

**L'**actualité et les "nouveautés" en matière de risques infectieux, notamment avec leurs répercussions sur le milieu du travail, ne s'arrêtent décidément pas et ne cesseront certainement jamais.

Elles prennent quelquefois un caractère inédit, car inconnues au départ : c'est le cas du SRAS ; mais elles peuvent également présenter un aspect rémanent, sans qu'elles soient maîtrisées pour autant.

Les unes comme les autres ne manquent pas d'avoir des conséquences en matière de médecine du travail.

Pour le SRAS, par exemple, de nombreuses questions se sont posées quant à l'attitude à adopter par rapport aux personnes touchées et à ses conséquences sur leur activité professionnelle. Même si cette "nouvelle" infection semble aujourd'hui à peu près maîtrisée, la façon dont elle a été abordée, l'information délivrée tant aux professionnels de santé qu'au grand public et les mesures mises en place, serviront sans doute d'exemple pour le futur.

L'impact et les conséquences de la grippe, restent, quant à eux, encore sous-estimés, aussi bien en matière de Santé Publique que d'un point de vue socio-économique et il est plus nécessaire que jamais de les limiter, notamment grâce à la vaccination.

Quant à la tuberculose, la situation est-elle aussi claire qu'on le pense et les mesures à prendre sont-elles évidentes pour tous ?

Autant de sujets qui nous ont paru importants de traiter dans ce nouveau numéro du Journal du Cercle.

Le Cercle Prévention et Travail

## Actualité

# Ne laissez pas la grippe entrer dans votre entreprise

TICHET J. Union Nationale des Instituts de Médecine Préventive.

FRIMAT P. Service de Médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHRU de Lille.

CAMUS D. Service des vaccinations de l'Institut Pasteur de Lille.

Préambule par le Professeur Max MICOUD

**L**a grippe est une infection à caractère fortement épidémique pouvant mettre en cause en peu de temps toute une économie nationale ; c'est dire qu'il s'agit bien d'une pathologie de la population active subissant une morbidité tout en participant à une mortalité indirecte chez les personnes à risque.

Le milieu de travail est par nature un modèle de collectivité ouverte c'est dire qu'il est l'une des principales sources de diffusion de la grippe. La vaccination antigrippale possède une efficacité clinique reconnue et pourtant la couverture vaccinale chez l'adulte actif est de l'ordre seulement de 20 à 30 %. Pourquoi ne pas utiliser cette vaccination aussi au profit d'une efficacité économique et sociale ?

Comment accepter "d'aller prendre" la grippe lorsqu'on est hospitalisé ? Comment supporter en période d'épidémie une augmentation des consultations médicales de 30 à 60 % et des hospitalisations de plus de 150 % ? Comment pour une entreprise accepter une perte de production d'une semaine en moyenne pour tous les sujets de cette entreprise ?

Proposer une nouvelle orientation de la politique vaccinale antigrippale en milieu de travail nous paraît toujours d'actualité.

Il appartient certainement aux médecins du travail de prendre part aux réflexions proposées par MM. TICHET, FRIMAT et CAMUS pour que **employeurs et employés deviennent aussi des acteurs de prévention.** > Suite p. 3

## Le journal a besoin de vous

Votre Journal se veut, bien sûr, un support d'information, mais également, et peut-être surtout, un instrument d'échanges et de dialogues.

C'est la raison pour laquelle le Cercle Prévention et Travail fait appel à vous, car il paraît indispensable que le contenu du Journal reflète, non seulement les sujets qui vous intéressent, mais aussi vos questions, interrogations, réactions et remarques...

**N'hésitez donc pas à nous faire part de vos suggestions, de vos propositions et... de vos critiques.**

Nous serons également ravis de faire paraître vos **contributions écrites** dans ces colonnes.

Ce n'est qu'ainsi que le Journal du Cercle continuera à être véritablement votre Journal et à vous être tout spécialement dédié.

La volonté du Comité de rédaction est d'être à votre écoute et de faire profiter tous vos collègues de votre expérience.

Nous comptons sur vous... ■

## SOMMAIRE

> Pages 1 et 3 - **Actualité** : Ne laissez pas la grippe entrer dans votre entreprise

> Pages 2 et 3 - **Dossier** : SRAS et enseignements à en retenir :  
- Introduction  
- La Quarantaine est de retour...

> Page 4 - **Info** : À propos des mesures de prévention contre la tuberculose en France

# SRAS et enseignements à en retenir

Introduction par le Professeur François BRICAIRE - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales. Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Par delà les craintes légitimes qu'elle fait naître, l'apparition brutale d'une maladie infectieuse nouvelle est toujours riche d'enseignement. La récente survenue du **Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)** en est une illustration. Elle vient d'abord rappeler une fois encore que, **comme l'écrivait Charles Nicolle, les maladies infectieuses apparaissent, évoluent, pour éventuellement disparaître et ressurgir.** Cette notion, trop souvent oubliée, est pourtant essentielle.

Elle oblige les médecins, comme surtout les tutelles, à considérer l'infectiologie comme une discipline à évolution constante qui, quoi qu'on fasse, quels que soient les progrès de la science, demeurera et imposera de devoir prendre et adopter des mesures de lutte contre les agents infectieux.

Les germes font partie de notre environnement : organismes vivants, ils évoluent, s'adaptent, font le nécessaire pour survivre, résister aux agents anti-infectieux.

Le second enseignement est ici l'illustration d'une **médiatisation** aujourd'hui majeure qui certes peut **attiser la crainte** des populations, mais qui en revanche, **permet d'informer en temps réel l'ensemble de la population** sur l'état de l'épidémie, les progrès et les connaissances sur cette infection. Cette donnée se renouvellera sans doute à chacune de ces émergences ou réémergences d'épidémies dans un monde moderne.

Modernisme qui a aussi permis de démontrer la capacité de la communauté scientifique internationale à réagir immédiatement. Dans une collaboration active et synergique, aidée par l'Internet, la rapidité de découverte du virus et l'obtention de beaucoup de réponses à des questions sur cette nouvelle épidémie peuvent être soulignées et saluées.

Mais par delà ces éléments de satisfaction, il faut aussi rappeler la modestie qui doit être de mise dans ce type de circonstance où les incertitudes

demeurent nombreuses, les actions souvent incertaines, fragiles et insuffisantes. La chance également, permet souvent d'éviter des extensions épidémiques qui pourraient être beaucoup plus catastrophiques. **Si l'on ajoute à cela l'absence de possibilités thérapeutiques réellement efficaces, l'absence d'éléments permettant un contrôle certain de l'épidémie, l'on conçoit que les craintes existent et subsistent.**

C'est dire que le retour à des mesures anciennes reste d'actualité à condition de les utiliser à bon escient ; les mesures de protection d'abord par **le port du masque** notamment, pour éviter la contamination respiratoire, lorsque l'on est en secteur à risque élevé de transmission, mais aussi **les mesures d'isolement** et plus précisément de **quarantaine**. Être efficace sans créer ni ostracisme ni débordement n'est pas chose aisée.

Prendre une telle mesure notamment en médecine du travail implique de le faire avec discernement et sagesse. Ceci veut dire : tenir compte du risque réel qu'a pu courir un sujet : séjour en zone d'épidémie forte, contact éventuel avec des malades, risques qu'il peut faire courir à son retour dans une zone non contaminée en milieu professionnel mais aussi familial.

Cette quarantaine en tout cas, si elle est décidée, repose sur la connaissance de la durée d'incubation, une parfaite information sur la maladie, une explication des conditions de maintien en isolement, une surveillance quotidienne ou biquotidienne du sujet pour vérifier qu'aucun symptôme n'apparaît qui viendrait alors modifier l'attitude de prise en charge.

**Une telle épidémie doit en tout cas servir à réfléchir à nouveau pour améliorer nos modalités globales de prise en charge,** pour faire évoluer un modèle aisément utilisable dans le futur. ■

## Quarante ans après qu'elle eût été quasiment abandonnée, la Quarantaine est de retour...

Professeur Jean-François CAILLARD. Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle. CHU de Rouen

Elle semble avoir été, en tout cas, l'objet essentiel des questions que se sont posées les médecins du travail qui, tout au long du premier semestre 2003, se sont trouvés confrontés au Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS).

**Entre précaution et excès de sécurité, il n'était pas aisé de justement conseiller les entreprises au retour de l'un de leurs salariés d'une zone de contagion,** du moins dans les tout premiers temps de l'émergence de cette pneumopathie nouvelle, inquiétante par sa résistance au traitement, son origine *a priori* inconnue, la rapidité de sa diffusion, tout ceci dans une atmosphère, en tout cas dans les pays occidentaux, d'intolérance au risque et de panique face à l'expression réelle d'un danger. Rappelons à ce propos les chiffres indiqués par Y. Mouton dans le Bulletin de l'Ordre des Médecins de juin dernier : **entre 1918-1929, l'épidémie de grippe avait fait plus de 20 millions de morts, celle de 1958-59 1 million sur 18 mois, chiffres à confronter avec les 803 décès liés au SRAS** notifiés entre décembre 2002 et juin 2003 (InVS juin 2003) sur les 8 432 cas probables rapportés à l'OMS à la date du 10 juillet.

Et pourtant il est notable que le système d'alerte mondial a, pour la première fois dans l'histoire de la veille sanitaire, fonctionné avec une remarquable rapidité, établissant en quelques mois seulement l'origine microbiologique, les caractéristiques cliniques, les modes de contamination, la létalité de la maladie, et établissant des protocoles de prise en charge des patients visant aussi à en limiter la diffusion.

Les médecins du travail et les membres des CHSCT ont été, au même titre que les médecins libéraux, informés dès que cela a été possible, de la conduite à tenir, grâce à une mise au point de la Direction Générale de la Santé diffusée sur le site [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) à partir d'une alerte nationale diffusée le 13 mars.

**Les recommandations, à chaque fois justifiées par un court argumentaire, étaient claires et faciles à mettre en œuvre,** la question de la disponibilité des masques FFP2 ou 1 ayant pu parfois faire exception à cette règle :

- ◆ Il n'est pas nécessaire de prendre des mesures particulières lors de la manipulation de produits en provenance d'une zone affectée, mais les **précautions d'hygiène individuelle** (lavage des mains notamment) sont indispensables.
- ◆ La prescription systématique d'un arrêt de travail et la mise en place de mesures d'isolement ne sont pas nécessaires pour les personnes **asymptomatiques** de retour d'une zone affectée.
- ◆ Il est par contre nécessaire que ces personnes soient informées d'être, tout au long des 10 jours suivant leur retour, extrêmement vigilantes quant à leur état de santé et de **savoir identifier l'apparition de signes évocateurs** (fièvre d'apparition brutale, toux et/ou essoufflement) et, si tel est le cas, **d'appeler le centre 15 en première intention** sans passer par le médecin praticien ou dans un service hospitalier.
- ◆ Le médecin du travail amené à examiner un tel salarié doit porter des **protections individuelles** (masque FFP2 ou 1, lunettes et gants) avant tout contact rapproché avec la personne. > Suite p. 3

◆ La DGS fait siennes les recommandations de l'OMS de **différer les voyages non essentiels** dans les régions affectées ; les entreprises doivent informer leur personnel de suivre les recommandations et injonctions des autorités sanitaires locales ainsi que celles transmises dans les aéroports.

C'est qu'en effet le SRAS, modèle de pathologie environnementale émergente, est aussi un problème de santé au travail. **Outre les recommandations valables quel que soit le type d'entreprises, et dont les médecins du travail doivent être les promoteurs, y compris pour eux-mêmes, il est apparu que le personnel soignant a été très largement touché**, et que certaines méthodes de traitement des malades atteints de pathologie respiratoire aient pu être à l'origine d'une contamination supplémentaire. C'est le cas, décrit par Wong T W, à Hong-Kong (Occupational and Environmental Medicine 2003; 60: 528), du nébuliseur utilisé en aérosolthérapie, accusé d'avoir facilité la diffusion dans l'entourage immédiat du malade de gouttelettes infectées de particules infectantes, l'abandon de cette technique ayant été suivi d'une diminution considérable du taux d'infection des soignants. Parmi les 13 personnels de soin affectés à Hong-Kong, tous ont en outre décrit une déficience dans la mise en œuvre des précautions respiratoires tandis qu'**aucune infection n'est survenue parmi les 69 qui ont bénéficié de la mise en œuvre de l'ensemble des mesures de prévention** (Lévy-Bruhl D, BEH n° 24-25/2003).

Tandis que Carlo Urbani, expert en maladies infectieuses mandaté par l'OMS, décédait au Vietnam le 29 mars de la maladie (Nowack M. La Recherche, juin 2003, 365, 38-45), au moins (mais en fait beaucoup plus) 1 330 sur les 7 653 cas probables recensés au 15 mai 2003 concernaient du personnel soignant (Source InVS).

Apparemment aujourd'hui sous contrôle, l'épidémie de SRAS est exemplaire de ce que doit désormais être une alerte sanitaire à l'échelon de la planète, mais aussi à celui de chaque pays (439 cas possibles, 7 probables et 1 avéré, et décédé – il s'agit du médecin français rentré du Vietnam – ont été recensés en France). La rapidité de transmission des informations a été un déterminant essentiel de ce résultat, tant entre les cliniciens, les biologistes, les épidémiologistes et les décideurs sanitaires.

**Qu'en a-t-il réellement été des médecins du travail ? Les recommandations de la DGS leur sont-elles parvenues en temps utile ? Quelles ont été les attitudes des directions d'entreprises et des personnels et de leurs représentants lorsqu'ils ont été confrontés à une situation, réelle ou supposée, de possible contact avec l'agent causal ?**

C'est à ces quelques questions, et à d'autres, qu'il serait utile de pouvoir répondre. Merci aux lecteurs du Journal de répondre et de faire part de leur expérience à la Rédaction. ■

## Ne laissez pas la grippe entrer dans votre entreprise

TICHET J. Union Nationale des Instituts de Médecine Préventive.

FRIMAT P. Service de Médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHRU de Lille.

CAMUS D. Service des vaccinations de l'Institut Pasteur de Lille.

Du fait d'une couverture vaccinale insuffisante, ce sont des millions de cas qui sont observés chaque année : dans la tranche d'âge 15-64 ans, 2,8 millions, en moyenne, chaque hiver depuis 1996.

Ces épidémies ont plusieurs incidences :

- ◆ **Médicale.** Le "patient-type" aura une fièvre entre 38°5 et 40°C, toussera pendant 1 à 3 semaines, se plaindra d'asthénie pendant plus d'une semaine, restera au lit 3 jours durant, cessera toute activité pendant 5 jours et mettra 2 à 3 semaines pour se rétablir.
- ◆ **Familiale et sociale.** Le sujet grippé ne participe plus à la vie familiale (tâches domestiques, conduite des enfants...). Il perturbe ses loisirs et ceux des autres (annulation de vacances). Il sera souvent à l'origine d'une contamination intra-familiale.
- ◆ **Professionnelle.** L'absence désorganise l'équipe à laquelle le grippé appartient et réduit l'activité de l'entreprise (**arrêt de travail dans plus de 75 % des cas, jusqu'à 100 % chez les fumeurs**), d'autant que le passage aux 35 heures a conduit à une gestion en flux tendu des personnels. À ceci s'ajoute le mécontentement de la clientèle vis-à-vis de laquelle les engagements n'ont pu être tenus, voire la perte d'un marché.
- ◆ **Financière.** La grippe des actifs coûte, chaque année, plusieurs centaines de millions d'euros (840 en 1999-2000 !) à la France et aux Français.

**Vacciner une "population" (entreprise, administration, collectivité), c'est réduire la transmission de la grippe (avec d'autant plus d'efficacité que le pourcentage des vaccinés est élevé), mais c'est aussi protéger chaque individu contre les incidences "médicales" listées ci-dessus.**

Qui plus est, les vaccinés protègent leur famille puisqu'il a été établi que le milieu familial représente un lieu privilégié de la transmission du virus grippal. **Dans cette optique, l'intervention du médecin du travail est souhaitable, car :**

- ◆ Empêcher les désagréments personnels et familiaux de la grippe à une communauté dont il est en charge, c'est donner toute la dimension de sa fonction.
- ◆ Prévenir la dissémination d'une infection hautement contagieuse, c'est une démarche de santé publique.
- ◆ Contribuer à réduire l'incidence économique de la grippe, c'est un acte citoyen.

Vacciner, c'est aussi répondre à un certain nombre de questionnements, de références et de difficultés :

- ◆ La population active "demande" la vaccination les années qui suivent une forte épidémie hivernale : c'est-à-dire, après coup ! Or, la vitesse de propagation du virus est telle (bien plus élevée que celle du SRAS) et les prédictions d'épidémies si complexes, que **la seule attitude logique est de vacciner avant la mi-décembre.**
- ◆ **Il n'a jamais été établi que la vaccination était à l'origine d'effets secondaires particuliers.** C'est une vaccination bien tolérée (sa seule contre-indication est l'allergie aux protéines de l'œuf).
- ◆ **L'injection du vaccin est indolore.** La remarque la plus souvent entendue étant : "C'est déjà fini, docteur ?".
- ◆ **La vaccination peut être répétée régulièrement.** Aucune étude n'a pu montrer qu'il y avait un risque à se faire vacciner plusieurs années de suite, même si la composition des vaccins ne change pas.
- ◆ **La décision de vaccination ne doit pas être conditionnée par les problèmes que peut poser l'organisation de la campagne de vaccination.**

Si le médecin du travail ne peut organiser de séance de vaccination, il peut être fait appel aux médecins de ville ou à des équipes spécialisées. Par ailleurs, les infirmières et infirmiers peuvent pratiquer, sur prescription, les vaccinations (voir l'article 6 du Décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

- ◆ **Le financement** d'une campagne de vaccination est source de difficulté pour le service de Médecine du Travail lorsqu'il doit l'assurer sur son propre budget. **Le financement doit donc relever d'une véritable décision de l'entreprise où sont associés les médecins, la direction et les employés !** Il faut d'ailleurs souligner que certaines Mutuelles acceptent de prendre en charge les séances collectives de vaccination contre la grippe.

En conclusion, il faut changer les comportements en entreprises, dans les administrations et les collectivités sur la prise en charge de la vaccination contre la grippe. Les services de Médecine de Travail peuvent jouer un rôle déterminant dans une action altruiste au bénéfice de tous, simple à réaliser, peu coûteuse et qui porte ses fruits dès le premier vacciné. ■

# À propos des mesures de prévention contre la tuberculose en France

Docteur Sylvie LARNAUDIE - Médecin Chef au Service des Vaccinations de la Mairie de Paris  
Professeur Max MICOUD - Professeur des Maladies Infectieuses. Faculté de Médecine de Grenoble

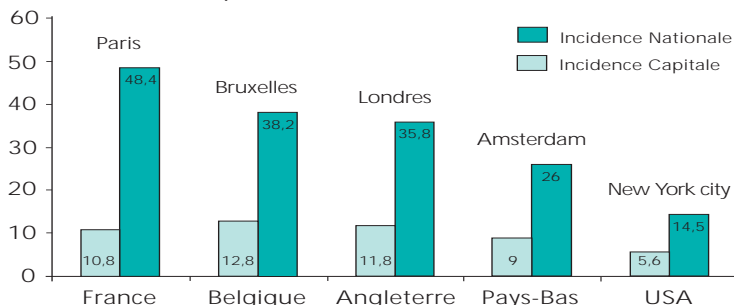
Outre les inconnues concernant l'efficacité et l'impact épidémiologique du BCG, ce qui interroge le plus les acteurs de terrain aujourd'hui est probablement la **diversité des stratégies proposées dans les pays de l'Union Européenne quant à la vaccination antituberculeuse**. L'exception française consiste à maintenir une politique de revaccination systématique sans pouvoir la justifier par des données épidémiologiques.

Au cours de l'année 2002, une réflexion menée par le Comité Technique des Vaccinations a conduit le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France à émettre quelques recommandations augurant probablement d'un changement prochain de la politique française de prévention de la tuberculose.

Si les incertitudes épidémiologiques françaises et surtout le manque d'exhaustivité des déclarations obligatoires ne permettent pas encore d'arrêter la primo-vaccination par le BCG, **en revanche il apparaît chez l'enfant que la revaccination ne se justifie plus ; en particulier si l'on fait référence à l'incidence des miliaires et des méningites tuberculeuses**. C'est sur ce point que le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France s'est prononcé en juin 2002 ainsi que sur l'abandon des tests tuberculiques post-vaccinaux pratiqués en routine dans le but de revacciner, aucune corrélation ne pouvant être proposée entre leur interprétation et la protection vaccinale. **Par contre, le groupe de travail a insisté sur le dépistage de l'infection tuberculeuse chez les enfants originaires de pays à forte endémie tuberculeuse et sur l'importance des tests intradermiques effectués chez les contacts autour d'un malade.**

**Chez l'adulte en novembre 2002, le même groupe de travail s'est prononcé sur la suppression de la revaccination y compris chez le personnel de santé.** Les arguments avancés sont, entre autres, la faible prévalence des souches de BK multi-résistantes en France et l'impact négatif sur l'observance des moyens simples de protection. Les personnels non primo-vaccinés doivent cependant recevoir un BCG si leur test tuberculique est négatif. Il est également recommandé pour les personnels exposés à un risque de tuberculose (relevant des articles R215-1 et R215-2 du Code de Santé Publique) de mettre en place un suivi régulier clinique et tuberculique. Il est par ailleurs souligné qu'il appartient aux médecins du travail de définir les périodes exposées ainsi que la périodicité de ces contrôles.

**Incidence de tuberculose dans les pays industrialisés, 2001**  
(source : correspondants Euro TB et Centers for Disease Control)  
en nombre de cas pour 100 000 habitants



Ces recommandations ont naturellement jeté le trouble dans les conduites préventives, les médecins se trouvant dans une situation paradoxale où les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France vont apparemment à l'encontre d'une recommandation pour l'instant non-abrogée.

Il est de fait qu'un certain nombre de professionnels est encore soumis par réglementation à l'obligation vaccinale par le BCG et à une revaccination si leur test tuberculique est négatif.

**La seule réponse que l'on puisse apporter aujourd'hui pourrait être celle proposée dans le BEH n° 10-11 du 18 mars 2003 sous la signature du Professeur Elisabeth BOUVET :**



◆ La tuberculose ne justifiera bientôt plus une politique de vaccination généralisée des enfants par le BCG en France ; une première étape proposée est la suppression de la revaccination.

◆ L'application à toute la population d'une politique de prévention uniforme néglige le fait que cette maladie affecte des populations à risque diverses et bien identifiées pour lesquelles il est temps de proposer des mesures spécifiques.

◆ Sachant que l'ensemble des nouvelles dispositions proposées pour l'enfant et l'adulte soumis théoriquement à une obligation vaccinale ou professionnelle a été entériné par le Ministère de la Santé mais nécessite la publication de nouveaux textes réglementaires actuellement en cours d'élaboration, il nous paraît acceptable cependant de laisser une liberté d'action aux médecins vaccinateurs en adaptant au mieux leur comportement vis-à-vis de la vaccination anti-tuberculique, en particulier au titre de la revaccination et de l'utilisation des tests tuberculiques.

## Bibliographie :

- Décret n° 96 775 du 5 septembre 1996 et Arrêté du 5 septembre 1996.
- Articles L31112-1 et L31112-2 du Code de Santé Publique.
- Calendrier vaccinal 2003, avis du CSHPF du 17 janvier 2003.
- BCG et tests tuberculiques, BEH 18 mars 2003.
- Impact épidémiologique d'une modification de la politique de vaccination par le BCG en France - Institut de Veille Sanitaire - Daniel LEVY-BRULL et coll.

## LE CERCLE PRÉVENTION ET TRAVAIL

Le Cercle Prévention et Travail regroupe à la fois des spécialistes de la médecine du travail mais aussi des infectiologues. Il est aujourd'hui animé par :

- **Le Professeur Jean-François Caillard :**  
Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle. CHU de Rouen.
- **Le Docteur Sylvie Larnaudie :**  
Médecin Chef au Service des Vaccinations de la Mairie de Paris.
- **Le Professeur Max Micoud :**  
Professeur des Maladies Infectieuses. Faculté de Médecine de Grenoble.

Le Cercle est heureux d'accueillir en son sein le **Professeur François Bricaire**, Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP). Nul doute que son expérience et ses compétences viendront enrichir encore plus nos réflexions.

## CONTACTEZ-NOUS

N'hésitez pas à vous exprimer en adressant vos questions, remarques ou suggestions :

Cercle Prévention et Travail  
191, Avenue Aristide Briand  
94234 Cachan cedex

Fax : 01 55 01 21 75

> e-mail : lob@lob.fr