

ÉPIDÉMIES ET VISION SOCIÉTALE

Pr Max Micoud,
Faculté de Médecine de Grenoble

Faut-il avoir peur de la pandémie aviaire largement annoncée médiatiquement depuis plusieurs mois, objet de préoccupations des Nations les plus impliquées par la sécurité sanitaire, facteur de tourments des entreprises productrices de vaccins, impacts économiques suffisamment forts pour pulser en bourse le ou les laboratoires pharmaceutiques aptes à proposer une molécule possiblement active sur H5N1 si tant est que ce virus soit bien celui qui donnera raison à notre grande peur ?

Au-delà de la réalité, c'est-à-dire des études épidémiologiques à notre disposition, il est vrai que l'histoire des maladies infectieuses nous propose un calendrier de pandémies grippales. Le 21^{ème} siècle se prête au retour de la menace infectieuse, logique retour du balancier si l'on veut bien admettre que les éléments contaminants sont aussi sources de vie. Comment, en effet, ne pas accepter l'idée que tout être vivant dont le seul objet est sa reproduction ne fera pas tout ce qui est en sa possession pour survivre et se développer ? On n'est donc pas étonné par exemple que les virus du Sida perdent aujourd'hui de leur agressivité ne serait-ce que pour mieux nous amadouer et en définitive se reproduire tranquillement sans le tracas des antiviraux qu'on leur oppose. C'est ainsi probablement que toute épidémie a une fin naturelle lorsque l'élément biologique en cause s'est assuré de sa pérennisation et qu'il accepte à nouveau d'être mis en concurrence.

Après la guerre reste le temps des négociations. Plutôt que de fuir par peur, il nous semble donc plus judicieux de préparer les négociations. Pour cela, il paraît intéressant de concevoir que toute épidémie peut avoir un sens.

Ainsi, au-delà de la survie de l'espèce, on peut leur attribuer un sens en termes d'évolutivité sociétale et/ou de réponse sociale. En 1993, lors de la 7^{ème} rencontre européenne sur la grippe, Claude HANNOUN annonçait pour les prochaines années le possible changement total de la structure protéique d'un antigène du virus de la grippe. Pourquoi pas mais quand et surtout pourquoi ?

> Suite p. 2

Dossier

Mise au point et conduite à tenir

Coqueluche, varicelle et personnels de soins

Le Comité Scientifique du Cercle Prévention et Travail, s'appuyant, plus particulièrement sur la contribution de Jean-François GEHANNO Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles. CHU de Rouen

La coqueluche est une maladie infectieuse très contagieuse dont les premières descriptions cliniques sont attribuées à Guillaume de Baillou au cours de l'épidémie survenue à Paris en 1578. L'isolement du pathogène, *Bordetella pertussis*, un coccobacille Gram négatif, fut réalisé par Bordet et Gengou en 1906. En 1940, la coqueluche tuait plus d'enfants de moins d'un an aux Etats-Unis que la méningite, la rougeole, la diphtérie, la polio et la scarlatine réunies. Le développement de vaccins cellulaires anti-coquelucheux dans les années 40 a entraîné une forte diminution de l'incidence de cette maladie, du moins dans les pays appliquant une politique vaccinale volontariste, comme la France, et bénéficiant d'un vaccin efficace.



Nous avons assisté ces dernières années à une résurgence de la coqueluche, portant essentiellement sur les nourrissons non vaccinés, mais également chez les adolescents et adultes qui apparaissent désormais comme les principaux contamineurs des enfants.

La contamination s'effectue par l'intermédiaire des gouttelettes de Pflügge émises au cours de la toux par un sujet malade et la contagiosité est majeure pendant la phase catarrhale mais persiste au début de la phase quinteuse. La chaîne de transmission

fait habituellement intervenir les adultes, contaminés par les enfants et contaminant à leur tour d'autres enfants. Ainsi, le taux d'attaque chez des adultes au contact à leur domicile avec des enfants malades peut atteindre 83 %.

Cette chaîne de transmission est susceptible de s'épanouir en milieu de soins et des épidémies de coqueluche ont été rapportées au sein du personnel de centres d'accueil pour jeunes handicapés et de services pédiatriques, notamment au CHU de Rouen dans les années 90. Une nouvelle épidémie est survenue parmi les personnels de ce CHU début 2005 et a touché de nombreux services, avec plus de 37 cas documentés à ce jour. Cet épisode s'inscrit dans le contexte national de résurgence de la coqueluche signalée depuis septembre 2004.

De telles épidémies de coqueluche parmi les personnels hospitaliers posent au moins trois problèmes. Le premier est le caractère potentiellement invalidant d'une coqueluche de l'adulte, avec la toux irritative persistante qu'elle peut provoquer. Le deuxième est la désorganisation induite par les évictions professionnelles qui sont parfois nécessaires pour éviter la contamination des patients ou des collègues de travail. Le troisième, lorsque l'épidémie survient dans des services où sont admis des sujets à risque de coqueluche grave, en particulier des nourrissons, des immunodéprimés ou des insuffisants respiratoires, est le risque de leur contamination par un soignant malade.

> Suite p. 3

SOMMAIRE

- > Pages 1 et 2 - **Edito** : Epidémies et vision sociétale
- > Pages 1 et 3 - **Dossier** : Coqueluche, varicelle et personnels de soins
- > Page 2 - **Actualité** : Les médecins libéraux s'emparent des plans santé
- > Page 4 - **Europe et Médecine de Santé au Travail** : Directive européenne sur les risques biologiques

Les médecins libéraux s'emparent des plans santé - environnement et santé - au travail

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

Nous l'avions annoncé dans le dernier numéro du Journal du Cercle, les médecins libéraux de Haute-Normandie, par le biais de leur union régionale, ont offert à Rouen, et pour la première fois en France, un vaste espace de formation et de réflexion sur les pathologies environnementales, les 7 et 8 octobre derniers.

Le pari tenté – sensibiliser le corps médical à l'approche environnementale de la santé - a été réussi. Plus de 450 participants venus de toute la France, médecins (parmi lesquels on a compté de nombreux médecins du travail), ingénieurs des DRASS ou des CRAM, biologistes, vétérinaires, techniciens des URCA... ont écouté, discuté, et échangé avec beaucoup d'intérêt, voire parfois de passion, avec plus de 20 conférenciers autour des thèmes des ressources naturelles (air et eau), des substances chimiques (pesticides, perturbateurs endocriniens), des maladies émergentes (dont la "peste" aviaire), des anomalies de la reproduction, des maladies professionnelles et des cancers environnementaux. L'approche socio-anthropologique du risque, la question de la responsabilité des acteurs sociaux, les démarches actuelles pour mieux planifier la prévention et pour mieux former les professionnels de santé étaient également au cœur des débats.

Il a été remarquable d'assister à cette prise de conscience de l'ensemble des participants de l'importance du rôle des déterminants environnementaux dans la genèse de très nombreuses maladies. Les conséquences des comportements individuels ont volontairement été laissés de côté (ainsi l'alimentation n'a-t-elle été traitée que sous l'angle de la sécurité alimentaire) ainsi que celui que chacun peut avoir, à son niveau, pour contribuer à infléchir des tendances qui, spontanément, sont porteuses de dangers graves. **Le rappel de l'ensemble des dispositions du Plan national santé-environnement, dont la déclinaison dans chaque région a commencé, et dont de nombreux items concernent la santé au travail, a attesté du rôle nouveau, et fort important, de l'Etat dans ce domaine.**

Les médecins libéraux de Haute-Normandie ont, pour leur part, créé à cette occasion un "Pôle libéral de santé publique", dont un des premiers projets, actuellement en cours de réalisation, est de former des praticiens à la santé publique et plus particulièrement à la santé environnementale.

Les risques professionnels ont été très présents tout au long de ces deux journées, et les médecins du travail ont pu ainsi ouvrir leur champ de préoccupation à l'environnement hors des murs

de l'entreprise, mais aussi communiquer avec leurs confrères sur des sujets qui, au fond, leurs sont communs. Cela n'est pas si fréquent.

On ne saurait trop conseiller à chacun des lecteurs du Journal du Cercle d'aller sur le site de l'Union régionale des médecins libéraux (www.urmlsante.com) pour prendre connaissance des textes résumés, ou parfois intégraux, des communications présentées, et espérer d'être disponible pour pouvoir assister à la prochaine manifestation de cette nature. ■



Épidémies et vision sociétale

Suite de la page 1

Si l'on peut définir le risque d'une épidémie et lui donner un sens en répondant aux "pourquoi", il devrait être plus facile de répondre aux "quand". En termes de précaution, cela nous paraît plus pertinent que les seuls systèmes de détection, inclus, eux, dans un principe de prévention.

L'analyse sémantique du mot épidémie fait émerger, entre autres, la notion de rupture, de risque, de survie sociale, de rapport à l'autre auxquels peut s'ajouter l'universel de la pandémie. Bien que chacun de ces mots puisse revêtir un sens différent selon sa déclinaison, en langage médical il y a toujours un point commun qui est l'adjectif épidémique donnant un sens collectif à la vie et à la mort.

De fait dans l'épidémie il y a : je suis responsable, c'est par l'autre, avec l'autre, de leur faute... Avec l'épidémie, un sens peut être donné à notre engagement, à notre niveau de responsabilité collective et à notre capacité à faire face. Ainsi l'épidémie de méningite AC du Brésil a probablement fait émerger une autre politique vaccinale internationale par la seule création de la "task force Mérieux".

En terme sociétal, une épidémie peut avoir pour destin de signer la fin d'une époque. Aujourd'hui le Sida, demain, pourquoi pas, la grippe aviaire peuvent jouer le rôle de révélateur cyclique d'un soi collectif, comme il en est de la découverte du mal donnant naissance à la conscience du soi individuel.

En terme social, une épidémie peut être le révélateur d'une situation qui n'a pas d'autre moyen de se faire reconnaître. On peut citer par exemple le choléra et le paupérisme, le staphylocoque méti R et l'hospitalisme.

En terme économique, une épidémie peut être la revanche du groupe sur l'individu dès lors qu'elle engendre un concept de transparence, de vérité.

Les épidémies participent à l'identification collective comme chaque siècle se réclame d'un style littéraire ou décoratif. Au Moyen Âge, les épidémies ont été le support du concept de terreur mystique ; la tuberculose au 20^{ème} siècle a servi de support au concept de réintégration sociale, annonciateur du syndicalisme. Chaque civilisation, chaque époque par ses mœurs, ses lois, ses principes de pensées se crée une pathologie qui lui est propre, qui devient un message en prenant la forme épidémique. Ainsi la lèpre au 12^{ème} siècle a largement participé au formalisme de l'exclusion donnant un nouveau sens monacal à la vie religieuse.

L'hypothèse d'une épidémie de grippe aviaire aurait-elle un sens ? Et, dès lors en vue de quelles propositions nouvelles ? Syndrome de Job ou expérience au profit d'idées ou de comportements différents ? Les épidémies, au même titre que Magellan, Copernic ou Michel-Ange ont apporté une nouvelle vision de l'espace et un nouveau type d'homme au 16^{ème} siècle. Une pandémie aviaire sera peut-être annonciatrice

d'une nouvelle notion du temps et de l'espace et donc, au même titre que les fusées, une autre façon de concevoir l'univers. En fait, il n'y a pas de fatalité ni de génération spontanée mais peut être pourrions-nous faire l'économie d'une nouvelle pandémie dont la conséquence immédiate en matière de nouvelle grippe serait quelques millions de morts. Alors, il nous faut anticiper plus que l'émergence et la haute contagiosité du virus en lui supprimant toute capacité de dissémination, en le contenant au pire dans une biosphère réservée. A ce titre, promouvoir le vaccin anti-grippe standard nous apparaît très utile, puisque représentant l'un des facteurs pouvant éviter les transferts génotypiques sources de nouveaux virus. Par ailleurs, la prise de conscience mondiale de ce type de risque peut être un élément clé, nouveau sens donné à la vie sur terre. Déjà en 1832 ce ne sont pas des logiques médicales mais économiques, sociales et culturelles qui décidèrent des mesures de protection contre le choléra donnant naissance à la santé publique et à un redéploiement social de l'espace urbain.

En définitive, les épidémies ont bien un sens lorsqu'elles nous rappellent que l'homme est maître de son devenir, soumis à ses choix et que ni les virus ni les poulets ne sont les éléments essentiels mais qu'ils ne sont que des jouets de nos décisions quelquefois aveugles. Les épidémies sont peut-être nos lunettes sur notre devenir ; faut-il encore les adapter à notre vue. ■

Coqueluche, varicelle et personnels de soins

Suite de la page 1

Bien qu'encore sous-estimée, la coqueluche représente donc un risque professionnel réel chez les personnels soignants.

La réduction du risque de coqueluche chez les personnels soignants fait appel à des mesures de prévention secondaire et primaire.

En premier lieu, il est nécessaire d'interrompre la chaîne de transmission. Une toux, en particulier quinteuse, supérieure à 7 jours chez un soignant doit faire évoquer le diagnostic de coqueluche et motiver la réalisation d'une sérologie et d'une aspiration nasopharyngée douce avec recherche de *B. pertussis* par culture et, surtout, par PCR. **Toute coqueluche avérée chez un membre du personnel devrait entraîner la prescription d'un macrolide.** Il est possible d'utiliser l'azithromycine, bien tolérée, pendant 5 jours, avec une éviction de même durée, nécessaire à l'éradication du portage, si le sujet est encore en phase de contagiosité. **Les soignants ayant eu un contact "rapproché" avec un enfant malade, c'est-à-dire avec un séjour prolongé à moins de 1 mètre ou ayant réalisé des actes exposant aux sécrétions nasopharyngées (aspiration, intubation, kinésithérapie respiratoire), peuvent bénéficier d'un traitement prophylactique par les mêmes molécules.** Ils doivent, également, être sensibilisés à la vérification de la bonne couverture vaccinale de leurs enfants. Par ailleurs, il est nécessaire, en cas de coqueluche avérée d'un personnel, de rechercher les patients contacts pour une information, une surveillance voire une chimioprophylaxie.



L'antibioprophylaxie est préconisée pour toute personne en contact avec un malade quels que soient son âge et son degré d'immunisation.

En deuxième lieu, il est nécessaire d'insister sur la prévention primaire.

Le port d'un masque, au minimum de type chirurgical, s'impose en cas de contact rapproché avec un enfant coquelucheux ou suspecté de l'être. Cette indication doit d'ailleurs s'appliquer à tout patient qui tousse.

Les nouveaux vaccins acellulaires sont particulièrement indiqués chez les soignants susceptibles d'être exposés, notamment en service de maternité, pédiatrie et de PMI ou dans tout service susceptible d'accueillir des enfants de moins de 6 mois.

Chez l'adulte, leur tolérance et leur efficacité ont déjà été observées dans de nombreux pays. Ils ont déjà été

utilisés avec succès chez des personnels de soins lors de plusieurs épidémies de coqueluche et leur tolérance est très supérieure à celle de vaccins cellulaires utilisés historiquement dans des conditions similaires.

Malheureusement, le vaccin coqueluche adulte n'existe actuellement que lié au vaccin DTP. Il n'est pas souhaitable d'effectuer des rappels de DTP trop rapprochés, pour des questions de tolérance, et seuls les sujets n'ayant pas eu de rappel DTP dans les 5-10 ans précédents peuvent donc bénéficier actuellement de la vaccination coqueluche.

La coqueluche reste une pathologie d'actualité et constitue une menace pour les soignants comme pour les patients. La vigilance s'impose donc, en insistant sur les mesures de prévention primaire, en particulier la vaccination pour tous les soignants qui peuvent en bénéficier.

De même, cette vaccination est recommandée pour tous les étudiants en écoles médicales et paramédicales lors d'un rappel de DTP.



La varicelle est une affection virale (*Herpesviridae*) fréquente avec 500 000 à 820 000 cas par an, dont 6 % surviennent chez des patients de plus de 20 ans. On assiste à une élévation régulière de l'âge d'apparition de la maladie. Elle est classiquement bénigne dans l'enfance, bien que Floret ait montré que les complications de la Varicelle apparaissent majoritairement chez des enfants sains, mais **peut présenter des critères de gravité chez les adultes, et en particulier chez les femmes enceintes et chez les immunodéprimés.**

5 % des femmes enceintes sont susceptibles (et ce pourcentage est en constante augmentation). Le risque de fœtopathie existe avant 20 semaines (lésions cutanées, atteintes neurologiques et ophtalmologiques, risque de mort fœtale *in utero*). La varicelle néonatale a une évolution fatale dans 20 à 30 % des cas.

Par ailleurs, en comparaison des enfants, les adultes sont proportionnellement plus nombreux à être hospitalisés pour la varicelle (risque 3 à 18 fois plus élevé) et à présenter des complications telles que la pneumopathie (**20 à 30 % des cas**) et l'encéphalite (risque 1,1 à 2,7 fois plus élevé).

La varicelle est très contagieuse et le taux d'attaque secondaire varie de 61 à 87 %, alors que le risque de transmission pour le zona n'est que de 20 à 25 %. La transmission inter-humaine s'effectue par le contact avec les lésions cutanées, mais également par

voie aéroportée, qui peut représenter la principale voie de contamination en milieu de soins.

Le virus de la varicelle représente un double risque nosocomial.

En premier lieu, la transmission de la varicelle de soignants à patients représente un risque réel pour certaines catégories de patients.

De plus, de nombreux cas de contamination des personnels soignants par le virus de la varicelle ont été répertoriés. Toutefois, les personnels de soins bénéficient le plus souvent d'une immunité naturelle. Dans les services accueillant régulièrement des patients atteints par ce virus, près de 100 % des personnels sont immunisés.

Un antécédent de varicelle cliniquement établi, surtout lorsque persistent des cicatrices cutanées identifiables, suffit à présumer d'une immunisation naturelle acquise. En l'absence de cet élément, il est nécessaire d'effectuer une sérologie à l'embauche, ou, à défaut, lors d'une visite systématique, si cela n'a pas été déjà proposé. Cette recherche doit être effectuée chez les étudiants à l'entrée en première année des études médicales et paramédicales et chez les soignants des services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, gynéco-obstétrique, néo-natologie, pédiatrie, maladies infectieuses).

En l'absence d'immunité, ces sujets doivent être incités à se faire vacciner. Le vaccin varicelle étant un vaccin vivant atténué, il comporte un certain nombre de contre-indications, en particulier les déficits de l'immunité cellulaire ou humorale et la grossesse (en cours ou prévue dans les trois mois suivant la vaccination). **L'efficacité de la vaccination est supérieure à 90 %, après deux injections à 6-10 semaines d'intervalle, mais la durée exacte de la protection conférée par le vaccin chez l'adulte est encore incertaine.**

Le vaccin est en général bien toléré, mais deux événements peuvent poser un problème en milieu de soins. Le premier est la possibilité d'une éruption varicelleuse liée à la souche vaccinale, qui survient respectivement dans 5 % et 1 % des cas après la première et la deuxième injection. Cette éruption témoigne de la multiplication du virus qui peut se transmettre alors comme la souche sauvage. Le deuxième est la survenue d'une varicelle mineure (Breakthrough) en cas d'exposition d'un sujet vacciné à la souche sauvage du virus. La fréquence de cet événement est estimée à 2 % par an et le sujet est alors contagieux pour les patients et les autres soignants. Dans ces deux cas, des mesures d'évictions doivent donc être proposées.

La prévention primaire pour les sujets non immuns repose sur le respect des précautions "standard", avec le port d'un masque du même type que celui utilisé pour la tuberculose (FFP1) pour entrer dans la chambre d'un patient atteint.

Enfin, on peut rappeler que la survenue d'une varicelle chez un soignant peut faire l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle en application du tableau 76 du régime général. ■

EUROPE ET MÉDECINE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Réflexion : Une approche de fond qui ne demande qu'à se concrétiser...

Directive européenne sur les risques biologiques et implications pour la Médecine de Santé au Travail



Jean-François GEHANNO, Service de Médecine du Travail et de Pathologies Professionnelles. CHU de Rouen

Les principes de protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques ont été introduits dans le code du travail par le décret 94-352 du 4 mai 1994. Ces dispositions transposaient, pour l'essentiel, les préconisations de la directive européenne du 26 novembre 1990, qui a été abrogée, par une nouvelle directive européenne du 18 septembre 2000 (directive 2000/54).

Quelles peuvent être les conséquences de sa prochaine transposition sur la pratique des médecins du travail en matière de risque biologique ?

Cette directive n'apporte pas de modifications de fond à ce qui est prévu dans le code du travail, les principes de base restant l'évaluation du risque, l'information et la formation des travailleurs, la suppression ou la réduction des risques et la surveillance médicale.

Dans certains domaines, la directive apparaît même moins précise que le code du travail. Ainsi, elle exclut de son champ d'application le cas des femmes enceintes, alors que l'article R.231-62-2 du code du travail interdit l'exposition des femmes qui se sont déclarées enceintes, au virus de la rubéole ou au toxoplasme. Par ailleurs la directive ne précise pas qui doit réaliser l'évaluation des risques, là où l'article R.231-62-1 indique que le chef d'établissement doit déterminer la nature, la durée et les conditions de l'exposition des travailleurs pour toute activité susceptible de présenter un risque d'exposition à des agents biologiques.

La directive apporte néanmoins quelques précisions intéressantes, en termes de tenue du dossier médical ou de modalités d'évaluation des risques.

Le dossier médical individuel et la liste des travailleurs exposés aux agents pathogènes des groupes 3 et 4 doivent être conservés au moins 10 ans, et jusqu'à 40 ans en cas d'exposition à des agents pouvant entraîner des pathologies chroniques, à longue période d'incubation ou pouvant causer de graves séquelles. L'annexe III de la directive précise que les agents concernés comprennent des virus (*herpesvirus hominis 8*, virus BK et JC, *papillomavirus* humain, VIH, HTLV 1 et 2, virus des hépatites B, C, D et G) et les agents transmissibles non conventionnels associés aux encéphalopathies spongiformes. En matière d'hépatites B et C, on peut remarquer que ce délai est supérieur au délai maximum de prise en charge de

ces pathologies en maladie professionnelle au titre du tableau 45 du régime général.

La directive précise que l'évaluation des risques est effectuée sur la base de toutes les informations existantes, entre autres :

- la classification des agents biologiques qui constituent ou peuvent constituer un danger pour la santé humaine ;
- leur effets allergisants et toxigènes ;
- le fait qu'un travailleur souffre d'une maladie directement liée à son travail ;
- les informations sur les maladies susceptibles d'être contractées du fait d'une activité professionnelle des travailleurs.

Ces éléments étaient déjà mentionnés pour la plupart dans le décret de mai 1994, mais il convient d'insister sur le dernier point qui atteste que l'on peut utiliser les données de la littérature ou les cas déjà décrits dans des circonstances analogues pour évaluer les risques.

Cet aspect apparaît capital dans les professions où le risque biologique est possible ou attendu, sans utilisation délibérée d'agents biologiques. L'interprétation du décret de mai 1994 dans ce domaine a pu faire l'objet de controverses et la directive 2000/54 rappelle opportunément que, dans ces circonstances, l'ensemble des mesures de réduction des risques, incluant la vaccination, doivent également s'appliquer, sauf s'il est démontré qu'elles sont inutiles. La directive propose, de plus, une liste indicative de situations professionnelles concernées, comprenant, entre autres, les travaux dans les installations alimentaires, dans l'agriculture, dans les installations d'épuration des eaux usées ou d'élimination des déchets, mais également dans les laboratoires cliniques ou les services de santé.

Enfin, la directive 2000/54 apporte, en annexe, des précisions techniques intéressantes sur les mesures et niveaux de confinement à appliquer, tant pour l'accueil des patients que pour les procédés industriels.

L'ensemble de ces documents est accessible sur Internet, à l'adresse : http://europa.eu.int/eur-lex/pri/fr/oj/dat/2000/l_262/l_26220001017fr00210045.pdf



CONTACTEZ-NOUS

Faites vous et faites nous connaître :

Si certains de vos amis, collègues et relations sont intéressés par notre Journal, n'hésitez pas à les inciter à nous contacter. Le Journal du Cercle est envoyé **gracieusement** à toute personne impliquée dans les aspects liés à la prévention des risques infectieux en milieu professionnel. Plus vous serez nombreux et plus nous pourrons nous faire le reflet de vos préoccupations.

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

Cercle Prévention et Travail
191, av. Aristide Briand - 94234 Cachan cedex
Fax : 01 55 01 21 75
> e-mail : lob@lob.fr

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 François Bricaire**,
Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP).
- **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.