

Priorisation des objets de surveillance en santé au travail

Pour le sous-comité du Comité sur la connaissance/surveillance en santé au travail

Louise De Guire

Pierre Deshaies

José Lopes-Nunes

Richard Phaneuf

Historique

- 1990: Plan de surveillance épidémiologique en santé au travail pour les DSC du Montréal métropolitain
- 1993: Santé publique. Ses domaines d'intervention. Santé en milieu de travail (chapitre sur la surveillance)
- 1999: Mise sur pied d'un comité provincial en surveillance en santé au travail
- 2001: Programme national de santé publique et surveillance

Démarche à plusieurs volets

- Cadre de référence en surveillance
- Exploitation de données existantes en santé au travail
 - projets d'intervention sur les cibles (PII)
 - analyse de l'enquête sociale et de santé 1998,
 - etc.
- Priorisation des objets de surveillance

Démarche à plusieurs volets

- Cadre de référence en surveillance: principes
 - un caractère dynamique;
 - niveaux successifs d'analyse selon dimension temporelle et spatiale;
 - **un passage incontournable des données vers l'information**; concept de la *ligne éditoriale*
 - utilité de la fonction centrée sur la diffusion de l'information pour l'aide à la décision;
 - décideurs concernés et connaissance de leurs besoins d'information sociosanitaire.

Grille de priorisation

- Inspirée de « Canadian experience in communicable disease surveillance »
- Adaptée au contexte de santé au travail dans une perspective de santé publique
- La grille contient 3 catégories de critères

Catégories de critères de la grille de priorisation

- Importance du problème (15 points)
- Capacité d'influencer (15 points)
- Faisabilité (15 points)

Catégories de critères de la grille de priorisation

- Importance du problème (/15): 3 points par item
 - fréquence
 - sévérité
 - coûts selon une perspective sociale
 - potentiel préventif réel
 - potentiel de répétition ou « communicability »

Catégories de critères de la grille de priorisation

- Capacité d'influencer (/15):
 - objectifs avec ligne éditoriale (/5)
 - 1: tendance, vérification d'absence de problème
 - 3: problème émergent, recrudescence, documentation d'un problème
 - 5: problème important demandant une intervention rapide ou un problème variable dans le temps ou problème appréhendé
 - utilisateurs (/10)

Catégories de critères de la grille de priorisation

- Faisabilité (/15):
 - source des données (/10)
 - existantes (/2)
 - accessibles (/3)
 - qualité pour la surveillance (/5)
 - coût pour produire l'information (/5)
 - temps et quantité de ressources élevées à faibles

Méthode de travail

- Liste des problèmes de santé et des expositions à prioriser à partir du document de 1993
- Ajout d'éléments provenant d'une démarche panaméricaine (OPS-PAHO)
- Consensus de gens d'expérience
- Effort d'harmonisation et complémentarité
- 5-6 jours de travail

Résultats pour les problèmes de santé et les expositions

Problèmes de santé

- Trauma non mortel (36,0)
- Mortalité (35,5)
- LMS (34,0)
- Intoxications aiguës (33,7)
- Cancer (30,7)
- Dos (30,5)
- MPP (29,0)
- Surdité (29,0)

Expositions

- Contraintes ergo. (34,3)
- Stress et organisation (32,4)
- Pesticides (29,7)
- Bruit (29,5)
- Risques biologiques (28,4)
- Métaux lourds (24,6)
- Solvants (24,3)
- Poussières (24,1)

Exemple

Faisabilité Total

Premier jumelage des problèmes de santé et des expositions

- Trauma non mortel (36)
- Mortalité (35,5)
- *Contraintes ergo.* (34,3)
- LMS (34)
- Intox. aiguës (33,7)
- *Stress et organisa.* (32,3)
- Cancer (30,7)
- Dos (30,5)
- *Pesticides* (29,7)
- *Bruit* (29,5)
- MPP (29,0)
- Surdité (29,0)
- Santé mentale (28,5)
- *Risques bio.* (28,4)
- Intox. chroniques (27,7)
- *Risques repro.* (27,3)

Deuxième jumelage des problèmes de santé et des expositions

Premières priorités

- Trauma non mortel
- Mortalité
- Ergo, LMS, dos
- Intoxications (A+C)
- Stress, organisation du travail, santé mentale
- Cancer

Deuxièmes priorités

- Bruit
- MPP
- Risques bio. et MI
- Risques reproduction et santé mère enfant
- Feu

Discussion

- Le consensus qui a conduit aux résultats présentés pourrait varier selon les intervenants impliqués
- Nos priorités ressemblent cependant à ce que la démarche panaméricaine a donné
- Nous avons la préoccupation d'avoir des produits qui seront utiles
- Nous sommes passés d'un plan « mur à mur » à une ou des priorités

Discussion

- La démarche a été entreprise dans une perspective de santé publique (pas confinée au seul contrat provenant de la CSST)
- La première priorité relève de cette vision de santé publique et les dirigeants et les intervenants habitués à composer dans le cadre du mandat défini par la CSST doivent se l'approprier



Discussion

- Le projet est réalisable s'il y a investissement de ressources et s'il y a un partage des objectifs poursuivis
- Le projet nécessite le développement d'un plan de surveillance de la (ou des) priorité retenue