

Risque professionnel et Tuberculose Quelles actualités ?

Dominique Abiteboul

Service de Santé au travail Bichat-Claude Bernard

GERES

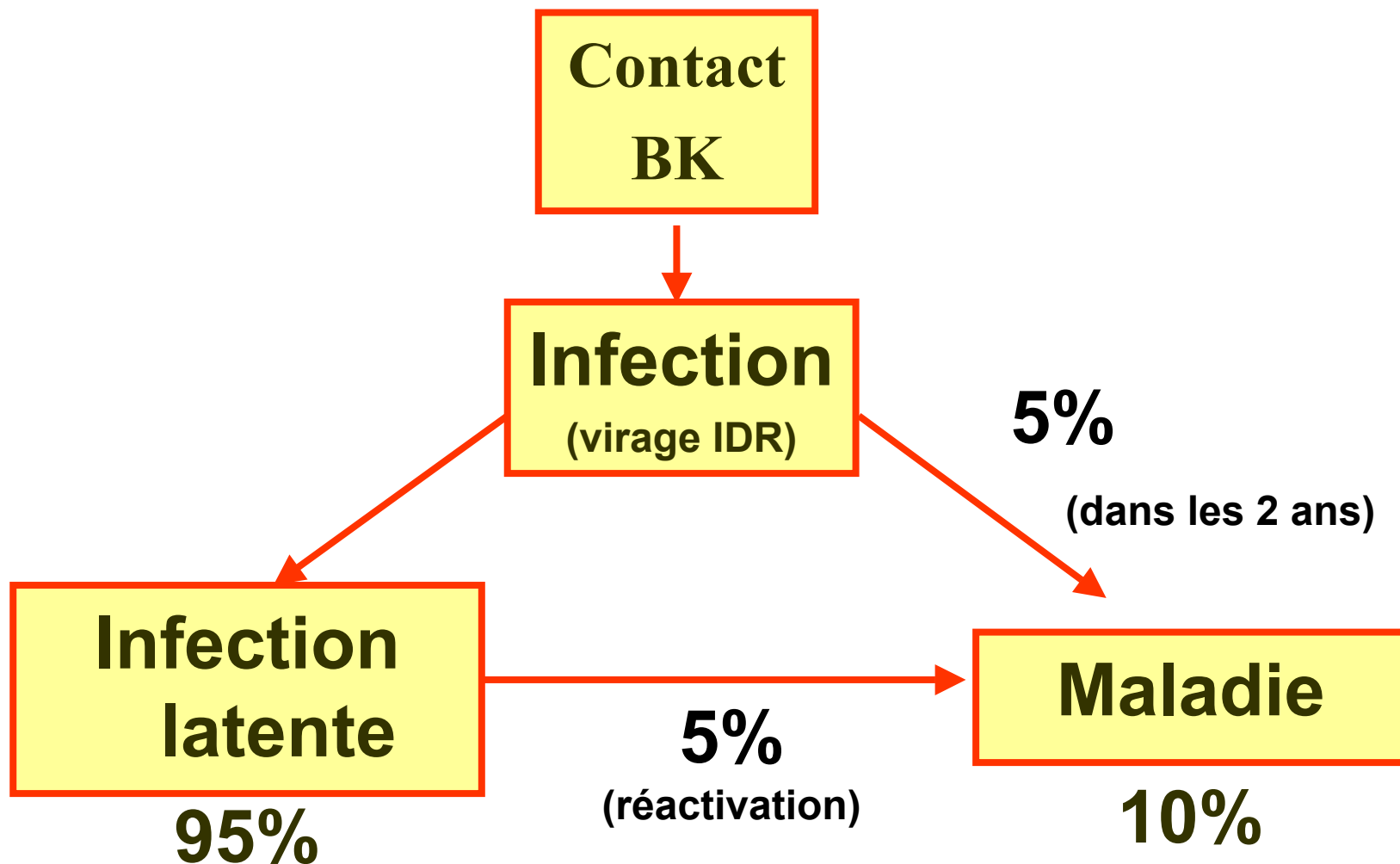
La tuberculose

- Mycobactéries du complexe tuberculosis
 - *M tuberculosis*, *M bovis*, *M africanum*
- Transmission par aérosols de particules infectieuses
 - émises par un patient atteint de tuberculose pulmonaire ou laryngée
 - Frottis (crachat-tubage) positif = BAAR au direct
- Contagiosité majorée par:
 - Toux, kiné, expectorations induites, éternuement
 - Excavation pulmonaire
 - Pas de traitement (ou inefficace)

Contagiosité de la tuberculose

- Environnement : locaux fermés, non aérés, ventilation avec recirculation de l'air, pression positive
- Étroitesse du contact :
 - 8000 cas de tuberculose BAAR + au direct (*Rouillon*)
 - cas d'infection :
 - 20,2% des personnes vivant au foyer
 - 3,7% des proches parents ou amis
 - 0,3% des collègues de travail

Tuberculose infection et tuberculose-maladie



Nouvelles recommandations : prévention et prise en charge de la tuberculose en France

Groupe de travail CSHPF

D. Abiteboul, F. Antoun, Z. Bessa , C. Billy, E. Bouvet, B. Dautzenberg , B.
Decludt, J. Gaudelus, V. Jarlier, S. Lerasle , O. Siruguet, V. Vincent

Avec la participation de I. Balty, M-C. Bayeux, T. Comolet, C. Delarue

Pourquoi ce guide ?

- Dernières recommandations officielles (*CSHP en 1995 – BEH 1997*)
- Modifications épidémiologiques de la tuberculose
 - Arrêt de la décroissance des cas déclarés en France
 - tuberculose-maladie stable à 11/100 000 depuis 1997
 - tuberculose multi-résistante stable à 50 cas par an
 - MAIS grandes disparités :
 - La moitié des cas sont déclarés en IDF (incidence de 48/100 000 à Paris)
 - Importance des migrants :
 - incidence = 129/100 000 personnes nées en Afrique sub-saharienne
 - épidémies dans des foyers de migrants (175 cas en 2001)

Pourquoi ce guide ?

- Prise charge
 - Bonne après le diagnostic
 - Mais diagnostic tardif
 - Défaut d'organisation et de surveillance du suivi du traitement
 - Mauvaise organisation des enquêtes autour d'un cas et de la prise en charge des infections dépistées
- Nouvelles modalités de surveillance = déclaration, signalement
- Suppression de la revaccination par le BCG pour les enfants (*avis CSHPF du 21/06/02*)
 - ➔ revalorisation des tests tuberculiques

Points nouveaux : propositions

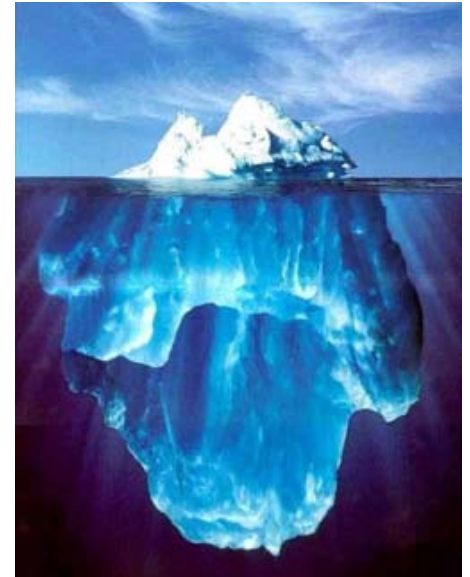
- Accent sur la prise en charge en amont de la tuberculose maladie
- Traitement de la tuberculose infection
=> importance du dépistage de l'infection =
Liaison entre les services départementaux et les structures de soins et les DDASS
- Importance de l'observance et du suivi
- Prévention de la transmission aux personnels exposés

Prévention et prise en charge de la tuberculose

- Epidémiologie de la tuberculose
- Organisation de la surveillance épidémiologique en France
- Le rôle des services de lutte anti-tuberculeuse
- Organisation des moyens
- L'intradermo-réaction à la tuberculine
- Diagnostic clinique et bactériologique de la tuberculose
- Traitement de la tuberculose infection latente : vers un changement des pratiques en France
- Traitement de la tuberculose maladie
- Particularités de la tuberculose pédiatrique
- Observance et suivi du traitement
- Investigations à conduire autour d'un cas de tuberculose
- Tuberculose et migrants
- **Tuberculose et personnels exposés : prévention et surveillance**
- **Prévention de la transmission en milieu de soins**
- Tuberculose et voyages

Tuberculoses professionnelles en France

- Peu de données : maladies professionnelles déclarées
 - Secteur privé (1989-2000)
 - 30 à 50 cas par an
 - Primo-infections reconnues depuis 1998 :
1998 = 2 cas; 1999 = 10 cas; 2000 = 23 cas
 - Fonction publique hospitalière???
 - AP-HP (1997-2002) : environ 6 cas / an
- Amélioration possible :
 - Profession figure dans le nouveau formulaire de déclaration
 - Surveillance de l'IDR plus fiable en l'absence de revaccination par le BCG



Taux annuels de conversion tuberculinique chez les professionnels aux Etats-Unis

- Début des années 1990 :
 - Tous personnels = 0,1 à 10%
 - Très exposés = 18 à 55%
- Réduction avec la mise en place de mesures d'isolement respiratoire
 - 4000 soignants d'un hôpital : avant = 3,3% → après = 0,4 %
 - 38 hôpitaux : avant = 1,2% → après = 0,4 %
- NB : taux annuel de conversion tuberculinique de la population générale était estimée en 1986 à 8,6 / 100 000

Bolyard. AJIC 1998;26: 289-354 - Blumberg. Ann of Int Med 1995;122:658-63 – Manangen. Chest 2000;117:380-4 – Nolan. Ann of Int Med 1994;120:964-5

Risque professionnel de tuberculose

Prévention médicale

- ➔ Suppression de l'obligation de revaccination par le BCG (*avis du CSHPF du 15/11/03*)
- ➔ Modulation de la fréquence et des modalités de la surveillance médicale en fonction de l'évaluation du risque

Surveillance en cours d'activité professionnelle

- Fonction de l'évaluation du risque basée sur
 - Le nombre de cas accueillis dans les différents secteurs : communication mensuelle systématique par le labo de bactério ou le service d'Hygiène
 - Les caractéristiques des postes (endoscopie, kine respiratoire...)

3 niveaux de risque

| Niveau de risque | Secteur* |
|----------------------|--|
| Risque élevé | Secteur géographique accueillant au moins 5 tuberculeux bacillifères par an |
| Risque intermédiaire | Secteur géographique accueillant de 2 à 4 tuberculeux bacillifères par an |
| Risque faible | Secteur géographique accueillant au maximum un tuberculeux chaque année |

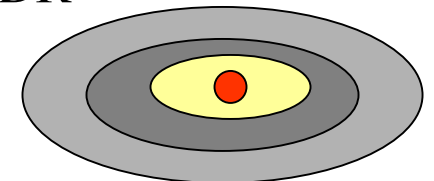
* On entend par secteur un lieu précis, ce qui correspond à :

- une unité fonctionnelle où sont régulièrement accueillis des usagers (salle d'hospitalisation et non ensemble d'un hôpital ou d'un service) ;
- un laboratoire où des prélèvements potentiellement contaminés par le BK sont manipulés et surtout mis en cultures (laboratoire des mycobactéries).

Surveillance du personnel

SECTEUR A RISQUE FAIBLE

- Si pas de cas contagieux : pas de dépistage radiologique systématique après l'embauche
- Investigation autour d'un cas comme en population générale
 - Liste des sujets contacts
 - Contacts répétés et rapprochés avec personne BK+, sans mesure d'isolement respiratoire adéquate
 - Bilan
 - J0 : examen clinique ; IDR (si ref ≤ 10 mm) ; Rx Thorax (si > 3 mois)
 - Répété à 3 mois ; chimioprophylaxie si virage IDR
 - Élargir le cercle si des cas sont identifiés



Surveillance du personnel

SECTEUR A RISQUE ELEVE

- Visite systématique annuelle
 - Radio pulmonaire systématique : 18 mois à 2ans
 - Surveillance de l'IDR
 - tous les 2 ans si < 10 mm
 - tous les 5 ans si > 10 mm
- *Si positivité ou variation de plus de 10 mm : infection récente probable → traitement prophylactique (après avoir éliminé une tuberculose-maladie)***

Surveillance du personnel

SECTEUR A RISQUE INTERMEDIAIRE

Le médecin du travail choisira selon l'évaluation locale du risque et les personnels concernés de pratiquer la surveillance en suivant les recommandations des secteurs à risque élevé ou à risque faible

Risque professionnel de tuberculose prévention technique

- Nouvelles recommandations concernant les masques
- Sécurité en laboratoire

Place des masques dans la prévention de la tuberculose

- LE PORT DE MASQUE = un élément parmi les mesures d'isolement respiratoire
- Deux indications du masque
 1. Port par le personnel et les visiteurs : protection individuelle visant à réduire l'inhalation d'aérosols vecteurs de BK
 2. Port par le patient : protection de l'environnement des gouttelettes émises par le patient (lors de déplacement en dehors de la chambre)

Choix du niveau de protection

Avis du CCSHPPF du 14 mars 2003

- Masque de type FFP1 au minimum
- Masque de type FFP2 dans certaines situations particulièrement à risque :
intubation, tuberculose multirésistante...

Où trouver ces recommandations?

- Site internet du ministère de la santé
www.sante.gouv.fr
- Revue des Maladies Respiratoires
décembre 2003 – vol 20 cahier 2 n°6
- Numéro spécial de la revue médecine et maladies infectieuses 2004 (à paraître)
- Fascicule spécial INVS