1	4,0	1	1,6	4	13,3	5	1,7
Plaque pleurale	11	36,7	22	9,5	15	60,0	21	33,9	19	63,3	43	14,7
Pleurésie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pleuropathie d'amiante	2	6,7	3	1,3	2	8,0	3	4,8	2	6,7	6	2,1
Réticulation	1	3,3	1	0,4	3	12,0	4	6,5	4	13,3	5	1,7
TOTAL	**30**	**100,0**	**231**	**100,0**	**25**	**100,0**	**62**	**100,0**	**30**	**100,0**	**293**	**100,0**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Un test d'imagerie médicale peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

3 Anomalies selon le moment par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration

Les anomalies recherchées sur les rapports des tests d'imagerie peuvent de retrouver dans la section du dossier médical se rapportant à l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à 32 ans avant. L'hospitalisation liée à la déclaration contient l'information recherchée chez 53,6 % des **patients**, mais à des degrés variables selon les anomalies. Ainsi la fibrose n'est mentionnée que chez 28,6 % des patients (tableau 5).

Chez les personnes souffrant d'amiantose, 95,7 % des patients ont une mention de fibrose durant l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à 6 ans auparavant. Cette proportion diminue à 74,7 % si on ne retient que l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante et l'année précédente (tableau 6).

Chez les patients avec un mésothéliome, 100,0 % des mentions de cette tumeur sont relevées dans l'hospitalisation liée à la déclaration, un an avant celle-ci ou un an après (tableau 7).

En termes de **tests d'imagerie médicale**, l'hospitalisation liée à la déclaration ne contient l'information recherchée sur la première mention des différentes anomalies que dans 27,9 % des cas, avec des pourcentages plus élevés pour quelques anomalies (atélectasie ronde 50,0 %; image en verre dépoli 30,8 %; épanchement pleural 40,2 %, plaque pleurale 36,0 %) (tableau 8).

La même proportion de tests que de patients atteints d'amiantose (95,7 %) ont eu des mentions de fibrose durant l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci et jusqu'à six ans avant. Cette proportion diminue à 78,1 % si on se confine à l'hospitalisation liée à la déclaration, un an avant ou un an après celle-ci (tableau 9).

Pour les personnes avec un mésothéliome, 100,0 % des tests mentionnant la tumeur sont effectués au cours de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an avant ou un an après (tableau 10).

Tableau 5 Patients selon le moment des tests d'imagerie médicale par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite des anomalies sur la page suivante)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Tous[a]	Amiantose	Atélectasie ronde	Cul-de-sac[b]	Épaississement pleural	Épanchement pleural	Fibrose	Image en verre dépoli
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	74 (53,6)	10 (24,4)	7 (50,0)	8 (14,6)	18 (23,1)	32 (40,5)	20 (28,6)	12 (33,3)
1 an après	67 (48,6)	3 (7,3)	-	8 (14,6)	19 (24,3)	9 (11,4)	12 (17,1)	3 (8,3)
1 an avant	87 (63,0)	13 (31,7)	5 (35,7)	22 (40,0)	22 (28,2)	23 (29,1)	21 (30,0)	8 (22,2)
2 ans avant	21 (15,2)	2 (4,9)	-	6 (10,9)	4 (5,1)	4 (5,1)	3 (4,3)	7 (19,4)
3 ans avant	14 (10,1)	2 (4,9)	1 (7,1)	1 (1,8)	4 (5,1)	3 (3,8)	3 (4,3)	1 (2,8)
4 ans avant	12 (8,7)	2 (4,9)	-	1 (1,8)	2 (2,6)	2 (2,5)	5 (7,1)	-
5 ans avant	13 (9,4)	2 (4,9)	1 (7,1)	2 (3,6)	2 (2,6)	1 (1,3)	2 (2,9)	2 (5,6)
6 ans avant	11 (8,0)	3 (7,3)	-	2 (3,6)	3 (3,8)	-	1 (1,4)	1 (2,8)
7 ans avant	5 (3,6)	-	-	1 (1,8)	2 (2,6)	1 (1,3)	-	1 (2,8)
8 ans avant	2 (1,4)	-	-	1 (1,8)	-	-	-	-
9 ans avant	3 (2,2)	1 (2,4)	-	-	1 (1,3)	-	1 (1,4)	-
10 ans avant	1 (0,7)	-	-	-	-	1 (1,3)		-
11 ans avant	4 (2,9)	-	-	1 (1,8)	-	1 (1,3)	-	-
12 ans avant	1 (0,7)	-	-	1 (1,8)	-	-	-	-
14 ans avant	4 (2,9)	-	-	1 (1,8)	-	-	1 (1,4)	-
15 ans avant	1 (0,7)	-	-	-	-	-	-	-
16 ans avant	2 (1,4)	-	-	-	-	-	-	-
17 ans avant	2 (1,4)	1 (2,4)	-	-	-	-	-	-
18 ans avant	3 (2,2)	1 (2,4)	-	-	1 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,4)	-
19 ans avant	2 (1,4)	-	-	-	-	-	-	1 (2,8)
21 ans avant	1 (0,7)	-	-	-	-	-	-	-
23 ans avant	1 (0,7)	-	-	-	-	-	-	-
25 ans avant	1 (0,7)	-	-	-	-	1 (1,3)		-
31 ans avant	1 (0,7)	1 (2,4)	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	1 (0,7)	-	-	-	-	-	-	-
Aucune anomalie lors des différentes hospitalisations	1 (0,7)	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**138 (100,0)**	**41 (100,0)**	**14 (100,0)**	**55 (100,0)**	**78 (100,0)**	**79 (100,0)**	**70 (100,0)**	**36 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

Tableau 5 Patients selon le moment des tests d'imagerie médicale par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome n (%)	Opacité[b] n (%)	Pachypleurite n (%)	Plaque pleurale n (%)	Pleurésie n (%)	Pleuropathie d'amiante n (%)	Réticulation n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	6 (20,7)	14 (23,7)	4 (17,4)	47 (40,2)	-	14 (26,9)	14 (23,7)
1 an après	5 (17,2)	7 (11,9)	6 (26,1)	21 (17,9)	-	4 (7,7)	2 (3,4)
1 an avant	12 (41,4)	20 (33,9)	3 (13,0)	40 (34,2)	-	25 (48,1)	28 (47,5)
2 ans avant	1 (3,4)	6 (10,2)	2 (8,7)	2 (1,7)	-	3 (5,8)	4 (6,8)
3 ans avant	1 (3,4)	2 (3,4)	1 (4,3)	-	-	1 (1,9)	3 (5,1)
4 ans avant	1 (3,4)	2 (3,4)	1 (4,3)	3 (2,6)	-	2 (3,8)	2 (3,4)
5 ans avant	-	2 (3,4)	-	1 (0,9)	-	2 (3,8)	2 (3,4)
6 ans avant	1 (3,4)	1 (1,7)	1 (4,3)	2 (1,7)	-	-	1 (1,7)
7 ans avant	-	2 (3,4)	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	1 (1,9)	-
9 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
10 ans avant	-	-	-		-	-	-
11 ans avant	1 (3,4)	-	1 (4,3)	-	-	-	1 (1,7)
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
14 ans avant	-	1 (1,7)	1 (4,3)	-	1 (100,0)	-	-
15 ans avant	-	-	1 (4,3)	-	-	-	-
16 ans avant	-	1 (1,7)	-	-	-	-	1 (1,7)
17 ans avant	-	1 (1,7)	-	-	-	-	-
18 ans avant	-	-	-	-	-	-	1 (1,7)
19 ans avant	-	-	1 (4,3)		-	-	-
21 ans avant	-	-	-	1 (0,9)	-	-	-
23 ans avant	1 (3,4)	-	-	-	-	-	-
25 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
31 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	-	-	1 (4,3)		-	-	-
Aucune anomalie lors des différentes hospitalisations	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**29 (100,0)**	**59 (100,0)**	**23 (100,0)**	**117 (100,0)**	**1 (100,0)**	**52 (100,0)**	**59 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac ; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

Tableau 6 Patients avec une amiantose selon le moment des tests d'imagerie médicale par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite des anomalies sur la page suivante)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Tous[a] n (%)	Amiantose n (%)	Atélectasie ronde n (%)	Cul-de-sac[b] n (%)	Épaississement pleural n (%)	Épanchement pleural n (%)	Fibrose n (%)	Image en verre dépoli n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	56[d] (50,9)	10 (24,4)	7 (50,0)	6 (12,2)	9 (16,1)	17[d] (31,5)	19 (28,4)	10 (33,3)
1 an après	56[d] (50,9)	3 (7,3)	-	6 (12,2)	13[e] (23,2)	5 (9,3)	12 (17,9)	3 (10,0)
1 an avant	73[e] (66,4)	13 (31,7)	5 (35,7)	21[e] (42,9)	16 (28,6)	19 (35,2)	19[e] (28,4)	6 (20,0)
2 ans avant	18 (16,4)	2 (4,9)	-	6 (12,2)	4 (7,1)	3 (5,6)	3 (4,5)	5 (16,7)
3 ans avant	13 (11,8)	2 (4,9)	1 (7,1)	1 (2,0)	3 (5,4)	3 (5,6)	3 (4,5)	1 (3,3)
4 ans avant	11 (10,0)	2 (4,9)	-	1 (2,0)	2 (3,6)	1 (1,8)	5 (7,5)	-
5 ans avant	12 (10,9)	2 (4,9)	1 (7,1)	2 (4,1)	2 (3,6)	1 (1,8)	2 (3,0)	2 (6,7)
6 ans avant	11 (10,0)	3 (7,3)	-	2 (4,1)	3 (5,4)	-	1 (1,5)	1 (3,3)
7 ans avant	4 (3,6)	-	-	-	2 (3,6)	1 (1,8)	-	1 (3,3)
8 ans avant	2 (1,8)	-	-	1 (2,0)	-	-	-	-
9 ans avant	3 (2,7)	1 (2,4)	-	-	1 (1,8)	-	1 (1,5)	-
10 ans avant	1 (0,9)	-	-	-	-	1 (1,8)		-
11 ans avant	4 (3,6)	-	-	1 (2,0)	-	1 (1,8)	-	-
12 ans avant	1 (0,9)	-	-	1 (2,0)	-	-	-	-
14 ans avant	4 (3,6)	-	-	1 (2,0)	-	-	1 (1,5)	-
15 ans avant	1 (0,9)	-	-	-	-	-	-	-
16 ans avant	2 (1,8)	-	-	-	-	-	-	-
17 ans avant	2 (1,8)	1 (2,4)	-	-	-	-	-	-
18 ans avant	3 (2,7)	1 (2,4)	-	-	1 (1,8)	1 (1,8)	1 (1,5)	-
19 ans avant	2 (1,8)	-	-	-	-	-		1 (3,3)
21 ans avant	1 (0,9)	-	-	-	-	-	-	-
23 ans avant	1 (0,9)	-	-	-	-	-	-	-
25 ans avant	1 (0,9)	-	-	-	-	1 (1,8)		-
31 ans avant	1 (0,9)	1 (2,4)	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	1 (0,9)	-	-	-	-	-	-	-
Aucune anomalie lors des différentes hospitalisations	1 (0,9)	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**110[d] (100,0)**	**41 (100,0)**	**14 (100,0)**	**49 (100,0)**	**56 (100,0)**	**54(100,0)**	**67 (100,0)**	**30 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac ; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

[d] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[e] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

Tableau 6 Patients avec une amiantose selon le moment des tests d'imagerie médicale par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome n (%)	Opacité[b] n (%)	Pachypleurite n (%)	Plaque pleurale n (%)	Pleurésie n (%)	Pleuropathie d'amiante n (%)	Réticulation n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	2 (16,7)	10 (20,8)	3 (15,8)	43[d] (43,0)	-	14 (27,4)	13 (23,2)
1 an après	1[e] (8,3)	6[e] (12,5)	3 (15,8)	19 (19,0)	-	4 (7,8)	2 (3,6)
1 an avant	3[e] (25,0)	15 (31,2)	3 (15,8)	30 (30,0)	-	24[e] (47,1)	27[e] (48,2)
2 ans avant	1 (8,3)	5 (10,4)	2 (10,5)	1 (1,0)	-	3 (5,9)	4 (7,1)
3 ans avant	1 (8,3)	2 (4,2)	1 (5,3)	-	-	1 (2,0)	3 (5,4)
4 ans avant	1 (8,3)	2 (4,2)	1 (5,3)	3 (3,0)	-	2 (3,9)	2 (3,6)
5 ans avant	-	2 (4,2)	-	1 (1,0)	-	2 (3,9)	1 (1,8)
6 ans avant	1 (8,3)	1 (2,1)	1 (5,3)	2 (2,0)	-	-	1 (1,8)
7 ans avant	-	2 (4,2)	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	1 (2,0)	-
9 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
10 ans avant	-	-	-		-	-	-
11 ans avant	1 (8,3)	-	1 (5,3)	-	-	-	1 (1,8)
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
14 ans avant	-	1 (2,1)	1 (5,3)	-	1 (100,0)	-	-
15 ans avant	-	-	1 (5,3)	-	-	-	-
16 ans avant	-	1 (2,1)	-	-	-	-	1 (1,8)
17 ans avant	-	1 (2,1)	-	-	-	-	-
18 ans avant	-	-	-	-	-	-	1 (1,8)
19 ans avant	-	-	1 (5,3)		-	-	-
21 ans avant	-	-	-	1 (1,0)	-	-	-
23 ans avant	1 (8,3)	-	-		-	-	-
25 ans avant	-	-	-		-	-	-
31 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	-	-	1 (5,3)		-	-	-
Aucune anomalie lors des différentes hospitalisations	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**12 (100,0)**	**48 (100,0)**	**19 (100,0)**	**100 (100,0)**	**1 (100,0)**	**51 (100,0)**	**56 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac ; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

[d] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[e] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

Tableau 7 Patients avec un mésothéliome selon le moment des tests d'imagerie médicale par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite des anomalies sur la page suivante)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Tous[a] n (%)	Amiantose n (%)	Atélectasie ronde n (%)	Cul-de-sac[b] n (%)	Épaississement pleural n (%)	Épanchement pleural n (%)	Fibrose n (%)	Image en verre dépoli n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	20[d] (66,7)	-	-	2 (28,6)	9 (39,1)	17[d] (63,0)	1 (25,0)	2 (33,3)
1 an après	13[d] (43,3)	-	-	2 (28,6)	7[e] (30,4)	4 (14,8)	-	-
1 an avant	15[e] (50,0)	-	-	2[e] (28,6)	6 (26,1)	4 (14,8)	3 (75,0)	2 (33,3)
2 ans avant	3 (10,0)	-	-	-	-	1 (3,7)	-	2 (33,3)
3 ans avant	1 (3,3)	-	-	-	1 (4,7)	-	-	-
4 ans avant	1 (3,3)	-	-	-	-	1 (3,7)	-	-
5 ans avant	1 (3,3)	-	-	-	-	-	-	-
7 ans avant	1 (3,3)	-	-	1 (14,3)	-	-	-	-
Aucune anomalie lors des différentes hospitalisations	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**30[d] (100,0)**	**0**	**0**	**7 (100,0)**	**23 (100,0)**	**27 (100,0)**	**4 (100,0)**	**6 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

[d] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[e] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

Tableau 7 Patients avec un mésothéliome selon le moment des tests d'imagerie médicale par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome n (%)	Opacité[b] n (%)	Pachypleurite n (%)	Plaque pleurale n (%)	Pleurésie n (%)	Pleuropathie d'amiante n (%)	Réticulation n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	4 (21,1)	4 (33,3)	1 (25,0)	6[d] (31,6)	-	-	1 (25,0)
1 an après	5[e] (26,3)	2[e] (16,7)	3 (75,0)	2 (10,5)	-	-	-
1 an avant	10[e] (52,6)	5 (41,7)	-	10 (52,6)	-	2[e] (100,0)	2[e] (50,0)
2 ans avant	-	1 (8,3)	-	1 (5,3)	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	-	-	1 (25,0)
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
Aucune anomalie lors des différentes hospitalisations	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**19 (100,0)**	**12 (100,0)**	**4 (100,0)**	**19 (100,0)**	**0**	**2 (100,0)**	**4 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie sur ses tests d'imagerie médicale au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

[d] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[e] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

Tableau 8 Tests d'imagerie médicale de tous les patients selon le moment des tests par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite des anomalies sur la page suivante)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Tous	Amiantose	Atélectasie ronde	Cul-de-sac[a]	Épaississement pleural	Épanchement pleural	Fibrose	Image en verre dépoli
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	279 (27,9)	10 (22,2)	8 (50,0)	12 (17,4)	26 (23,9)	66 (40,2)	21 (22,3)	12 (30,8)
1 an après	148 (14,8)	4 (8,9)	-	11 (15,9)	26 (23,9)	20 (12,2)	21 (22,3)	4 (10,3)
1 an avant	373 (37,3)	16 (35,6)	6 (37,5)	27 (39,1)	33 (30,3)	56 (34,2)	32 (34,0)	8 (20,5)
2 ans avant	65 (6,5)	2 (4,4)	-	7 (10,1)	7 (6,4)	9 (5,5)	4 (4,3)	9 (23,1)
3 ans avant	23 (2,3)	2 (4,4)	1 (6,3)	1 (1,5)	4 (3,7)	3 (1,8)	3 (3,2)	1 (2,6)
4 ans avant	25 (2,5)	2 (4,4)	-	1 (1,5)	3 (2,8)	2 (1,2)	5 (5,3)	-
5 ans avant	21 (2,1)	2 (4,4)	1 (6,3)	2 (2,9)	2 (1,8)	2 (1,2)	2 (2,1)	2 (5,1)
6 ans avant	20 (2,0)	3 (6,7)	-	3 (4,3)	3 (2,8)	-	2 (2,1)	1 (2,6)
7 ans avant	8 (0,8)	-	-	1 (1,5)	3 (2,8)	1 (0,6)	-	1 (2,6)
8 ans avant	2 (0,2)	-	-	1 (1,5)	-	-	-	-
9 ans avant	3 (0,3)	1 (2,2)	-	-	1 (0,9)	-	1 (1,1)	-
10 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	1 (0,6)	-	-
11 ans avant	5 (0,5)	-	-	1 (1,5)	-	1 (0,6)	-	-
12 ans avant	1 (0,1)	-	-	1 (1,5)	-	-	-	-
14 ans avant	6 (0,6)	-	-	1 (1,5)	-	-	1 (1,1)	-
15 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
16 ans avant	2 (0,2)	-	-	-	-	-	-	-
17 ans avant	2 (0,2)	1 (2,2)	-	-	-	-	-	-
18 ans avant	8 (0,8)	1 (2,2)	-	-	1 (0,9)	2 (1,2)	2 (2,1)	-
19 ans avant	2 (0,2)	-	-	-	-	-		1 (2,6)
21 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
23 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
25 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	1 (0,6)	-	-
31 ans avant	1 (0,1)	1 (2,2)	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL[b]	**1 000 (100,0)**	**45 (100,0)**	**16 (100,0)**	**69 (100,0)**	**109 (100,0)**	**164 (100,0)**	**94 (100,0)**	**39 (100,0)**

[a] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[b] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux du tableau 2, car les tests mentionnant une anomalie ne sont comptés que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 8 Tests d'imagerie médicale de tous les patients selon le moment des tests par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome n (%)	Opacité[a] n (%)	Pachypleurite n (%)	Plaque pleurale n (%)	Pleurésie n (%)	Pleuropathie d'amiante n (%)	Réticulation n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	6 (14,6)	18 (26,9)	4 (15,4)	67 (36,0)	-	15 (20,6)	14 (20,0)
1 an après	7 (17,1)	7 (10,5)	8 (30,8)	30 (16,1)	-	6 (8,2)	4 (5,7)
1 an avant	21 (51,2)	22 (32,8)	3 (11,5)	71 (38,2)	-	43 (58,9)	35 (50,0)
2 ans avant	1 (2,4)	6 (9,0)	3 (11,5)	10 (5,4)	-	3 (4,1)	4 (5,7)
3 ans avant	1 (2,4)	2 (3,0)	1 (3,9)	-	-	1 (1,4)	3 (4,3)
4 ans avant	1 (2,4)	3 (4,5)	1 (3,9)	3 (1,6)	-	2 (2,7)	2 (2,9)
5 ans avant	-	2 (3,0)	-	1 (0,5)	-	2 (2,7)	3 (4,3)
6 ans avant	2 (4,9)	1 (1,5)	1 (3,9)	3 (1,6)	-	-	1 (1,4)
7 ans avant	-	2 (3,0)	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	1 (1,4)	-
9 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
10 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	1 (2,4)	-	1 (3,9)	-	-	-	1 (1,4)
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
14 ans avant	-	2 (3,0)	1 (3,9)	-	1 (100,0)	-	-
15 ans avant	-	-	1 (3,9)	-	-	-	-
16 ans avant	-	1 (1,5)	-	-	-	-	1 (1,4)
17 ans avant	-	1 (1,5)	-	-	-	-	-
18 ans avant	-	-	-	-	-	-	2 (2,9)
19 ans avant	-	-	1 (3,9)	-	-	-	-
21 ans avant	-	-	-	1 (0,5)	-	-	-
23 ans avant	1 (2,4)	-	-	-	-	-	-
25 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
31 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	-	-	1 (3,9)		-	-	-
TOTAL[b]	**41 (100,0)**	**67 (100,0)**	**26 (100,0)**	**186 (100,0)**	**1 (100,0)**	**73 (100,0)**	**70 (100,0)**

[a] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[b] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux du tableau 2, car les tests mentionnant une anomalie ne sont comptés que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 9 Tests d'imagerie médicale des patients avec une amiantose selon le moment des tests par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite des anomalies sur la page suivante)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Tous n (%)	Amiantose n (%)	Atélectasie n (%)	Cul-de-sac[a] n (%)	Épaississement pleural n (%)	Épanchement pleural n (%)	Fibrose n (%)	Image en verre dépoli n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	205[b] (25,1)	10 (22,2)	8 (50,0)	7 (11,7)	13 (17,8)	30[b] (27,0)	20 (22,0)	10 (30,3)
1 an après	118[b] (14,4)	4 (8,9)	-	9 (15,0)	16[c] (21,9)	15 (13,5)	21 (23,1)	4 (12,1)
1 an avant	305[c] (37,3)	16 (35,6)	6 (37,5)	26[c] (43,3)	21 (28,8)	46 (41,4)	30*[c] (33,0)	6 (18,2)
2 ans avant	59 (7,2)	2 (4,4)	-	7 (11,7)	7 (9,6)	8 (7,2)	4 (4,4)	7 (21,2)
3 ans avant	22 (2,7)	2 (4,4)	1 (6,3)	1 (1,7)	3 (4,1)	3 (2,7)	3 (3,3)	1 (3,0)
4 ans avant	24 (2,9)	2 (4,4)	-	1 (1,7)	3 (4,1)	1 (0,9)	5 (5,5)	-
5 ans avant	19 (2,3)	2 (4,4)	1 (6,3)	2 (3,3)	2 (2,7)	2 (1,8)	2 (2,2)	2 (6,1)
6 ans avant	20 (2,4)	3 (6,7)	-	3 (5,0)	3 (4,1)	-	2 (2,2)	1 (3,0)
7 ans avant	7 (0,9)	-	-	-	3 (4,1)	1 (0,9)	-	1 (3,0)
8 ans avant	2 (0,3)	-	-	1 (1,7)	-	-	-	-
9 ans avant	3 (0,4)	1 (2,2)	-	-	1 (1,4)	-	1 (1,1)	-
10 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	1 (0,9)		-
11 ans avant	5 (0,6)	-	-	1 (1,7)	-	1 (0,9)	-	-
12 ans avant	1 (0,1)	-	-	1 (1,7)	-	-	-	-
14 ans avant	6 (0,7)	-	-	1 (1,7)	-	-	1 (1,1)	-
15 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
16 ans avant	2 (0,3)	-	-	-	-	-	-	-
17 ans avant	2 (0,3)	1 (2,2)	-	-	-	-	-	-
18 ans avant	8 (1,0)	1 (2,2)	-	-	1 (1,4)	2 (1,8)	2 (2,2)	-
19 ans avant	2 (0,3)	-	-	-	-	-		1 (3,0)
21 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
23 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
25 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	1 (0,9)	-	-
31 ans avant	1 (0,1)	1 (2,2)	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	1 (0,1)	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL[d]	**817[b] (100,0)**	**45 (100,0)**	**16 (100,0)**	**60 (100,0)**	**73 (100,0)**	**111 (100,0)**	**91 (100,0)**	**33 (100,0)**

[a] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[b] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[c] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

[d] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux du tableau 3, car les tests mentionnant une anomalie ne sont comptés que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 9 Tests d'imagerie médicale des patients avec une amiantose selon le moment des tests par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome n (%)	Opacité[a] n (%)	Pachypleurite n (%)	Plaque pleurale n (%)	Pleurésie n (%)	Pleuropathie d'amiante n (%)	Réticulation n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	2 (14,3)	12 (22,2)	3 (14,3)	62[b] (38,8)	-	15 (20,8)	13 (19,7)
1 an après	1[c] (7,1)	6[c] (11,1)	4 (19,1)	28 (17,5)	-	6 (8,3)	4 (6,1)
1 an avant	4[c] (28,6)	17 (31,5)	3 (14,3)	54 (33,8)	-	42[c] (58,3)	34[c] (51,5)
2 ans avant	1 (7,1)	5 (9,3)	3 (14,3)	8 (5,0)	-	3 (4,2)	4 (6,1)
3 ans avant	1 (7,1)	2 (3,7)	1 (4,8)	-	-	1 (1,4)	3 (4,6)
4 ans avant	1 (7,1)	3 (5,6)	1 (4,8)	3 (1,9)	-	2 (2,8)	2 (3,0)
5 ans avant	-	2 (3,7)	-	1 (0,6)	-	2 (2,8)	1 (1,5)
6 ans avant	2 (14,3)	1 (1,9)	1 (4,8)	3 (1,9)	-	-	1 (1,5)
7 ans avant	-	2 (3,7)	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	1 (1,4)	-
9 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
10 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	1 (7,1)	-	1 (4,8)	-	-	-	1 (1,5)
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
14 ans avant	-	2 (3,7)	1 (4,8)	-	1 (100,0)	-	-
15 ans avant	-	-	1 (4,8)	-	-	-	-
16 ans avant	-	1 (1,9)	-	-	-	-	1 (1,5)
17 ans avant	-	1 (1,9)	-	-	-	-	-
18 ans avant	-	-	-	-	-	-	2 (3,0)
19 ans avant	-	-	1 (4,8)	-	-	-	-
21 ans avant	-	-	-	1 (0,6)	-	-	-
23 ans avant	1 (7,1)	-		-	-	-	-
25 ans avant	-	-	-		-	-	-
31 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
32 ans avant	-	-	1 (4,8)		-	-	-
TOTAL[d]	**14 (100,0)**	**54 (100,0)**	**21 (100,0)**	**160 (100,0)**	**1 (100,0)**	**72 (100,0)**	**66 (100,0)**

[a] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[b] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[c] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

[d] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux du tableau 3, car les tests mentionnant une anomalie ne sont comptés que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 10 Tests d'imagerie médicale des patients avec un mésothéliome selon le moment des tests par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite des anomalies sur la page suivante)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Tous n (%)	Amiantose n (%)	Atélectasie n (%)	Cul-de-sac[a] n (%)	Épaississement pleural n (%)	Épanchement pleural n (%)	Fibrose n (%)	Image en verre dépoli n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	78[b] (38,8)	-	-	5 (50,0)	13 (33,3)	38[b] (69,1)	1 (25,0)	2 (33,3)
1 an après	35[b] (17,4)	-	-	2 (20,0)	13[c] (33,3)	5 (9,1)	-	-
1 an avant	77[c] (38,3)	-	-	2[c] (20,0)	12 (30,8)	10 (18,2)	3[c] (75,0)	2 (33,3)
2 ans avant	6 (3,0)	-	-	-	-	1 (1,8)	-	2 (33,3)
3 ans avant	1 (0,5)	-	-	-	1 (2,6)	-	-	-
4 ans avant	1 (0,5)	-	-	-	-	1 (1,8)	-	-
5 ans avant	2 (1,0)	-	-	-	-	-	-	-
7 ans avant	1 (0,5)	-	-	1 (10,0)	-	-	-	-
TOTAL[d]	**201[b] (100,0)**	**0**	**0**	**10 (100,0)**	**39 (100,0)**	**55 (100,0)**	**4 (100,0)**	**6 (100,0)**

[a] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[b] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[c] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

[d] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux du tableau 4, car les tests mentionnant une anomalie ne sont comptés que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 10 Tests d'imagerie médicale des patients avec un mésothéliome selon le moment des tests par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie (suite)

Moment des tests d'imagerie par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome	Opacité[a]	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante	Réticulation
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	4 (13,3)	6 (42,9)	1 (20,0)	7[b] (25,0)	-	-	1 (20,0)
1 an après	7[c] (23,3)	2[c] (14,3)	4 (80,0)	2 (7,1)	-	-	-
1 an avant	19[c] (63,3)	5 (35,7)	-	17 (60,7)	-	5[c] (100,0)	2[c] (40,0)
2 ans avant	-	1 (7,1)	-	2 (7,1)	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	-	-	2 (40,0)
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL[d]	**30 (100,0)**	**14 (100,0)**	**5 (100,0)**	**28 (100,0)**	**0**	**5 (100,0)**	**5 (100,0)**

[a] Cul-de-sac = oblitération ou émoussement du cul-de-sac; opacité = opacité linéaire fibrocicatricielle ou tractus fibrocicatriciel ou placard d'hyperdensité linéaire.

[b] Deux patients sont atteints d'amiantose et de mésothéliome.

[c] Un patient est atteint d'amiantose et de mésothéliome.

[d] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux du tableau 4, car les tests mentionnant une anomalie ne sont comptés que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

4 Résumé

Cette description du contenu des tests d'imagerie médicale montre que :

- les 138 sujets à l'étude ont passé 1 170 radiographies pulmonaires et 307 tomodensitométries thoraciques;
- 110 patients avec une amiantose ont passé 1 216 tests d'imagerie médicale et 30 patients avec un mésothéliome en ont eu 293;
- 53,6 % des patients présentent l'une ou l'autre des anomalies recherchées dans l'hospitalisation liée à la déclaration;
- les anomalies peuvent être mentionnées la première fois jusqu'à 32 ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration.

Pour les patients avec une amiantose :

- 60,9 % des patients ont de la fibrose sur leurs radiographies pulmonaires ou sur leurs tomodensitométries thoraciques;
- 95,7 % de ces personnes ont une mention de fibrose au cours de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci et jusqu'à six ans avant;
- on pourrait donc photocopier les tests d'imagerie effectués jusqu'à six ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration.

Pour les patients avec un mésothéliome :

- 63,3 % des patients ont une mention de mésothéliome sur leurs tests d'imagerie médicale;
- 100,0 % de ces personnes ont une mention de la tumeur au cours de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou un an avant;
- on pourrait donc photocopier les tests d'imagerie durant ces périodes de temps.

Annexe 25

Description des résultats des consultations médicales

Description des résultats des consultations médicales Juin 2016

1 Nombre de consultations

On a retracé des consultations médicales ou des consultations dans des unités spécialisées dans le dossier médical de 132 des 138 patients à l'étude. Afin de simplifier la lecture, les consultations dans des unités spécialisées seront incluses sous le vocable « consultation médicale » dans le reste de cette annexe. On a dénombré 594 consultations dans les dossiers des 105 patients avec une amiantose et 146 consultations chez les 29 patients atteints d'un mésothéliome (tableau 1).

Tableau 1 Patients et consultations selon la maladie

	Amiantose	Mésothéliome	Total
Nombre de patients[a]	110	30	138
Nombre de patients avec des consultations	105	29	132
Nombre de consultations[b]	594	146	727

[a] Deux patients ont une amiantose et un mésothéliome.

[b] Deux patients avec une amiantose et un mésothéliome ont eu 13 consultations.

Les sujets à l'étude ont eu entre une et 18 consultations et ils ont vu jusqu'à cinq types de consultants différents (tableau 2).

Tableau 2 Patients selon le nombre de types de consultation et la maladie

Nombre de types de consultants	Amiantose		Mésothéliome		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	42	40,0	6	20,7	48	36,4
2	35	33,3	11	37,9	46	34,8
3	19	18,1	4	13,8	22	16,7
4	7	6,7	5	17,2	12	9,1
5	2	1,9	3	10,4	4	3,0
TOTAL	**105**	**100,0**	**29**	**100,0**	**132**[a]	**100,0**

[a] Deux patients ont une amiantose et un mésothéliome; cinq patients avec une amiantose et un patient avec un mésothéliome n'ont pas eu de consultation.

2 Source des rapports de consultation

Les résultats des consultations sont inscrits en majorité sur des formulaires de demande de consultation (94,7 %) et en moindre proportion sur des notes d'évolution ou des notes d'évolution externe (tableau 3).

Tableau 3 Patients selon la source des rapports de consultation et la maladie

Source des rapports de consultation	Amiantose		Mésothéliome		Total	
	n	%	n	%	n	%
Formulaires	99	94,3	28	96,6	125	94,7
Notes d'évolution	48	45,7	11	37,9	57	43,2
Notes d'évolution externes	42	40,0	8	27,6	48	36,4
TOTAL	**105**[a]	**100,0**	**29**[a]	**100,0**	**132**[a,b]	**100,0**

[a] Catégories non mutuellement exclusives.

[b] Deux patients ont une amiantose et un mésothéliome; cinq patients avec une amiantose et un patient avec un mésothéliome n'ont aucune consultation.

3 Types de consultants

Un peu plus des trois quarts (76,2 %) des **patients** avec une amiantose et 86,2 % des patients avec un mésothéliome ont eu une consultation en pneumologie. La deuxième place revient à la médecine interne pour les patients avec une amiantose (45,7 %) et à la chirurgie pour les mésothéliomes (62,1 %) (tableau 4). En comptant les patients qui ont été vus par l'une ou l'autre des deux spécialités les plus fréquemment consultées, 90,5 % des patients avec une amiantose ont eu des consultations en médecine interne ou en pneumologie et 89,7 % des personnes atteintes de mésothéliome ont eu des consultations en chirurgie et en pneumologie (données non présentées).

Quatre-vingt-deux pourcent des **consultations** des patients avec une amiantose et 62,3 % des consultations des personnes avec un mésothéliome sont rédigées par des pneumologues ou par des internistes (tableau 4). En ajoutant à ces deux spécialités les consultations en cardiologie, en chirurgie et en gériatrie, le pourcentage de consultations des cas d'amiantose monte à 89,9 %. En additionnant les consultations en chirurgie et en oncologie, les consultations des cas de mésothéliome atteignent 89,7 % (données non présentées).

Tableau 4 Patients et consultations selon le type de consultation et la maladie

Type de consultation	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients[a,b]		Consultations		Patients[a,b]		Consultations		Patients[a,b]		Consultations	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiologie	9	8,6	16	2,7	0	0,0	0	0,0	9	6,8	16	2,2
Chirurgie[c]	12	11,4	16	2,7	18	62,1	21	14,4	29[d]	22,0	35[d]	4,8
Gériatrie	6	5,7	14	2,4	0	0,0	0	0,0	6	4,6	14	1,9
Hématologie[e]	5	4,8	5	0,8	6	20,7	9	6,2	11	8,3	14	1,9
Médecine interne	48	45,7	125	21,0	7	24,1	18	12,3	54[f]	40,9	142[f]	19,5
Néphrologie	4	3,8	6	1,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0	6	0,8
Neurologie	5	4,8	5	0,8	0	0,0	0	0,0	5	3,8	5	0,7
Oncologie[g]	7	6,7	8	1,4	9	31,0	19	13,0	15[h]	11,4	25[h]	3,4
Oto-rhino-laryngologie[i]	11	10,5	13	2,2	0	0,0	0	0,0	11	8,3	13	1,8
Pneumologie	80	76,2	363	61,1	25	86,2	73	50,0	103[j]	78,0	429[j]	59,0
Soins intensifs	3	2,9	4	0,7	1	3,4	1	0,7	4	3,0	5	0,7
Autres[k]	14	13,3	15	2,5	4	13,8	5	3,4	17[l]	12,9	19[l]	2,6
Inconnue	3	2,9	4	0,7	0	0,0	0	0,0	3	3,0	4	0,6
TOTAL	**105**	**100,0**	**594**	**100,0**	**29**	**100,0**	**146**	**100,0**	**132**	**100,0**	**727**[m]	**100,0**

[a] Deux patients ont une amiantose et un mésothéliome.

[b] Un patient peut avoir plus d'une consultation, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de cette colonne.

[c] Chirurgie inclut chirurgie (huit patients et neuf consultations), chirurgie générale (trois patients et cinq consultations), chirurgie thoracique (18 patients et 19 consultations) et chirurgie vasculaire (deux patients et deux consultations).

[d] Deux consultations chez deux patients qui ont une amiantose et un mésothéliome.

[e] Hématologie inclut hématologie (deux patients et deux consultations) et hémato-oncologie (10 patients et 12 consultations).

[f] Une consultation chez un patient qui a une amiantose et un mésothéliome.

[g] Oncologie inclut oncologie (sept patients et 14 consultations), oncologie médicale (deux patients et deux consultations) et radio-oncologie (huit patients et neuf consultations).

[h] Deux consultations chez deux patients qui ont une amiantose et un mésothéliome.

[i] Oto-rhino-laryngologie inclut audiologie (quatre patients et quatre consultations) et oto-rhino-laryngologie (huit patients et neuf consultations).

[j] Sept consultations chez deux patients qui ont une amiantose et un mésothéliome.

[k] Autres inclut gastroentérologie (deux patients et deux consultations), médecine familiale (trois patients et trois consultations), microbiologie (trois patients et trois consultations), physiatrie (un patient et une consultation), psychiatrie (un patient et deux consultations), rhumatologie (trois patients et quatre consultations), soins palliatifs (un patient et une consultation), UHB (deux patients et deux consultations) et urologie (un patient et une consultation).

[l] Une consultation chez un patient qui a une amiantose et un mésothéliome.

[m] Treize consultations chez deux patients qui ont une amiantose et un mésothéliome.

4 Anomalies identifiées sur les consultations

Les anomalies suivantes ont été recherchées sur les différents types de formulaires de consultation : une amiantose, une fibrose, un mésothéliome, une maladie assimilable à l'amiantose, une pachypleurite, une plaque pleurale, une pleurésie et une pleuropathie d'amiante. Elles ont été analysées selon qu'elles étaient mentionnées dans les **impressions diagnostiques** des médecins ou qu'elles étaient rapportées dans les **antécédents médicaux**.

4.1 Anomalies identifiées dans les impressions diagnostiques des médecins dans les consultations

4.1.1 Description générale

Soixante-six des 105 personnes souffrant d'une amiantose et 19 des 29 sujets avec un mésothéliome présentent l'une ou l'autre des anomalies recherchées.

De l'amiantose et de la fibrose sont mentionnées dans les impressions diagnostiques des consultations de respectivement 51,5 % et 39,4 % des **patients** atteints d'amiantose et qui présentent des anomalies. Trois pourcent de ces patients présentent une maladie assimilable à l'amiantose et 21,2 % une pleuropathie d'amiante. En termes de nombre de **consultations**, on retrouve la mention d'une amiantose et d'une fibrose dans 38,6 % et 29,4 % d'entre elles.

Le mésothéliome est mentionné chez 89,5 % des **patients** atteints de cette maladie et qui présentent des anomalies et dans 74,4 % de leurs **consultations** (tableau 5).

Tableau 5 Patients et consultations selon l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins et la maladie

Anomalie dans les impressions diagnostiques	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amiantose	34	51,5	59	38,6	0	0,0	0	0,0	34	40,5	59	31,4
Fibrose	26	39,4	45	29,4	0	0,0	0	0,0	26	31,0	45	23,9
Mésothéliome	3	4,6	5	3,3	17	89,5	29	74,4	19[c]	22,6	31[c]	16,5
Maladie assimilable à l'amiantose	2	3,0	3	2,0	0	0,0	0	0,0	2	2,4	3	1,6
Pachypleurite	2	3,0	3	2,0	1	5,3	3	7,7	3	3,6	6	3,2
Plaque pleurale	38	57,6	57	37,3	6	31,6	7	18,0	43[d]	51,2	63[d]	33,5
Pleurésie	2	3,0	4	2,6	1	5,3	1	2,6	3	3,6	5	2,7
Pleuropathie d'amiante	14	21,2	16	10,5	0	0,0	0	0,0	14	16,7	16	8,5
TOTAL	**66**	**100,0**	**153**	**100,0**	**19**	**100,0**	**39**	**100,00**	**84**[e]	**100,0**	**188**[e]	**100,0**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Une consultation peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a trois consultations mentionnant un mésothéliome.

[d] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a une consultation mentionnant des plaques pleurales.

[e] Un patient a une amiantose et un mésothéliome et quatre consultations.

Chez les personnes souffrant d'une amiantose et présentant des anomalies, la mention d'une amiantose ou d'une fibrose dans les impressions diagnostiques des médecins provient majoritairement des consultations en pneumologie (respectivement 67,7 % et 73,1 % des **patients** et 54,2 % et 64,4 % des **consultations**) et en médecine interne (respectivement 29,4 % et 34,6 % des **patients** et 30,5 % et 23,7 % des **consultations**). La mention de mésothéliome chez les patients atteints de ce cancer et présentant des anomalies est retrouvée principalement dans les consultations en pneumologie (52,9 % des **patients** et 34,5 % des **consultations**) et en oncologie (41,2 % des **patients** et 27,6 % des **consultations**) (tableau 6).

Tableau 6 Patients et consultations selon l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins, le type de consultation et la maladie (suite des anomalies sur la page suivante)

Anomalie dans les impressions diagnostiques et type de consultation	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amiantose	**34**	**51,5**	**59**	**38,6**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**34**	**40,5**	**59**	**31,4**
• Gériatrie	3	8,8	4	6,8	-	-	-	-	3	8,8	4	6,8
• Médecine familiale	2	5,9	2	3,4	-	-	-	-	2	5,9	2	3,4
• Médecine interne	10	29,4	18	30,5	-	-	-	-	10	29,4	18	30,5
• Pneumologie	23	67,7	32	54,2	-	-	-	-	23	67,7	32	54,2
• Soins intensifs	1	2,9	1	1,7	-	-	-	-	1	2,9	1	1,7
• Inconnue	1	2,9	2	3,4	-	-	-	-	1	2,9	2	3,4
Fibrose	**26**	**39,4**	**45**	**29,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**26**	**31,0**	**45**	**23,9**
• Gériatrie	1	3,9	2	4,4	-	-	-	-	1	3,9	2	4,4
• Médecine interne	9	34,6	14	23,7	-	-	-	-	9	34,6	14	23,7
• Pneumologie	19	73,1	29	64,4	-	-	-	-	19	73,1	29	64,4
Mésothéliome	**3**	**4,6**	**5**	**3,3**	**17**	**89,5**	**29**	**74,4**	**19[c]**	**22,6**	**31[c]**	**16,5**
• Chirurgie[d]	-	-	-	-	3	17,7	3	10,3	3	15,8	3	9,7
• Hématologie[e]	-	-	-	-	5	29,4	5	17,2	5	26,3	5	16,1
• Médecine interne	-	-	-	-	2	11,8	2	6,9	2	10,5	2	6,5
• Oncologie[f]	1	33,3	2	40,0	7	41,2	8	27,6	7[c]	36,8	8[c]	25,8
• Pneumologie	3	100,0	3	60,0	9	52,9	10	34,5	11[c]	57,9	12[c]	38,7
• Soins intensifs	-		-	-	1	5,9	1	3,5	1	5,3	1	3,2
Maladie assimilable à l'amiantose	**2**	**3,0**	**3**	**2,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**2**	**2,4**	**3**	**1,6**
• Pneumologie	2	100,0	3	100,0	-	-	0	0,0	2	100,0	3	100,0
Pachypleurite	**2**	**3,0**	**3**	**2,0**	**1**	**5,3**	**3**	**7,7**	**3**	**3,6**	**6**	**3,2**
• Pneumologie	2	100,0	3	100,0	1	100,0	3	100,0	3	100,0	6	100,0

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Une consultation peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a trois consultations mentionnant un mésothéliome.

[d] Chirurgie inclut chirurgie et chirurgie thoracique.

[e] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[f] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

[g] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a une consultation mentionnant des plaques pleurales.

[h] Un patient a une amiantose et un mésothéliome et quatre consultations.

Tableau 6 Patients et consultations selon l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins, le type de consultation et la maladie (suite)

Anomalie dans les impressions diagnostiques et type de consultation	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Plaque pleurale	**38**	**57,6**	**57**	**37,3**	**6**	**31,6**	**7**	**18,0**	**43[g]**	**51,2**	**63[g]**	**33,5**
• Gériatrie	1	2,6	1	1,8	-	-	-	-	1	2,3	1	1,6
• Hématologie	-	-	-	-	2	33,3	2	28,6	2	4,7	2	3,2
• Médecine interne	6	15,8	7	12,3	-	-	-	-	6	14,0	7	11,1
• Pneumologie	31	81,6	48	84,2	-	-	-	-	31[g]	72,1	48[g]	76,2
• Soins intensifs	1	2,6	1	1,8	-	-	-	-	1	2,3	1	1,6
Pleurésie	**2**	**3,0**	**4**	**2,6**	**1**	**5,3**	**1**	**2,6**	**3**	**3,6**	**5**	**2,7**
• Pneumologie	2	100,0	4	100,0	1	100,0	1	100,0	3	100,0	5	100,0
Pleuropathie d'amiante	**14**	**21,2**	**16**	**10,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**14**	**16,7**	**16**	**8,5**
• Chirurgie générale	1	7,1	1	6,3	-	-	-	-	1	7,1	1	6,3
• Gériatrie	1	7,1	1	6,3	-	-	-	-	1	7,1	1	6,3
• Pneumologie	13	92,9	14	87,5	-	-	-	-	13	92,9	14	87,5
TOTAL	**66**	**100,0**	**153**	**100,0**	**19**	**100,0**	**39**	**100,00**	**84[h]**	**100,0**	**188[h]**	**100,0**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Une consultation peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a trois consultations mentionnant un mésothéliome.

[d] Chirurgie inclut chirurgie et chirurgie thoracique.

[e] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[f] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

[g] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a une consultation mentionnant des plaques pleurales.

[h] Un patient a une amiantose et un mésothéliome et quatre consultations.

4.1.2 Anomalies dans les impressions diagnostiques selon le moment de l'hospitalisation

Les consultations contenant les anomalies recherchées peuvent se trouver dans l'hospitalisation liée à la déclaration de la maladie, un an après celle-ci ou jusqu'à 31 ans avant. L'hospitalisation liée à la déclaration contient de l'information sur les anomalies recherchées dans un faible pourcentage (27,3 %) des dossiers. Cependant, 100,0 % des **patients** atteints d'une amiantose ont des mentions de cette pneumoconiose ou de fibrose dans les impressions diagnostiques de leurs consultations dans l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante ou les six années précédentes (tableau 7). De plus, entre 70,0 % et 88,8 % de ces **patients** ont des mentions d'amiantose ou de fibrose dans les impressions diagnostiques de leurs consultations en pneumologie et en médecine interne lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante ou les quatre années précédentes (tableau 8). Les résultats sont semblables quand on considère les **consultations** (tableaux 9 et 10).

Chez 100,0 % des **patients** avec un mésothéliome, la tumeur est rapportée jusqu'à sept ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration (tableau 11). Le mésothéliome est mentionné chez 100,0 % des **patients** avec une consultation en pneumologie, en médecine interne ou en oncologie entre un an après ou deux ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration (tableau 12). Les résultats vont dans le même sens quand on considère les **consultations** (tableaux 13 et 14).

Tableau 7 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Amiantose								
	Tous[a]	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Maladie assimilable à l'amiantose	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[b]	18 (27,3)	13 (38,2)	4 (15,4)	-	-	-	6 (15,8)	-	4 (28,6)
1 an après	10 (15,2)	4 (11,8)	6 (23,1)	-	-	-	-	-	2 (14,3)
1 an avant	21 (31,8)	6 (17,6)	8 (30,8)	1 (33,3)	1 (50,0)	-	9 (23,7)	-	4 (28,6)
2 ans avant	5 (7,6)	1 (2,9)	2 (7,7)	1 (33,3)	-	-	3 (7,9)	-	1 (7,1)
3 ans avant	6 (9,1)	2 (5,9)	1 (3,9)	-	-	-	3 (7,9)	1 (50,0)	2 (14,3)
4 ans avant	6 (9,1)	4 (11,8)	1 (3,9)	-	-	1 (50,0)	1 (2,6)	-	-
5 ans avant	3 (4,6)	-	1 (3,9)	-	1 (50,0)	-	3 (7,9)	-	-
6 ans avant	7 (10,6)	3 (8,8)	3 (11,5)	1 (33,3)	-	-	4 (10,5)	-	1 (7,1)
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	2 (3,0)	-	-	-	-	-	2 (5,3)	-	-
9 ans avant	2 (3,0)	-	-	-	-	-	2 (5,3)	-	-
12 ans avant	3 (4,6)	-	-	-	-	-	3 (7,9)	-	-
14 ans avant	1 (1,5)	1 (2,9)	-	-	-	-	-	1 (50,0)	-
23 ans avant	1 (1,5)	-	-	-	-	-	1 (2,6)	-	-
31 ans avant	1 (1,5)	-	-	-	-	1 (50,0)	1 (2,6)	-	-
TOTAL	**66 (100,0)**	**34 (100,0)**	**26 (100,0)**	**3 (100,0)**	**2 (100,0)**	**2 (100,0)**	**38 (100,0)**	**2 (100,0)**	**14 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la sommes des lignes de la colonne.

[b] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

Tableau 8 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite des types de consultation sur la page suivante)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Chirurgie[a]	Gériatrie					Médecine familiale	Médecine interne				Oncologie[b]
	Pleuropathie d'amiante	Tous[c]	Amiantose	Fibrose	Plaque pleurale	Pleuropathie d'amiante	Amiantose	Tous[c]	Amiantose	Fibrose	Plaque pleurale	Mésothéliome
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[d]	1 (100,0)	3 (100,0)	2 (66,6)	1 (100,0)	1 (100,0)	-	1 (50,0)	2 (11,1)	2 (20,0)	-	1 (16,7)	-
1 an après	-	-		-	-	-	1 (50,0)	4 (22,2)	1 (10,0)	4 (44,4)	-	-
1 an avant	-	-	-	-	-	-	-	5 (27,8)	1 (10,0)	3 (33,3)	2 (33,3)	1 (100,0)
2 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	1 (5,6)	-	-	1 (16,7)	-
3 ans avant	-	1 (33,3)	-	-	-	1 (100,0)	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	1 (33,3)	1 (33,3)	-	-	-	-	3 (16,7)	3 (30,0)	1 (11,1)	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	2 (11,1)	2 (20,0)	1 (11,1)	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	1 (5,6)	-	-	1 (16,7)	-
14 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	1 (5,6)	1 (10,0)	-	-	-
18 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23 ans	-	-	-	-	-	-	-	1 (5,6)	-	-	1 (16,6)	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**1 (100,0)**	**3 (100,0)**	**3 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**	**18 (100,0)**	**10 (100,0)**	**9 (100,0)**	**6 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie correspond à chirurgie générale.

[b] Le patient a eu une consultation en oncologie médicale et en radio-oncologie.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[d] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans la consultation d'une même spécialité au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

Tableau 8 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Pneumologie									Soins intensifs			Inconnue
	Tous[c]	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Maladie assimilable à l'amiantose	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante	Tous	Amiantose	Plaque pleurale	Amiantose
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[d]	9 (18,0)	7 (30,4)	3 (15,8)	-	-	-	3 (9,7)	-	3 (23,1)	2 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	-
1 an après	5 (10,0)	3 (13,0)	1 (5,3)	-	-	-	-	-	2 (15,4)	-	-	-	-
1 an avant	18 (36,0)	4 (17,4)	7 (36,8)	1 (33,3)	1 (50,0)	-	7 (22,6)	-	5 (38,5)	-	-	-	1 (100,0)
2 ans avant	6 (12,0)	1 (4,3)	3 (15,8)	1 (33,3)	-	-	3 (9,7)	-	1 (7,7)	-	-	-	-
3 ans avant	5 (10,0)	2 (8,7)	1 (5,3)	-	-	-	3 (9,7)	1 (50,0)	1 (7,7)	-	-	-	-
4 ans avant	3 (6,0)	1 (4,3)	-	-	-	1 (50,0)	1 (3,2)	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	3 (6,0)	-	1 (5,3)	-	1 (50,0)	-	3 (9,7)	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	6 (12,0)	1 (4,3)	2 (10,5)	1 (33,3)	-	-	4 (12,9)	-	1 (7,7)	-	-	-	-
8 ans avant	2 (4,0)	1 (4,3)	1 (5,3)	-	-	-	2 (6,5)	-	-	-	-	-	-
9 ans avant	2 (4,0)	-	-	-	-	-	2 (6,5)	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	2 (4,0)	-	-	-	-	-	2 (6,5)	-	-	-	-	-	-
14 ans avant	1 (2,0)	-	-	-	-	-	-	1 (50,0)	-	-	-	-	-
18 ans avant	1 (2,0)	1 (4,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 ans avant	1 (2,0)	1 (4,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	1 (2,0)	1 (4,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31 ans avant	2 (4,0)	-	-	-	-	1 (50,0)	1 (3,2)	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**50 (100,0)**	**23 (100,0)**	**19 (100,0)**	**3 (100,0)**	**2 (100,0)**	**2 (100,0)**	**31 (100,0)**	**2 (100,0)**	**13 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie correspond à chirurgie générale.

[b] Le patient a eu une consultation en oncologie médicale et en radio-oncologie.

[c] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[d] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans la consultation d'une même spécialité au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

Tableau 9 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Amiantose								
	Tous	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Maladie assimilable à l'amiantose	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[a]	24 (20,7)	14 (37,8)	6 (19,4)	-	-	-	8 (17,4)	-	5 (33,3)
1 an après	10 (8,6)	4 (10,8)	6 (19,4)	-	-	-	-	-	2 (13,3)
1 an avant	33 (28,4)	8 (21,6)	9 (29,0)	3 (60,0)	2 (66,7)	-	9 (19,6)	-	4 (26,7)
2 ans avant	9 (7,8)	1 (2,7)	4 (12,9)	1 (20,0)	-	-	3 (6,5)	-	1 (6,7)
3 ans avant	8 (6,9)	2 (5,4)	1 (3,2)	-	-	-	4 (8,7)	1 (50,0)	2 (13,3)
4 ans avant	6 (5,2)	4 (10,8)	1 (3,2)	-	-	1 (50,0)	1 (2,3)	-	-
5 ans avant	3 (2,6)	-	1 (3,2)	-	1 (33,3)	-	3 (6,5)	-	-
6 ans avant	10 (8,6)	3 (8,1)	3 (9,7)	1 (20,0)	-	-	6 (13,0)	-	1 (6,7)
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	3 (2,6)	-	-	-	-	-	3 (6,5)	-	-
9 ans avant	2 (1,7)	-	-	-	-	-	2 (4,3)	-	-
12 ans avant	3 (2,6)	-	-	-	-	-	3 (6,5)	-	-
14 ans avant	1 (0,9)	1 (2,7)	-	-	-	-	-	1 (50,0)	-
23 ans avant	2 (1,7)	-	-	-	-	-	2 (4,3)	-	-
31 ans avant	2 (1,7)	-	-	-	-	1 (50,0)	2 (4,3)	-	-
TOTAL[b]	**116 (100,0)**	**37 (100,0)**	**31 (100,0)**	**5 (100,0)**	**3 (100,0)**	**2 (100,0)**	**46 (100,0)**	**2 (100,0)**	**15 (100,0)**

[a] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

[b] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux des tableaux 5 et 6, car les consultations mentionnant une anomalie ne sont comptées que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 10 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite des types de consultation sur la page suivante)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Chirurgie[a]	Gériatrie					Médecine familiale	Médecine interne				Oncologie[b]
	Pleuropathie d'amiante n (%)	Tous n (%)	Amiantose n (%)	Fibrose n (%)	Plaque pleurale n (%)	Pleuropathie d'amiante n (%)	Amiantose n (%)	Tous n (%)	Amiantose n (%)	Fibrose n (%)	Plaque pleurale n (%)	Mésothéliome n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	1 (100,0)	3 (60,0)	3 (75,0)	2 (100,0)	1 (100,0)	-	1 (50,0)	2 (8,3)	2 (16,7)	-	1 (14,3)	-
1 an après	-	-	-	-	-	-	1 (50,0)	4 (16,7)	1 (8,3)	4 (40,0)	-	-
1 an avant	-	-	-	-	-	-	-	8 (33,3)	3 (25,0)	4 (40,0)	2 (28,6)	2 (100,0)
2 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	1 (4,2)	-	-	1 (14,3)	-
3 ans avant	-	1 (20,0)	-	-	-	1 (100,0)	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	-	-	-	3 (12,5)	3 (25,0)	1 (10,0)	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	2 (8,3)	2 (16,7)	1 (10,0)	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	1 (4,2)	-	-	1 (14,3)	-
14 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	1 (4,2)	1 (8,3)	-	-	-
18 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23 ans	-	-	-	-	-	-	-	2 (8,3)	-	-	2 (28,6)	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**1 (100,0)**	**5 (100,0)**	**4 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**	**24 (100,0)**	**12 (100,0)**	**10 (100,0)**	**7 (100,0)**	**2 (100,0)**

[a] Chirurgie correspond à chirurgie générale.

[b] Oncologie inclut oncologie médicale et radio-oncologie.

[c] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 10 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Pneumologie									Soins intensifs			Inconnue
	Tous	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Maladie assimilable à l'amiantose	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante	Tous	Amiantose	Plaque pleurale	Amiantose
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[c]	12 (14,0)	7 (29,2)	4 (17,4)	-	-	-	5 (13,5)	-	4 (28,6)	2 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	-
1 an après	6 (7,0)	3 (12,5)	2 (8,7)	-	-	-	-	-	2 (14,3)	-	-	-	-
1 an avant	22 (25,6)	5 (20,8)	6 (26,1)	1 (33,3)	2 (66,7)	-	7 (18,9)	-	5 (35,7)	-	-	-	
2 ans avant	10 (11,6)	1 (4,2)	6 (26,1)	1 (33,3)	-	-	3 (8,1)	-	1 (7,1)	-	-	-	-
3 ans avant	7 (8,1)	2 (8,3)	1 (4,4)	-	-	-	4 (10,8)	1 (50,0)	1 (7,1)	-	-	-	-
4 ans avant	3 (3,5)	1 (4,2)	-	-	-	1 (50,0)	1 (2,7)	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	3 (3,5)	-	1 (4,4)	-	1 (33,3)	-	3 (8,1)	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	8 (9,3)	1 (4,2)	2 (8,7)	1 (33,3)	-	-	6 (16,2)	-	1 (7,1)	-	-	-	-
8 ans avant	5 (5,8)	1 (4,2)	1 (4,4)	-	-	-	3 (8,1)	-	-	-	-	-	1 (100,0)
9 ans avant	2 (2,3)	-	-	-	-	-	2 (5,4)	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	2 (2,3)	-	-	-	-	-	2 (5,4)	-	-	-	-	-	-
14 ans avant	1 (1,2)	-	-	-	-	-	-	1 (50,0)	-	-	-	-	-
18 ans avant	1 (1,2)	1 (4,2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 ans avant	1 (1,2)	1 (4,2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23 ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	1 (1,2)	1 (4,2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31 ans avant	2 (2,3)	-	-	-	-	1 (50,0)	1 (2,7)	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**86 (100,0)**	**24 (100,0)**	**23 (100,0)**	**3 (100,0)**	**3 (100,0)**	**2 (100,0)**	**37 (100,0)**	**2 (100,0)**	**14 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie correspond à chirurgie générale.

[b] Oncologie inclut oncologie médicale et radio-oncologie.

[c] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 11 Patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome				
	Tous[a]	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[b]	3 (15,8)	2 (11,8)	1 (100,0)	-	-
1 an après	8 (42,1)	8 (47,1)	-	1 (16,7)	-
1 an avant	8 (42,1)	6 (35,3)	-	4 (66,7)	-
2 ans avant	1 (5,3)	1 (5,9)	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	-	-	-	-
5 ans avant	1 (5,3)	-	-	-	1 (100,0)
6 ans avant	-	-	-	-	-
7 ans avant	1 (5,3)	-	-	1 (16,7)	-
TOTAL	**19 (100,0)**	**17 (100,0)**	**1 (100,0)**	**6 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la sommes des lignes de la colonne.

[b] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

Tableau 12 Patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite des types de consultation sur la page suivante)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Chirurgie[a]	Hématologie[b]			Médecine interne		
	Mésothéliome	Tous	Mésothéliome	Plaque pleurale	Tous	Mésothéliome	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
1 an après[e]	2 (66,6)	5 (83,3)	5 (100,0)	1 (50,0)	1 (33,3)	1 (50,0)	- -
1 an avant	1 (33,3)	1 (16,7)	- -	1 (50,0)	2 (66,6)	1 (50,0)	1 100,0()
2 ans avant	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
5 ans avant	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
7 ans avant	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
TOTAL	**3** **(100,0)**	**6** **(100,0)**	**5** **(100,0)**	**2** **(100,0)**	**3** **(100,0)**	**2** **(100,0)**	**1** **(100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie et chirurgie thoracique.

[b] Hématologie correspond à hémato-oncologie.

[c] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

[d] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[e] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 12 Patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Oncologie[c]	Pneumologie					Soins intensifs
	Mésothéliome	Tous[d]	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Mésothéliome
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	3 (42,9)	2 (18,2)	1 (11,1)	1 (100,0)	- -	- -	1 (100,0)
1 an après[e]	1 (14,3)	3 (27,3)	3 (33,3)	- -	- -	- -	- -
1 an avant	2 (8,6)	6 (54,6)	5 (55,6)	- -	2 (66,6)	- -	- -
2 ans avant	1 (14,3)	- -	- -	- -	- -	- -	- -
5 ans avant	- -	1 (9,1)	- -	- -	- -	1 (100,0)	- -
7 ans avant	- -	1 (9,1)	- -	- -	1 (33,3)	- -	- -
TOTAL	**7** **(100,0)**	**11** **(100,0)**	**9** **(100,0)**	**1** **(100,0)**	**3** **(100,0)**	**1** **(100,0)**	**1** **(100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie et chirurgie thoracique.

[b] Hématologie correspond à hémato-oncologie.

[c] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

[d] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[e] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 13 Consultations des patients atteints de mésothéliome selon le moment par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome				
	Tous	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[a]	4 (12,1)	3 (10,7)	1 (100,0)	-	-
1 an après	13 (39,4)	13 (46,4)	-	1 (14,3)	-
1 an avant	12 (36,4)	11 (39,3)	-	4 (57,1)	-
2 ans avant	1 (3,0)	1 (3,6)	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	-	-	-	-
5 ans avant	1 (3,0)	-	-	-	1 (100,0)
6 ans avant	-	-	-	-	-
7 ans avant	2 (6,1)	-	-	2 (28,6)	-
TOTAL	**33 (100,0)**	**28 (100,0)**	**1 (100,0)**	**7 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 14 Consultations des patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite des types de consultation sur la page suivante)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Chirurgie[a]	Hématologie[b]			Médecine interne		
	Mésothéliome	Tous	Mésothéliome	Plaque pleurale	Tous	Mésothéliome	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
1 an après	2 (66,7)	6 (85,7)	5 (100,0)	1 (50,0)	1 (33,3)	1 (50,0)	- -
1 an avant	1 (33,3)	1 (14,3)	- -	1 (50,0)	2 (66,7)	1 (50,0)	1 (100,0)
2 ans avant	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
5 ans avant	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
7 ans avant	- -	- -	- -	-	- -	- -	- -
TOTAL	**3** **(100,0)**	**7** **(100,0)**	**5** **(100,0)**	**2** **(100,0)**	**3** **(100,0)**	**2** **(100,0)**	**1** **(100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie et chirurgie thoracique.

[b] Hématologie correspond à hémato-oncologie.

[c] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

Tableau 14 Consultations des patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les impressions diagnostiques des médecins (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Oncologie[c]	Pneumologie					Soins intensifs
	Mésothéliome	Tous	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Mésothélome
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	3 (37,5)	4 (22,2)	1 (10,0)	3 (100,0)	- -	- -	1 (100,0)
1 an après	1 (12,5)	3 (16,7)	3 (30,0)	- -	- -	- -	- -
1 an avant	3 (37,5)	8 (44,4)	6 (60,0)	- -	2 (50,0)	- -	- -
2 ans avant	1 (12,5)	- -	- -	- -	- -	- -	- -
5 ans avant	- -	1 (5,6)	- -	- -	- -	1 (100,0)	- -
7 ans avant	- -	2 (11,1)	- -	- -	2 (50,0)	- -	- -
TOTAL	**8** **(100,0)**	**18** **(100,0)**	**10** **(100,0)**	**3** **(100,0)**	**4** **(100,0)**	**1** **(100,0)**	**1** **(100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie et chirurgie thoracique.

[b] Hématologie correspond à hémato-oncologie.

[c] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

4.2 Anomalies identifiées dans les antécédents médicaux des patients dans les consultations

4.2.1 Description générale

L'une ou l'autre des anomalies recherchées sont mentionnées dans les antécédents médicaux des consultations de 72 des patients avec une amiantose et de 12 des personnes atteintes d'un mésothéliome. Ces patients ont eu respectivement 207 et 20 consultations. L'amiantose est mentionnée chez 61,1 % des **patients** avec un diagnostic d'amiantose et présentant des anomalies et dans 45,4 % de leurs **consultations**. La fibrose se retrouve dans les antécédents médicaux de 29,2 % des patients avec un diagnostic d'amiantose et dans 15,0 % de leurs consultations. On retrouve la mention de mésothéliome chez 75,0 % des personnes avec un tel cancer et présentant des anomalies et dans 80,0 % de leurs consultations (tableau 15).

Ce sont principalement dans les consultations en médecine interne et en pneumologie que l'on retrouve la mention d'une amiantose ou d'une fibrose chez les patients atteints d'amiantose (amiantose dans les consultations en médecine interne de 56,8 % des patients et dans 45,8 % des consultations ; amiantose dans les consultations en pneumologie de 29,6 % des patients et dans 26,6 % des consultations) (fibrose dans les consultations en médecine interne de 52,4 % des patients et dans 45,2 % des consultations ; fibrose dans les consultations en pneumologie de 52,4 % des patients et dans 41,9 % des consultations). Le mésothéliome est mentionné principalement dans les antécédents médicaux des consultations en oncologie et en pneumologie des patients souffrant de ce cancer (tableau 16).

L'amiantose est rapportée exclusivement dans les antécédents médicaux des consultations de 20 des sujets souffrant d'amiantose (données non présentées).

4.2.2 Anomalies identifiées dans les antécédents médicaux selon le moment de l'hospitalisation

Les anomalies inscrites dans les antécédents médicaux peuvent se trouver dans les consultations complétées lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à 24 ans avant. Un peu plus de 95 % des **patients** avec une amiantose ont une mention d'amiantose jusqu'à quatre ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration et 100,0 % ont une mention de fibrose jusqu'à deux ans avant la déclaration (tableau 17). Pour le mésothéliome, 100,0 % des patients ont une mention de la tumeur jusqu'à deux ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration (tableau 18). Les résultats sont semblables en termes de **consultations** (tableaux 19 et 20). Tous les patients avec une amiantose et une consultation en médecine interne mentionnent souffrir de cette maladie dans les antécédents médicaux de leurs consultations jusqu'à cinq ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration. Ils mentionnent tous de la fibrose dans l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou un an avant. Pour les consultations en pneumologie, tous les patients souffrant d'amiantose déclarent une amiantose dans leurs consultations au cours de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou un an avant. Pour la fibrose, la période s'étend jusqu'à deux ans avant (tableau 21). Tous les patients atteints de mésothéliome mentionnent souffrir de cette tumeur dans les antécédents médicaux de leurs consultations en médecine interne, en oncologie ou en pneumologie, jusqu'à deux ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration (tableau 22). Les résultats vont dans le même sens lorsqu'on considère les consultations plutôt que les patients (tableaux 23 et 24).

Tableau 15 Patients et consultations selon l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux des consultations et la maladie

Anomalie dans les antécédents médicaux	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amiantose	44	61,1	94	45,4	0	0,0	0	0,0	44	61,1	94	45,4
Fibrose	21	29,2	31	15,0	0	0,0	0	0,0	21	29,2	31	15,0
Mésothéliome	1[c]	1,4	1[c]	0,5	9[c]	75,0	16[c]	80,0	9[c]	10,8	16[c]	7,1
Maladie assimilable à l'amiantose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pachypleurite	6	8,3	9	4,4	1	8,3	2	10,0	7	8,4	11	4,9
Plaque pleurale	35	48,6	75	36,2	2	16,7	2	10,0	37	44,6	77	34,1
Pleurésie	2	2,8	3	1,5	0	0,0	0	0,0	2	2,8	3	1,5
Pleuropathie d'amiante	19	26,4	31	15,0	0	0,0	0	0,0	19	26,4	31	15,0
TOTAL	**72**[c]	**100,0**	**207**[c]	**100,0**	**12**[c]	**100,0**	**20**[c]	**100,0**	**83**[c]	**100,0**	**226**[c]	**100,0**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Une consultation peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a une consultation mentionnant un mésothéliome.

Tableau 16 Patients et consultations selon l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux des consultations, le type de consultation et la maladie (suite des anomalies sur la page suivante)

Anomalie dans les antécédents médicaux, le type de consultation	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amiantose	**44**	**61,1**	**94**	**45,4**	**-**	**-**	**-**	**-**	**44**	**53,0**	**94**	**41,6**
• Cardiologie	5	11,4	8	8,5	-	-	-	-	5	11,4	8	8,5
• Chirurgie[c]	4	9,1	4	4,3	-	-	-	-	4	9,1	4	4,3
• Gastroentérologie	2	4,6	2	2,1	-	-	-	-	2	4,6	2	2,1
• Hématologie[d]	1	2,3	1	1,1	-	-	-	-	1	2,3	1	1,1
• Médecine familiale	1	2,3	1	1,1	-	-	-	-	1	2,3	1	1,1
• Médecine interne	25	56,8	43	45,8	-	-	-	-	25	56,8	43	45,8
• Microbiologie	1	2,3	1	1,1	-	-	-	-	1	2,3	1	1,1
• Oncologie[e]	1	2,3	2	2,1	-	-	-	-	1	2,3	2	2,1
• ORL	3	6,8	3	3,2	-	-	-	-	1	2,3	3	3,2
• Pneumologie	13	29,6	25	26,6	-	-	-	-	13	29,6	25	26,6
• Soins intensifs	2	4,6	2	2,1	-	-	-	-	2	4,6	2	2,1
• UHB	1	2,3	1	1,1	-	-	-	-	1	2,3	1	1,1
• Urologie	1	2,3	1	1,1	-	-	-	-	1	2,3	1	1,1
Fibrose	**21**	**29,2**	**31**	**15,0**	**-**	**-**	**-**	**-**	**21**	**25,3**	**31**	**13,7**
• Chirurgie	1	4,8	1	3,2	-	-	-	-	1	4,8	1	3,2
• Gériatrie	1	4,8	3	9,7	-	-	-	-	1	4,8	3	9,7
• Médecine interne	11	52,4	14	45,2	-	-	-	-	11	52,4	14	45,2
• Pneumologie	11	52,4	13	41,9	-	-	-	-	11	52,4	13	41,9
Mésothéliome	**1[g]**	**1,4**	**1**	**0,5**	**9[g]**	**75,0**	**16**	**80,0**	**9**	**10,8**	**16**	**7,1**
• Chirurgie	-	-	-	-	1	11,1	1	6,3	1	11,1	1	6,3
• Hématologie	-	-	-	-	1	11,1	1	6,3	1	11,1	1	6,3
• Médecine interne	-	-	-	-	2	22,2	2	12,5	1	11,1	2	12,5
• Oncologie	-	-	-	-	4	44,4	8	50,0	4	44,4	8	50,0
• Pneumologie	1	100,0	1	100,0	4	44,4	4	25,0	4	44,4	4	25,0

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Une consultation peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale, chirurgie thoracique et chirurgie vasculaire.

[d] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[e] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

[f] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a une consultation mentionnant un mésothéliome.

Tableau 16 Patients et consultations selon l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux des consultations, le type de consultation et la maladie (suite)

Anomalie dans les antécédents médicaux, le type de consultation	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]		Patients[a]		Consultations[b]	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maladie assimilable à l'amiantose	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**
Pachypleurite	**6**	**8,3**	**9**	**4,4**	**1**	**8,3**	**2**	**10,0**	**7**	**8,4**	**11**	**4,9**
• Médecine interne	1	16,7	2	22,2	-	-	-	-	1	14,3	2	18,2
• Oncologie	1	16,7	1	11,1	-	-	-	-	1	14,3	1	9,1
• Pneumologie	4	66,7	6	66,7	1	100,0	2	100,0	5	71,4	8	72,7
Plaque pleurale	**35**	**48,6**	**75**	**36,2**	**2**	**16,7**	**2**	**10,0**	**37**	**44,6**	**77**	**34,1**
• Cardiologie	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
• Gastroentérologie	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
• Gériatrie	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
• Hématologie	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
• Médecine familiale	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
• Médecine interne	14	40,0	16	21,3	-	-	-	-	14	37,8	16	20,8
• ORL	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
• Pneumologie	24	68,6	51	68,0	2	100,0	2	100,0	28	75,7	53	68,8
• Soins intensifs	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
• Inconnue	1	2,9	1	1,3	-	-	-	-	1	2,7	1	1,3
Pleurésie	**2**	**2,8**	**3**	**1,5**	**-**	**-**	**-**	**-**	**2**	**2,4**	**3**	**1,3**
• Pneumologie	2	100,0	3	100,0	-	-	-	-	2	100,0	3	100,0
Pleuropathie d'amiante	**19**	**26,4**	**31**	**15,0**	**-**	**-**	**-**	**-**	**19**	**22,9**	**31**	**13,7**
• Cardiologie	1	5,3	1	3,2	-	-	-	-	1	5,3	1	3,2
• Médecine interne	1	5,3	1	3,2	-	-	-	-	1	5,3	1	3,2
• Néphrologie	1	5,3	1	3,2	-	-	-	-	1	5,3	1	3,2
• Oncologie	1	5,3	1	3,2	-	-	-	-	1	5,3	1	3,2
• Pneumologie	17	89,5	27	87,1	-	-	-	-	17	89,5	27	87,1
TOTAL	**72**[f]	**100,0**	**207**[f]	**100,0**	**12**[f]	**100,0**	**20**[f]	**100,0**	**83**[f]	**100,0**	**226**[f]	**100,0**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Une consultation peut présenter plus d'une anomalie, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[c] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale, chirurgie thoracique et chirurgie vasculaire.

[d] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[e] Oncologie inclut oncologie, oncologie médicale et radio-oncologie.

[f] Un patient avec une amiantose et un mésothéliome a une consultation mentionnant un mésothéliome.

Tableau 17 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie dans les antécédents médicaux des consultations

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Amiantose							
	Tous[a]	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[b]	34 (47,2)	21 (47,7)	9 (42,9)	1 (100,0)	1 (16,7)	9 (25,7)	-	5 (26,3)
1 an après	25 (34,7)	8 (18,2)	5 (23,8)	-	1 (16,7)	7 (20,0)	-	7 (36,8)
1 an avant	22 (30,6)	9 (20,5)	6 (28,6)	-	-	7 (20,0)	-	6 (31,6)
2 ans avant	6 (8,3)	1 (2,3)	1 (4,8)	-	2 (33,3)	5 (14,3)	-	1 (5,3)
3 ans avant	1 (1,4)	1 (2,3)	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	5 (6,9)	2 (4,6)	-	-	-	3 (8,6)	-	-
5 ans avant	1 (1,4)	-	-	-	-	1 (2,9)	1 (50,0)	-
6 ans avant	1 (1,4)	-	-	-	-	1 (2,9)	-	-
10 ans avant	1 (1,4)	-	-	-	-	1 (2,9)	-	-
11 ans avant	1 (1,4)	-	-	-	1 (16,7)	-	1 (50,0)	-
12 ans avant	1 (1,4)	-	-	-	-	1 (2,9)	-	-
18 ans avant	1 (1,4)	1 (2,3)	-	-	-	-	-	-
19 ans avant	1 (1,4)	1 (2,3)	-	-	-	-	-	-
20 ans avant	1 (1,4)	-	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	1 (1,4)	-	-	-	1 (16,7)	-	-	-
TOTAL	**72 (100,0)**	**44 (100,0)**	**21 (100,0)**	**1 (100,0)**	**6 (100,0)**	**35 (100,0)**	**2 (100,0)**	**19 (100,0)**

[a] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[b] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans ses consultations médicales au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes sur la même ligne.

Tableau 18 Patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie dans les antécédents médicaux des consultations

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome			
	Tous	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	3 (25,0)	2 (22,2)	-	1 (50,0)
1 an après	6 (50,0)	5 (55,6)	1 (100,0)	-
1 an avant	2 (16,7)	1 (11,1)	-	1 (50,0)
2 ans avant	1 (8,3)	1 (11,1)	-	-
TOTAL	**12 (100,0)**	**9 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**

Tableau 19 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Amiantose							
	Tous	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[a]	38 (29,5)	23 (43,4)	9 (40,9)	1 (100,0)	1 (16,7)	10 (22,2)	-	5 (22,7)
1 an après	31 (24,0)	9 (17,0)	5 (22,7)	-	1 (16,7)	12 (26,7)	-	8 (36,4)
1 an avant	31 (24,0)	14 (26,4)	7 (31,8)	-	-	7 (15,6)	-	8 (36,4)
2 ans avant	9 (7,0)	1 (1,9)	1 (4,6)	-	2 (33,3)	6 (13,3)	-	1 (4,6)
3 ans avant	1 (0,8)	1 (1,9)	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	6 (4,7)	2 (3,8)	-	-	-	4 (8,9)	-	-
5 ans avant	2 (1,6)	-	-	-	-	1 (2,2)	2 (66,7)	-
6 ans avant	2 (1,6)	-	-	-	-	2 (4,4)	-	-
10 ans avant	1 (0,8)	-	-	-	-	1 (2,2)	-	-
11ans avant	2 (1,6)	-	-	-	1 (16,7)	-	1 (33,3)	-
12 ans avant	2 (1,6)	-	-	-	-	2 (4,4)	-	-
18 ans avant	2 (1,6)	2 (3,8)	-	-	-	-	-	-
19 ans avant	1 (0,8)	1 (1,9)	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	1 (0,8)	-	-	-	1 (16,7)	-	-	-
TOTAL[b]	**129 (100,0)**	**53 (100,0)**	**22 (100,0)**	**1 (100,0)**	**6 (100,0)**	**45 (100,0)**	**3 (100,0)**	**22 (100,0)**

[a] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

[b] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux des tableaux 15 et 16, car les consultations mentionnant une anomalie ne sont comptées que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 20 Consultations des patients atteints de mésothéliome selon le moment par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Mésothéliome			
	Tous	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	3 (21,4)	2 (18,2)	-	1 (50,0)
1 an après	8 (57,1)	7 (63,6)	1 (100,0)	-
1 an avant	2 (14,3)	1 (9,1)	-	1 (50,0)
2 ans avant	1 (7,1)	1 (9,1)	-	-
TOTAL[a]	**14 (100,0)**	**11 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**

[a] Les nombres de la ligne total diffèrent de ceux des tableaux 15 et 16 car les consultations mentionnant une anomalie ne sont comptées que la première fois où la mention est faite par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration.

Tableau 21 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite des types de consultation sur les pages suivantes)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Cardiologie				Chirurgie[a]			Hématologie[b]		
	Tous[f]	Amiantose	Plaque pleurale	Pleuropathie d'amiante	Tous	Amiantose	Fibrose	Tous	Amiantose	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	2 (33,3)	2 (40,0)	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	-	-	-
1 an après	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 an avant	1 (16,7)	1 (20,0)	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	1 (50,0)	1 (100,0)	-
2 ans avant	1 (16,7)	-	1 (100,0)	-	-	-	-	1 (50,0)	-	1 (100,0)
3 ans avant	-	-	-	-	1 (20,0)	-	1 (100,0)	-	-	-
4 ans avant	2 (33,3)	2 (20,0)	-	1 (100,0)	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	-	-	-
6 ans avant	-	-	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	-	-	-
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**6 (100,0)**	**5 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**5 (100,0)**	**4 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[g] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans la consultation d'une même spécialité au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes.

Tableau 21 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Médecine interne						Oncologie[c]		
	Tous	Amiantose	Fibrose	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleuropathie d'amiante	Tous	Amiantose	Pachypleurite
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	14 (35,9)	12 (48,0)	4 (36,4)	-	3 (21,4)	-	-	-	-
1 an après	4 (10,3)	3 (12,0)	2 (18,2)	-	-	-	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (100,0)
1 an avant	10 (25,6)	7 (28,0)	5 (45,5)	-	2 (14,3)	-	1 (50,0)	1 (50,0)	-
2 ans avant	5 (12,8)	1 (4,0)	-	1 (100,0)	4 (28,6)	1 (100,0)	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	3 (7,7)	1 (4,0)	-	-	3 (21,4)		-	-	-
5 ans avant	1 (2,6)	1 (4,0)	-	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	1 (2,6)	-	-	-	1 (7,1)	-	-	-	-
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	1 (2,6)	-	-	-	1 (7,1)	-	-	-	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**39 (100,0)**	**25 (100,0)**	**11 (100,0)**	**1 (100,0)**	**14 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[g] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans la consultation d'une même spécialité au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes.

Tableau 21 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	ORL[d]			Pneumologie							
	Tous[f]	Amiantose	Plaque pleurale	Tous	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	1 (33,3)	1 (33,3)	-	15 (27,3)	5 (38,5)	5 (45,5)	1 (100,0)	1 (25,0)	1 (100,0)	-	4 (23,5)
1 an après	-	-	-	16 (29,1)	5 (38,5)	3 (27,3)	-	-	-	1 (100,0)	7 (41,2)
1 an avant	-	-	-	14 (25,5)	3 (7,9)	2 (18,2)	-	-	-	-	6 (35,3)
2 ans avant	-	-	-	2 (3,6)	-	1 (9,1)	-	1 (25,0)	-	-	-
3 ans avant	1 (33,3)	1 (33,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	1 (33,3)		1 (100,0)	2 (3,6)	-	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	-	-	-	2 (3,6)	-	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	-	-	-	1 (1,8)	-	-	-	-	-	-	-
7 ans avant	1 (33,3)	1 (33,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	-	-	-	2 (3,6)	-	-	-	1 (25,0)	-	-	-
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	-	-	-	1 (1,8)	-	-	-	1 (25,0)	-	-	-
TOTAL	**3 (100,0)**	**3 (100,0)**	**1 (100,0)**	**55 (100,0)**	**13 (100,0)**	**11 (100,0)**	**1 (100,0)**	**4 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**17 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[g] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans la consultation d'une même spécialité au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes.

Tableau 21 Patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Soins intensifs			Autres[e]					Inconnue
	Tous	Amiantose	Plaque pleurale	Tous	Amiantose	Fibrose	Plaque pleurale	Pleuropathie d'amiante	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	1 (33,3)	1 (50,0)	-	1 (12,5)	1 (16,7)	-	-	-	-
1 an après	-	-	-	2 (25,0)	2 (33,3)	-	-	-	-
1 an avant	1 (33,3)	1 (50,0)	-	3 (37,5)	1 (16,7)	1 (100,0)	2 (66,7)	1 (100,0)	-
2 ans avant	1 (33,3)		1 (100,0)	1 (12,5)	1 (16,7)	-	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (100,0)
11 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	-	-	-	1 (12,5)	1 (16,7)	-	1 (33,3)	-	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**3 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**	**8 (100,0)**	**6 (100,0)**	**1 (100,0)**	**3 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans les consultations d'une même spécialité rédigées à différentes dates, ce qui explique que le nombre de la ligne total soit plus petit que la somme des lignes de la colonne.

[g] Un patient peut présenter plus d'une anomalie dans la consultation d'une même spécialité au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des nombres des autres colonnes.

Tableau 22 Patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Chirurgie[a]	Hématologie[b]	Médecine interne	Oncologie[c]	Pneumologie			
	Mésothéliome	Mésothéliome	Mésothéliome	Mésothéliome	Tous	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	-	-	-	1 (25,0)	2 (28,6)	1 (25,0)	-	1 (50,0)
1 an après	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (50,0)	2 (50,0)	3 (42,9)	2 (50,0)	1 (100,0)	-
1 an avant	-	-	1 (50,0)	-	2 (28,6)	1 (25,0)	-	1 (50,0)
2 ans avant	-	-	-	1 (25,0)	-	-	-	-
TOTAL	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**	**4 (100,0)**	**7 (100,0)**	**4 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**

[a] Chirurgie correspond à chirurgie thoracique.

[b] Hématologie correspond à hémato-oncologie.

[c] Oncologie inclut oncologie et radio-oncologie.

Tableau 23 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite des types de consultation sur les pages suivantes)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Cardiologie				Chirurgie[a]			Hématologie[b]		
	Tous[f]	Amiantose	Plaque pleurale	Pleuropathie d'amiante	Tous	Amiantose	Fibrose	Tous	Amiantose	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	2 (28,6)	2 (33,3)	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	-	-	-
1 an après	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 an avant	2 (28,6)	2 (33,3)	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)		1 (50,0)	1 (100,0)	-
2 ans avant	1 (14,3)	-	1 (100,0)	-	-	-	-	1 (50,0)	-	1 (100,0)
3 ans avant	-	-	-	-	1 (20,0)	-	1 (100,0)	-	-	-
4 ans avant	2 (28,6)	2 (33,3)	-	1 (100,0)	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	-	-	-
6 ans avant	-	-	-	-	1 (20,0)	1 (25,0)	-	-	-	-
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**7 (100,0)**	**6 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**5 (100,0)**	**4 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 23 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Médecine interne						Oncologie[c]		
	Tous	Amiantose	Fibrose	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleuropathie d'amiante	Tous	Amiantose	Pachypleurite
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	14 (34,2)	12 (48,0)	4 (33,3)	-	-	3 (20,0)	-	-	-
1 an après	4 (9,8)	3 (12,0)	2 (16,7)	-	-	-	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (100,0)
1 an avant	11 (26,8)	7 (28,0)	6 (50,0)	-	-	2 (13,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	-
2 ans avant	5 (12,2)	1 (4,0)	-	1 (100,0)	1 (100,0)	4 (26,7)	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	3 (7,3)	1 (4,0)	-	-	-	3 (20,0)	-	-	-
5 ans avant	1 (2,4)	1 (4,0)	-	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	2 (4,9)	-	-	-	-	2 (13,3)	-	-	-
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	1 (2,4)	-	-	-	-	1 (6,7)	-	-	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**41 (100,0)**	**25 (100,0)**	**12 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**15 (100,0)**	**2 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 23 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	ORL[d]			Pneumologie							
	Tous[f]	Amiantose	Plaque pleurale	Tous	Amiantose	Fibrose	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale	Pleurésie	Pleuropathie d'amiante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	1 (25,0)	1 (33,3)		16 (21,9)	5 (29,4)	5 (45,5)	1 (100,0)	1 (25,0)	7 (21,2)	-	4 (23,5)
1 an après	-	-	-	28 (38,3)	7 (41,2)	3 (27,3)	-	-	12 (36,4)	-	8 (47,1)
1 an avant	-	-	-	18 (24,7)	5 (29,4)	2 (18,2)	-	-	8 (24,2)	-	5 (29,4
2 ans avant	-	-	-	2 (2,7)	-	1 (9,1)	-	1 (25,0)	1 (3,0)	-	-
3 ans avant	1 (25,0)	1 (33,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	1 (25,0)	-	1 (100,0)	2 (2,7)	-	-	-	-	2 (6,1)	-	-
5 ans avant	-	-	-	3 (4,1)	-	-	-	-	2 (6,1)	2 (66,7)	-
6 ans avant	-	-	-	1 (1,4)	-	-	-	-	1 (3,0)	-	-
7 ans avant	1 (25,0)	1 (33,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 ans avant	-	-	-	2 (2,7)	-	-	-	1 (25,0)	-	1 (33,3)	-
12 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24 ans avant	-	-	-	1 (1,4)	-	-	-	1 (25,0)	-	-	-
TOTAL	**4 (100,0)**	**3 (100,0)**	**1 (100,0)**	**73 (100,0)**	**17 (100,0)**	**11 (100,0)**	**1 (100,0)**	**4 (100,0)**	**33 (100,0)**	**3 (100,0)**	**17 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 23 Consultations des patients atteints d'amiantose selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux (suite)

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Soins intensifs			Autres[e]					Inconnue
	Tous	Amiantose	Plaque pleurale	Tous	Amiantose	Fibrose	Plaque pleurale	Pleuropathie d'amiante	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration[g]	1 (33,3)	1 (50,0)	-	1 (12,5)	1 (16,7)	-	-	-	-
1 an après	-	-	-	2 (25,0)	2 (33,3)	-	-	-	-
1 an avant	1 (33,3)	1 (50,0)	-	3 (37,5)	1 (16,7)	1 (100,0)	2 (66,7)	1 (100,0)	-
2 ans avant	1 (33,3)	-	1 (100,0)	1 (12,5)	1 (16,7)	-	-	-	-
3 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (100,0)
11 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 ans avant	-	-	-	1 (12,5)	1 (16,7)	-	1 (33,3)	-	-
24 ans avant	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**3 (100,0)**	**2 (100,0)**	**1 (100,0)**	**8 (100,0)**	**6 (100,0)**	**1 (100,0)**	**3 (100,0)**	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**

[a] Chirurgie inclut chirurgie, chirurgie générale et chirurgie vasculaire.

[b] Hématologie inclut hématologie et hémato-oncologie.

[c] Oncologie correspond à radio-oncologie.

[d] ORL correspond à oto-rhino-laryngologie.

[e] Autres inclut gastroentérologie, gériatrie, médecine familiale, microbiologie, néphrologie, UHB et urologie.

[f] Un patient peut avoir plus d'une consultation présentant plus d'une anomalie au cours de la même période, ce qui explique que le nombre de la colonne tous soit plus petit que la somme des consultations avec les différentes anomalies sur la même ligne.

Tableau 24 Consultations des patients atteints de mésothéliome selon le moment de la consultation par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration, le type de consultation et l'anomalie mentionnée dans les antécédents médicaux

Moment des consultations par rapport à l'hospitalisation liée à la déclaration	Chirurgie[a]	Hématologie[b]	Médecine interne	Oncologie[c]	Pneumologie			
	Mésothéliome	Mésothéliome	Mésothéliome	Mésothéliome	Tous	Mésothéliome	Pachypleurite	Plaque pleurale
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durant l'hospitalisation liée à la déclaration	-	-	-	1 (25,0)	2 (28,6)	1 (25,0)	-	1 (50,0)
1 an après	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (50,0)	2 (50,0)	3 (42,9)	2 (50,0)	1 (100,0)	-
1 an avant	-	-	1 (50,0)	-	2 (28,6)	1 (25,0)	-	1 (50,0)
2 ans avant	-	-	-	1 (25,0)	-	-	-	-
TOTAL	**1 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**	**4 (100,0)**	**7 (100,0)**	**4 (100,0)**	**1 (100,0)**	**2 (100,0)**

[a] Chirurgie correspond à chirurgie thoracique.

[b] Hématologie correspond à hémato-oncologie.

[c] Oncologie inclut oncologie et radio-oncologie.

5 Mention de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, de l'employeur, de l'exposition à l'amiante et du métier dans les consultations médicales

L'exposition à l'amiante est mentionnée chez 65,7 % des patients avec une amiantose et dans 26,1 % de leurs consultations. Cette information est présente chez 58,6 % des patients avec un mésothéliome et dans 19,9 % de leurs consultations. C'est le renseignement le plus fréquemment rapporté parmi ceux qui sont présentés dans le tableau 25 et il est mentionné plus souvent chez les patients avec une amiantose que chez les patients avec un mésothéliome. On retrouve ensuite le métier (61,9 % des amiantoses et 51,7 % des mésothéliomes), l'employeur (56,2 % des amiantoses et 48,3 % des mésothéliomes) et moins souvent la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité (CNESST) (33,3 % des amiantoses et 26,6 % des mésothéliomes).

Tableau 25 Patients et consultations selon la mention de la CNESST, de l'employeur, de l'exposition à l'amiante et du métier dans les consultations médicales selon la maladie

Mention	Amiantose				Mésothéliome				Total			
	Patients		Consultations		Patients		Consultations		Patients		Consultations	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CNESST	35	33,3	66	11,1	8	27,6	12	8,2	43	32,6	78	10,7
Employeur	59	56,2	106	17,9	14	48,3	23	15,8	72[a]	54,6	128[a]	17,6
Exposition à l'amiante	69	65,7	155	26,1	17	58,6	29	19,9	85[b]	64,4	182[b]	25,0
Métier	65	61,9	126	21,2	15	51,7	35	24,0	79[c]	60,0	158[c]	22,1
TOTAL	**105**[d]	**100,00**	**594**[d]	**100,0**	**29**[d]	**100,0**	**146**[d]	**100,0**	**132**[d,e]	**100,0**	**727**[d,e]	**100,0**

[a] Un patient a une amiantose et un mésothéliome et une consultation.

[b] Un patient a une amiantose et un mésothéliome et deux consultations.

[c] Un patient a une amiantose et un mésothéliome et trois consultations.

[d] Deux patients ont une amiantose et un mésothéliome et quatre consultations. Total des patients et des consultations pour tous les sujets à l'étude.

6 Résumé

Cette description du contenu des consultations médicales montre que :

- 105 patients avec une amiantose ont eu 594 consultations et 29 patients avec un mésothéliome ont eu 146 consultations; ceci représente un nombre élevé de documents à photocopier et à analyser pour effectuer la validation de la définition nosologique de la maladie;
- chaque patient a vu jusqu'à cinq types de médecins spécialistes différents;
- 94,7 % des consultations sont complétées sur un formulaire de demande de consultation;
- on pourrait donc photocopier seulement les consultations complétées sur un formulaire de demande de consultation.

Pour les patients avec une amiantose :

- 90,5 % des patients ont eu une consultation en pneumologie ou en médecine interne;

- 51,5 % des patients ont une mention d'amiantose et 39,4 % une mention de fibrose dans les impressions diagnostiques des médecins qui rédigent les consultations; ces mentions sont principalement retrouvées dans les consultations en pneumologie et en médecine interne;
- les consultations contenant les anomalies recherchées se trouvent dans l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à 31 ans avant cette hospitalisation ; mais, 100,0 % des patients ont des mentions d'amiantose ou de fibrose dans les impressions diagnostiques de leurs consultations lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante ou les six années précédentes;
- entre 70,0 % et 88,8 % des patients ont des mentions d'amiantose ou de fibrose dans les impressions diagnostiques de leurs consultations en pneumologie ou en médecine interne lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à quatre ans avant;
- on pourrait donc photocopier les consultations en pneumologie et en médecine interne effectuées jusqu'à quatre ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration;
- 61,1 % des patients ont une mention d'amiantose et 29,2 % une mention de fibrose dans les antécédents médicaux des consultations qu'ils ont eues; ces mentions sont principalement retrouvées dans les consultations en pneumologie et en médecine interne;
- les anomalies recherchées dans les antécédents médicaux se trouvent dans les consultations complétées lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à 24 ans avant cette hospitalisation;
- 95,6 % des patients qui présentent des anomalies ont des mentions d'amiantose dans les antécédents médicaux de leurs consultations lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante ou les quatre années précédentes;
- 100,0 % des patients qui présentent des anomalies ont des mentions de fibrose dans les antécédents médicaux de leurs consultations lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante ou les deux années précédentes;
- pour les consultations en pneumologie, 100,0 % des patients déclarent au médecin être atteints d'une amiantose dans leurs consultations au cours de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou un an avant; pour la fibrose, la période s'étend jusqu'à deux ans avant;
- pour les consultations en médecine interne, 100,0 % des patients déclarent au médecin être atteints d'une amiantose dans leurs consultations au cours de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à cinq ans avant ; pour la fibrose, la période s'étend jusqu'à un an avant;
- comme les antécédents sont rapportés par le patient et qu'ils ne sont pas toujours vérifiés, les consultations ne contenant que cette information pourraient ne pas être photocopiées.

Pour les patients avec un mésothéliome :

- 89,7 % des patients ont eu une consultation en pneumologie ou en chirurgie;
- 89,5 % des patients ont une mention de mésothéliome dans les impressions diagnostiques des médecins qui rédigent les consultations ; ces mentions sont principalement retrouvées dans les consultations en pneumologie et en oncologie;
- 100,0 % des patients ont des mentions de mésothéliome au cours de l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à sept ans avant;

- 100,0 % des patients ont des mentions de mésothéliome dans les impressions diagnostiques de leurs consultations en pneumologie ou en oncologie lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante ou les deux années précédentes;
- on pourrait donc photocopier les consultations en pneumologie et en oncologie effectuées jusqu'à deux ans avant l'hospitalisation liée à la déclaration;
- 75,0 % des patients ont une mention de mésothéliome dans les antécédents médicaux des consultations qu'ils ont eues; ces mentions sont principalement retrouvées dans les consultations en pneumologie et en oncologie;
- la mention de mésothéliome dans les antécédents médicaux se trouve dans l'hospitalisation liée à la déclaration, un an après celle-ci ou jusqu'à deux ans avant cette hospitalisation;
- 100,0 % des patients ont des mentions de mésothéliome dans les antécédents médicaux de leurs consultations en médecine interne, oncologie et pneumologie lors de l'hospitalisation liée à la déclaration, l'année suivante ou les deux années précédentes;
- comme les antécédents sont rapportés par le patient et qu'ils ne sont pas toujours vérifiés, les consultations ne contenant que cette information pourraient ne pas être photocopiées.

Pour tous les patients :

- l'information sur l'employeur, l'exposition à l'amiante et le métier est présente chez 54,6 % à 64,4 % des patients, mais dans peu de leurs consultations (10,7 % à 25,0 %). Cette information pourrait être recherchée dans les dossiers médicaux dans le cas où le patient ou son répondant ne peuvent compléter l'histoire d'exposition à l'amiante ou quand la RRQ et la CCQ ne disposent pas d'information sur une personne.

Annexe 26

Estimation du temps pour réaliser une enquête pour les cas en provenance de l'hôpital de Thetford Mines, de l'hôpital régional de Saint-Jérôme et de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont

HÔPITAL DE THETFORD MINES

- Révision du dossier à l'hôpital : **3 heures** (2,5 à 3,75 heures).
- Entrevue téléphonique auprès du patient : **45 minutes** (15-55 minutes (entrevue 15-45 minutes; 1 à 4 appels pour joindre le patient). Pour trois cas, l'entrevue a été faite par visite à domicile (raisons : 1 malentendant, 1 demande du patient, 1 méfiant).
- Synthèse et mise au propre du questionnaire : **10 minutes (mines) - 45 minutes (autres**).
- Analyse du dossier (mettre en ordre, surligner, identifier avec post-it) : 1 h 30 min, + révision avec MD : 15-30 minutes : **2 heures.**
- Recherche à propos des écoles avec de l'amiante : temps supplémentaire (non quantifié)
- Classification MADO : **10 minutes**.

Total :

3 heures pour la révision du dossier médical au service des archives + temps de photocopie par les archivistes.

+ 3,75 heures : questionnaire et analyse du dossier (4,25 heures pour construction).

+ Temps supplémentaire si recherche écoles.

HÔPITAL RÉGIONAL DE SAINT-JÉRÔME

- Révision du dossier à l'hôpital : **50-60 minutes**.
- Entrevue téléphonique auprès du patient : **15-20 minutes** (1 à 4 appels pour joindre le patient). Aucune entrevue n'a été effectuée à domicile.
- Synthèse et mise au propre du questionnaire : **45 minutes.**
- Analyse du dossier (mettre en ordre, surligner, identifier avec post-it) : 1 h 30 min + révision avec MD : 15-30 minutes : **2 heures.**
- Validation de l'information de la CCQ ou de la RRQ : **20-30 minutes**.
- Recherche à propos des écoles avec de l'amiante : temps supplémentaire (non quantifié).
- Classification MADO : **10 minutes**.

Total

1 heure pour la révision du dossier médical au service des archives + temps de photocopie par les archivistes.

+ 3 heures : questionnaire et analyse du dossier.

+ 30 minutes : révision CCQ et RRQ.

+ Temps supplémentaire si recherche écoles.

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

- Révision du dossier à l'hôpital : **50-60 minutes**.
- Entrevue téléphonique auprès du patient : **15-20 minutes** (1 à 4 appels pour joindre le patient). Aucune entrevue n'a été effectuée à domicile.
- Synthèse et mise au propre du questionnaire : **45 minutes.**
- Analyse du dossier (mettre en ordre, surligner, identifier avec post-it) : 1 heure 30 minutes + révision avec MD : 15-30 minutes : **2 heures.**
- Validation de l'information de la CCQ ou de la RRQ : **20-30 minutes**.
- Recherche à propos des écoles avec de l'amiante : temps supplémentaire (non quantifié).
- Classification MADO : **10 minutes**.

Total

1 heure pour la révision du dossier médical au service des archives + temps de photocopie par les archivistes.

+ 3 heures : questionnaire et analyse du dossier.

+ 30 minutes : révision CCQ et RRQ.

+ Temps supplémentaire si recherche écoles.

Nº de publication : 2262-Annexes

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec