

Epidémies d'ornithose dans un abattoir de volailles

La psittacose, ou ornithose ⁽¹⁾, également appelée chlamydie aviaire, est une zoonose infectieuse provoquée par une bactérie, *Chlamydia psittaci*, dont les oiseaux et les volailles sont les réservoirs habituels. Les deux épidémies rapportées dans cette étude sont survenues dans un abattoir de volailles de l'Ouest de la France. Dans les deux cas, le médecin du travail a pu, par sa connaissance du milieu de travail, orienter très vite le diagnostic et coordonner une enquête auprès des salariés et des médecins traitants permettant la prise en charge thérapeutique efficace rapide des salariés atteints.

Ces deux épidémies ne sont pas un phénomène isolé ; d'autres cas sont survenus dans la filière avicole. Ces infections soulèvent un problème difficile de prévention primaire, ce qui rend d'autant plus important l'information des salariés concernés et de leurs médecins de façon à ce que ce diagnostic soit rapidement évoqué, permettant ainsi une prise en charge thérapeutique précoce efficace.

1. La maladie

L'INFECTION CHEZ LES OISEAUX

L'ornithose est une zoonose due à *Chlamydia psittaci*. Presque toutes les espèces aviaires peuvent héberger cette bactérie. L'incubation varie de 3 jours à quelques semaines. La dissémination des germes se fait par les fientes et les sécrétions nasales des oiseaux infectés. Elle est favorisée par le froid, le transport, la surpopulation, le stress.

Les oiseaux atteints ne présentent que peu de symptômes, tels que plumes ébouriffées, léthargie, anorexie. Les porteurs asymptomatiques sont habituels.

L'INFECTION CHEZ L'HOMME

La transmission de l'infection des oiseaux à l'homme se fait par voie respiratoire (inhalation de poussières de fientes des animaux infectés). L'animal reste parfaitement comestible ; il n'a jamais été rapporté de

cas de transmission à un consommateur [1]. Un contact étroit n'est pas indispensable à la transmission de la maladie. Elle peut avoir lieu simplement après quelques minutes passées dans un endroit qui a été précédemment occupé par un oiseau infecté.

L'incubation : elle varie de 7 à 14 jours, parfois plus.

Les caractéristiques cliniques : il s'agit d'une infection fébrile caractérisée par une pneumopathie et des manifestations systémiques. Des infections inapparentes ou des états pseudo-grippaux d'intensité moyenne peuvent aussi survenir. Il convient de connaître l'existence de formes graves, soit du fait d'atteintes viscérales multiples associées, soit du fait d'une atteinte pulmonaire extensive responsable d'hypoxémie réfractaire [2, 3].

Le diagnostic biologique : il existe trois espèces du germe chlamydia, ce qui peut rendre délicat le diagnostic biologique de certaines infections [4 à 6].

→ *Chlamydia psittaci*, est l'espèce responsable de l'ornithose.

→ *Chlamydia pneumoniae*, récemment identifiée, est capable d'infecter les voies respiratoires de l'homme. Sa fréquence est attestée par de nombreuses études épidé-

D. PELLE-DUPORTE (*),
J.C. GENDRE (**)

(* Service Médical
Interentreprises de l'Anjou.
(**) Département Risques
professionnels - CRAM
des Pays de la Loire

(1) D'abord décrite chez les perroquets et les psittaciformes, d'où le nom psittacose, on appelle ornithose cette affection lorsqu'elle est transmise par d'autres oiseaux que les psittaciformes. On tend de plus en plus à utiliser la dénomination " chlamydie aviaire ".

INRS

Documents
pour le médecin
du travail
N° 85
1^{er} trimestre 2001

miologiques réalisées dans le monde, qui soulignent que 30 à 50 % de la population a rencontré ce germe [7 à 10].

→ *Chlamydia trachomatis*, agent du trachome, est reconnue aujourd'hui comme l'agent le plus fréquemment rencontré dans les maladies sexuellement transmissibles.

De nombreux tests permettent de rechercher les chlamydias ou leurs antigènes dans les produits pathologiques. Ils ne sont pas toujours de réalisation facile. Aussi la recherche des anticorps anti-chlamydias est-elle utile pour le diagnostic des infections génitales profondes et des pneumopathies [11, 13 à 15].

Cependant, l'interprétation des résultats peut être délicate en fonction de certaines méthodes choisies (réactions croisées entre les trois espèces) et de la prévalence élevée des anticorps anti-*Chlamydia trachomatis* et anti-*Chlamydia pneumoniae* dans la population (respectivement 30 à 40 % et 40 à 70 %) [5, 11, 14, 15].

Les critères de sélection des sérologies significativement positives d'ornithose sont les suivants :

→ une séro-conversion ou une augmentation de quatre fois du titre en anticorps anti-chlamydiens en RFC (fixation du complément) ou en IF (immunofluorescence) entre les deux prélèvements sériques ;

→ un taux élevé, supérieur ou égal à 32 en RFC ou 256 en IF pour l'un des deux prélèvements.

Le traitement : il repose sur l'antibiothérapie par cyclines ou macrolides.

La surveillance épidémiologique : l'ornithose n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en France et il n'y a pas de système permanent de surveillance épidémiologique de cette infection [16].

L'INFECTION EN MILIEU PROFESSIONNEL

La maladie a été décrite dans de nombreuses professions en contact avec des oiseaux. Les professions les plus exposées sont les éleveurs d'oiseaux ou de volailles, les personnels des abattoirs de volailles, les personnels de magasins d'oiseaux, les vétérinaires [16, 17]. Ce sont les activités favorisant le contact avec les fientes ou leurs aérosols qui comportent les risques de transmission les plus élevés ; c'est le cas en particulier en abattoir lors de l'accrochage des volailles [16].

L'ornithose est reconnue comme maladie professionnelle depuis 1988 (tableau n° 87 du régime général de la Sécurité sociale et tableau n° 52 du régime agricole).

Sont prises en charge les pneumopathies aiguës, les formes typhoïdiques avec troubles digestifs et états stuporeux, les formes neuro-méningées. Le délai de prise

en charge est de 21 jours. La liste des travaux susceptibles de provoquer ces maladies est limitative. Pour le régime général, ce sont les travaux exposant au contact avec des oiseaux, des volailles ou leurs déjections (travaux d'élevage et de vente des oiseaux, travaux de soins aux oiseaux dans les parcs zoologiques et ornithologiques, travaux d'élevage, vente, abattage, conservation des volailles) et les travaux de laboratoire comportant la manipulation des volailles et oiseaux, de leurs produits ou de leurs déjections.

Dans tous les cas, la maladie doit être confirmée par l'isolement du germe ou par un examen sérologique spécifique de *Chlamydia psittaci*.

Pour le régime général, 23 cas ont été reconnus comme maladie professionnelle de 1990 à 1998, tous dans la région des Pays de la Loire. Pour le régime agricole, le nombre de cas recensés chez les salariés agricoles est de 16 de 1990 à 1999. En revanche, Groupama, qui assure contre les accidents du travail et les maladies professionnelles environ les deux tiers des exploitants, rapporte 526 cas pour la même période [16]. Ceci laisse supposer une sous-déclaration de ces maladies professionnelles tant dans le régime général que dans le régime agricole.

2. Les deux épidémies

1^{er} épidémie, en 1990 [10, 18]

En avril 1990, à l'occasion de son passage dans une entreprise d'abattage de volailles de 100 salariés environ, le médecin du travail constate un absentéisme insolite : un quart du personnel de l'abattoir est absent ce jour là et trois salariés ont été hospitalisés la veille au Centre hospitalier universitaire (CHU).

Le médecin du travail contacte alors le CHU afin de savoir dans quel service sont hospitalisés les trois malades et d'informer les médecins de la nature de leur travail et de l'absentéisme inhabituel constaté dans l'entreprise. Ceci permet de discuter des pathologies pouvant être en rapport avec les conditions de travail et d'évoquer l'ornithose.

Ce diagnostic établi, le médecin du travail va coordonner une enquête diagnostique auprès de tous les salariés de l'entreprise : un bilan associant radiographies et sérologies, renouvelées 5 semaines plus tard, est pratiqué pour tout le personnel de l'entreprise

(abattoir et autres services), complété d'un interrogatoire (poste de travail, existence ou non de signes cliniques dans les jours précédant ces prélèvements biologiques).

Parallèlement, un contact est établi avec les salariés absents et les médecins généralistes du secteur géographique dans le mois suivant la découverte des cas initiaux afin de connaître la pathologie responsable de l'absentéisme et, au moindre doute, demander une radiographie pulmonaire ainsi qu'une sérologie afin de rechercher tous les salariés susceptibles d'être atteints. C'est ainsi que le diagnostic de pneumopathie aiguë a été porté chez deux employés de sexe masculin (33 ans et 35 ans) qui ont pu être traités à domicile.

Au total, six salariés ont été atteints d'une pneumopathie aiguë au cours de cette épidémie. Les cas cliniques des quatre patients qui ont été hospitalisés sont décrits dans l'*encadré 1*.

Chez les six malades atteints de pneumopathie aiguë, une hyperleucocytose (entre 9 000 et 18000) et une hépatite cytotytique sans ictère étaient constantes.

L'évolution a été rapidement favorable. La chute thermique s'est produite après 2 à 5 jours de traitement. La guérison a été constante, sans séquelle.

Douze autres malades ont été traités en ambulatoire. Ce groupe de sept femmes et cinq hommes (âge moyen 36 ans) a présenté des signes cliniques isolés ou associés sans signe radiologique (fièvre dans 80 % des cas, myalgies 70 %, céphalées 60 %, asthénie intense 50 %, toux 40 %, nausées 30 %, diarrhée 20 %, vomissements 20 %).

Les sérologies faites à tout le personnel ont permis de noter que six hommes travaillant à l'abattoir (âge moyen 27 ans) n'ont eu aucun symptôme mais une élévation significative du taux des anticorps.

Les 38 autres salariés de l'abattoir, ainsi que ceux des services annexes, sont restés indemnes cliniquement et sérologiquement.

ENCADRÉ 1

Les cas cliniques de la première épidémie

M. X..., 42 ans, présente une hyperthermie, des céphalées, des vomissements. Quatre jours plus tard, il est hospitalisé en raison d'une aggravation de son état général, malgré un traitement associant Aspégic® et Clamoxyl®. A son entrée à l'hôpital, la fièvre atteint 40,5 °C. Elle est accompagnée de toux, de frissons, de céphalées et de vomissements. La radiographie pulmonaire objective une pneumopathie du lobe inférieur gauche. ■

M. Y..., 49 ans, présente un syndrome fébrile (40 °C) accompagné de céphalées, de myalgies et de nausées. Deux jours plus tard, son état général s'aggrave malgré un traitement par Clamoxyl®. Il est hospitalisé. A son entrée, il est asthénique, avec une fièvre à 40 °C. La radiographie pulmonaire montre une pneumopathie (image de condensation de la pyramide basale gauche). ■

M. Z..., 40 ans, est hospitalisé en raison d'une fièvre à 40 °C accompagnée de toux, d'expectoration hémoptoïque, de céphalées et d'une sévère altération de l'état général. A son arrivée, la radiographie pulmonaire montre une pneumopathie de la base droite responsable d'une hypoxie initiale à 55 mmHg à l'air libre. ■

Mme W..., 35 ans, présente une violente douleur de l'hémithorax gauche accompagnée de frissons et d'une hyperthermie. Trois jours plus tard, elle est hospitalisée car son état général s'aggrave malgré un traitement associant Augmentin® et Aspégic®. A son arrivée la fièvre atteint 40,3 °C et un délire hallucinatoire est observé. Le cliché thoracique montre une pneumopathie lobaire inférieure gauche. ■

INRS

Documents
pour le médecin
du travail
N° 85
1^{er} trimestre 2001

2^e épidémie, en 1998

En juin 1998, le médecin du travail est informé qu'une salariée du même abattoir de volailles vient d'être hospitalisée pour pneumopathie.

Il recherche alors les noms de tous les salariés absents, ainsi que les noms de leurs médecins, afin de les contacter, pour qu'au moindre doute un traitement adapté leur soit prescrit (Rovamycine®).

Le mois suivant, il s'informe de toute nouvelle absence. C'est ainsi que trois autres salariés seront hospitalisés, une femme de 34 ans le 3 juillet, un homme de 55 ans les 5 juillet et un autre de 30 ans le 7 juillet. Deux autres hommes seront traités à leur domicile par leur médecin.

Les observations cliniques de ces six salariés atteints au cours de cette deuxième épidémie sont résumées dans l'*encadré II*.

ENCADRÉ II

Les cas cliniques de la seconde épidémie

Mme Q..., 55 ans, présente depuis 5 jours, une fièvre très élevée (environ 39,4 °C), associée à un syndrome pseudo-grippal, des céphalées et une toux sèche. Elle est hospitalisée le 30 juin, devant une aggravation de son état général. Elle a toujours une fièvre à 40 °C, une toux sèche. La radiographie montre un foyer parenchymateux sus-hilaire droit. Sur le plan biologique, il existe un syndrome inflammatoire, avec une CRP (C reactive protéine) à 179, sans hyperleucocytose, sans anomalie du bilan hépatique. Une antibiothérapie associant Clamoxyl® et Rovamycine® est instituée. L'apyrexie est alors obtenue en 3 jours, avec disparition des signes généraux. Elle quitte l'hôpital le 6 juillet avec un traitement antibiotique à poursuivre pendant une semaine. ■

Mme R..., 34 ans, présente depuis le 29 juin une fièvre à 39 °C, une toux sèche avec des céphalées, des douleurs lombaires et articulaires. Elle est mise sous Rovamycine® par son médecin qui l'adresse le 3 juillet à l'hôpital devant la persistance de la fièvre. A l'admission, elle est fébrile (39 °C), a une toux sèche, une petite polypnée de repos, des céphalées frontales d'allure pulsatile, majorées par la toux et le changement de position. Sur le plan biologique, on retrouve une hyperleucocytose à 13 000, avec une cytolysse hépatique. La radiographie pulmonaire montre un foyer alvéolaire de la base gauche. Le traitement antibiotique, associant Rovamycine® et Clamoxyl® permet d'obtenir l'apyrexie en 48 heures, et Mme R... quitte l'hôpital le 7 juillet. ■

M. S..., 30 ans, présente le 26 juin, des frissons, une toux sèche, mais ne consulte son médecin que le 7 juillet. Il est alors hospitalisé devant la suspicion d'ornithose. Il présente une importante asthénie, une température à 39,9 °C et une importante toux sèche. La radiographie thoracique montre un foyer alvéolaire très dense du lobe supérieur droit. Les gaz du sang montrent une hypoxie à 59 mmHg. La CRP est à 158. Un traitement par Clamoxyl® et Rovamycine® est prescrit. L'évolution sera simple avec apyrexie rapide, diminution du syndrome inflammatoire biologique et de l'hypoxie. Il sort de l'hôpital le 11 juillet. ■

M. T..., 55 ans, a depuis le 30 juin des nausées, des céphalées et une toux sèche. Le 5 juillet, il consulte son médecin devant l'apparition d'une fièvre à 40 °C. Il est alors hospitalisé. La radiographie pulmonaire objective une pneumopathie interstitielle gauche. Il est traité par Minocyne® et Clamoxyl®, et quitte l'hôpital le 13 juillet. ■

M. U..., 35 ans présente le 6 juillet, une asthénie, des nausées, une toux sèche et une fièvre à 40 °C. La radiographie objective une pneumopathie qui est traitée à domicile par son médecin d'emblée par Rovamycine®. ■

M. V..., 36 ans, présente le 3 juillet une toux sèche, une asthénie importante, une fièvre à 40 °C, des nausées. La radiographie objective une opacité alvéolaire de la partie moyenne du champ pulmonaire gauche. Son médecin institue un traitement à domicile par Rovamycine®. ■

DISCUSSION

Les syndromes cliniques observés chez les malades hospitalisés durant ces deux épidémies sont très homogènes : début plutôt brutal d'allure pneumonique avec importante poussée fébrile, toux tenace, sèche le plus souvent (une fois purulente et une fois hémoptoïque, dans la première épidémie). Il s'y associe des signes pseudo-grippaux comparables à ceux observés par Gernez-Rieux et coll. [19] dans 39 cas sur 41. L'examen clinique est sans caractéristiques particulières. On ne note pas de symptomatologie pseudo-typhoïdique, même si lors de la première épidémie, un cas de diarrhée avec obnubilation a été observé.

Sur le plan neurologique, on trouve, comme classiquement décrit, des céphalées intenses et dans un cas une obnubilation sans atteinte méningée ou encéphalitique dans l'épidémie de 1990. Des complications psychiatriques, comme le délire hallucinatoire décrit dans un des cas de la première épidémie, sont mentionnées dans la littérature [20].

Dans ces deux épidémies, l'isolement du germe n'a pas été réalisé. Les techniques de RFC et IF ont été utilisées dans l'épidémie de 1990, la RFC étant un test qui présente des réactions croisées entre les 3 espèces de chlamydias, l'IF étant une réaction plus sensible et plus spécifique. Dans cette épidémie de 1990, les six salariés porteurs d'une pneumopathie ont tous eu des sérologies d'ornithose significativement positives.

Dans l'épidémie de 1998, une forte séro-conversion a été observée chez un seul des malades. Mais ses sérums n'ont pas été traités dans le même laboratoire que ceux des cinq autres. Pour deux patients, il y a eu séro-conversion, mais les titres d'anticorps sont restés faibles. Le rôle d'un traitement antibiotique précoce qui aurait décapité la réponse immunitaire reste une possibilité. Un patient a présenté une séro-conversion avec présence d'IgM anti-*Chlamydia psittaci*, ce qui permet d'évoquer le diagnostic d'ornithose, bien que les titres d'anticorps soient demeurés faibles.

Les sujets malades travaillaient tous dans un abattoir de volailles. L'absence de cas à l'intérieur des familles dont un membre était malade, est un argument en faveur d'une contamination à partir d'une source commune à l'intérieur de l'entreprise.

Lors de l'épidémie de 1990, des poulets et des canards étaient abattus à cette période de l'année dans l'entreprise. La plupart des salariés transitant d'un abattoir à l'autre, il était difficile d'affirmer que c'était un lot de volailles plutôt qu'un autre qui avait été

responsable de cette épidémie. C'est l'étude des postes de travail des salariés contaminés qui a permis d'orienter les recherches.

Aucun ouvrier travaillant en dehors de l'abattoir n'a été contaminé. Un seul des 6 chauffeurs chargés du transport des volailles des élevages à l'abattoir a eu une sérologie positive au cours d'une pneumopathie. Deux employés du service maintenance ont été malades, l'un d'entre eux a eu une pneumopathie, l'autre un syndrome pseudo-grippal. Un salarié venu exceptionnellement travailler deux heures au poste de plumage a eu une pneumopathie.

Le vétérinaire attaché à l'entreprise a été chargé par le médecin du travail de contacter par téléphone tous les éleveurs chez qui s'était rendu le chauffeur contaminé pendant le mois précédant les premiers symptômes de sa maladie. Il a été retrouvé un seul couple d'éleveurs (élevage de canards) ayant eu un syndrome pseudo-grippal. Les sérologies n'ont malheureusement pas été réalisées chez ce couple. Les médecins de la Mutualité sociale agricole (MSA) ont été informés par le médecin du travail.

Lors de l'épidémie de 1998, seul des salariés travaillant à l'abattoir de canards ont été malades.

Lors de l'épidémie de 1990, les résultats sérologiques ont été donnés aux salariés individuellement lors des visites médicales, afin de leur fournir une information et faire la synthèse sur les signes fonctionnels ressentis. Les 18 salariés ayant présenté des signes cliniques ont été reconnus en maladie professionnelle. En 1998, les six malades ont été déclarés et reconnus eux aussi en maladie professionnelle.

3. Quelle prévention ?

Jusqu'à l'année 1938, la maladie n'avait été connue que par ses épidémies extensives et mortelles parties des oiseries gravement infectées d'Amérique du Sud. La stricte réglementation frappant l'importation des oiseaux exotiques en avait assuré la prophylaxie en Europe.

Plus récemment, les pigeons étaient, du moins en France, devenus les vecteurs essentiels de formes sporadiques plus bénignes. Actuellement, les oiseaux de basse-cour représentent les réservoirs de *Chlamydia psittaci* les plus souvent observés [2, 3].

De 1993 à 2000, 69 observations de pneumopathie à *Chlamydia psittaci* ont été recensées au Centre hospitalier de Cholet ; à l'exception de deux cas, toutes étaient survenues chez des salariés travaillant au contact de canards vivants (élevage ou abattoir) [16].

La maladie aviaire est actuellement très présente, en particulier dans les élevages de l'Ouest de la France [17] et de nombreux salariés sont susceptibles d'être exposés dans la filière avicole.

Les pneumopathies à *Chlamydia psittaci* ne représentent-elles pas actuellement une pathologie émergente en milieu professionnel ? Certaines analyses vont dans ce sens [21] et posent le problème du renforcement de la prévention.

Pour protéger le plus efficacement les salariés de la filière avicole, il faudrait pouvoir agir sur le réservoir animal dans les élevages. Mais cette prophylaxie s'avère particulièrement difficile en raison de la fréquence de l'infection latente des volailles et du fait des oiseaux sauvages qui constituent un réservoir incontrôlable, source d'infection pour les élevages [17]. Par ailleurs, la chlamydiose aviaire n'est pas inscrite dans la nomenclature des maladies animales à déclaration obligatoire, ce qui ne facilite pas les interventions vétérinaires dans les élevages infectés [17]. Cependant des mesures d'hygiène rigoureuse dans les élevages devraient contribuer à la réduction du risque : protection de la nourriture pour éviter l'accès des oiseaux sauvages afin qu'elle ne devienne pas un vecteur de contamination, nettoyage soigneux de tous les équipements (*Chlamydia psittaci* étant capable de survivre plus de 30 jours dans les fèces desséchés et les litières) [1, 22]. Ces mesures doivent permettre l'élimination des matières virulentes sans que soient constitués de dangereux aérosols [16].

Lors du ramassage et à l'abattoir, il faudrait pouvoir limiter l'agitation des volailles, facteur de dispersion d'aérosols. Une bonne ventilation des premiers postes de la chaîne d'abattage (réception, accrochage et saignée) devrait contribuer à réduire la charge infectieuse en cas de lot contaminé. Pour fixer les poussières et diminuer ainsi l'empoussièrement de ces premiers postes, on pourrait envisager l'humidification des surfaces de travail, sous réserve de ne pas introduire un

risque de glissade sur le sol. Si le port systématique d'une protection respiratoire à ce type de poste de travail paraît difficilement acceptable par les salariés, il doit cependant être recommandé devant tout lot de volailles suspect [16, 22]. Il faut rappeler également l'importance d'une bonne hygiène individuelle.

Devant ces difficultés de la prévention primaire, il est particulièrement important que les salariés connaissent le risque d'ornithose et les premiers symptômes de la maladie afin qu'ils sachent informer leur médecin traitant de ce risque professionnel en cas de survenue de symptômes évocateurs (fièvre, toux, pneumopathie). Dans les régions avicoles, en particulier dans les régions où la maladie aviaire est très présente, il est essentiel que l'ensemble des médecins soient bien informés, afin que le diagnostic soit évoqué précocement et qu'un traitement antibiotique adapté soit institué rapidement. C'est dire le rôle d'information du médecin du travail vis-à-vis non seulement des salariés, mais aussi de ses confrères susceptibles de prendre en charge des salariés malades, rôle particulièrement important en période d'épidémie.

Ce travail illustre bien le rôle d'information que peut jouer le médecin du travail dans de telles circonstances. C'est en effet le seul médecin qui peut pénétrer dans les entreprises et qui, de par ses rapports privilégiés avec les salariés et le personnel d'encadrement, peut faire la synthèse d'une telle épidémie. Il est aussi le seul capable d'informer les médecins hospitaliers et les médecins traitants sur les conditions de travail, ces renseignements pouvant orienter rapidement le diagnostic.

Enfin, pour faire progresser la prévention, il serait nécessaire de mieux connaître la situation épidémiologique professionnelle. Une enquête est mise en place par la Mutualité sociale agricole (voir [annexe I](#)). En ce qui concerne les salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale, il n'est pas actuellement envisagé de réaliser une telle enquête. Néanmoins, la vigilance s'impose et l'INRS, dans un objectif de prévention serait intéressé par le signalement (respectant l'anonymat du salarié et de l'entreprise) des cas observés par des médecins du travail afin de les enregistrer dans son système de vigilance industrielle (voir [fiche en annexe II](#)).

Bibliographie

- [1] ANDERSEN A.A., VANROMPAY D. - Avian chlamydiosis. *Revue Scientifique et Technique de l'Office Internationale des Epizooties*, 2000, 19, 2, pp. 396-404.
- [2] RAGNAULT J.M., BROTTIER E., DUPON E. ET COLL. - Devant une pneumopathie d'allure atypique, ornithose ou infection à *Mycoplasma pneumoniae* ? *Revue de Pneumologie Clinique*, 1986, 43, p. 21.
- [3] RAGNAULT J.M., DUPON M., ECHINARD E. ET COLL. - Aspects actuels des infections à *Chlamydia psittaci*. A propos de 32 observations. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 1985, 15, pp. 706-713.
- [4] EB F. - Diagnostic biologique des infections à *Chlamydia*. *La Lettre de l'Infectiologue, de la Microbiologie à la Clinique*, 1992, VII, 3.
- [5] FUENTES V., BISSAC E., CORBEL C., HAIDER F., LEFEBVRE J.F., ORFILA J. - Enzyme-linked immunosorbent assay (Elisa) : application à la recherche d'anticorps anti-*Chlamydia*. *Journal of Biological Standardization*, 1982, 10, pp. 303-309.
- [6] SCHACHTER J. - Chlamydial infections. *The New England Journal of Medicine*, 1978, 298, pp. 428-435, 490-495, pp. 540-549.
- [7] EB F., ORFILA J., CORBEL C. - Diagnostic des infections respiratoires dues aux souches TWAR (*Chlamydia pneumoniae*) et prévalence des anticorps anti-TWAR. *Etude de 210 sérums*. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 1989, 19, pp. 430-434.
- [8] FRYDEN A. ET COLL. - A clinical and epidemiological study of ornithosis caused by *Chlamydia psittaci* and *Chlamydia pneumoniae* (strain TWAR). *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 1989, 21, pp. 681-691.
- [9] GRAYSTON J.T., WANG S.P., KUO C.C., CAMPBELL L.A. - Current knowledge on *Chlamydia pneumoniae* strain TWAR, an important cause of pneumonia and other acute respiratory diseases. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 1989, 8, 3, pp. 191-202.
- [10] PELLE-DUPORTÉ D., KOUYOUMDJIAN S. ET COLL. - Une épidémie d'ornithose dans un abattoir de volailles. *Archives des Maladies Professionnelles*, 1996, 57, 1, pp. 51-54.
- [11] ORFILA J. - Sérologie chlamydienne. Limite et intérêt en pratique courante. *Technique et Biologie*, 1990, 5, pp. 141-144.
- [12] PUY H., FUENTES V., EB F., ORFILA J. - Caractères biochimiques et structure antigénique des *Chlamydia*. *Annales de Biologie Clinique*, 1989, 47, pp. 485-491.
- [13] EB F. - Diagnostic sérologique des infections à *Chlamydia*. Principe et intérêt de la microméthode en immunofluorescence. *Revue Internationale du Trachome*, 1982, 2-3, pp. 71-84.
- [14] WANG S.P., GRAYSTON J.T. - Micro-immunofluorescence serological studies with the TWAR organism. In : Oriol D. et al. edit. - *Chlamydial Infections*. Amsterdam, Elsevier Biomedical Press, 1986, pp. 329-332.
- [15] ORFILA J. - Fiabilité des différentes méthodes de diagnostic des infections à *Chlamydia*. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 1983, 13, pp. 581-586.
- [16] ABADIA G., SALL N'DIAYE P., MASSON P. ET COLL. - Les chlamydioses d'origine aviaire - Maladies professionnelles. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 2001, suppl. 2, pp. 226-232.
- [17] GANIERE J.P., RUVOEN N., ANDRÉ-FONTAINE G. - Les zoonoses infectieuses des animaux de rente. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 2001, suppl. 2, pp. 143-158.
- [18] GOUPIL F., PELLE-DUPORTÉ D. ET COLL. - Pneumopathies sévères d'allure pneumonique au cours d'une épidémie d'ornithose. *La Presse Médicale*, 1998, 27, 22, pp. 1084-1088.
- [19] GERNEZ-RIEUX C., VOISIN C., LEBLOIS J.L. - Ornithose broncho-pulmonaire : Etude clinique radiologique et bronchologique de 41 cas observés dans la région Nord. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1958, 48, pp. 2397-2405.
- [20] DOMART A., NENNA A., HAZARD J., DAGUET G. - Les manifestations neurologiques de l'ornithose. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1959, 31, pp. 2166-2174.
- [21] SCHVOERER C. - La psittacose : une pathologie émergente en milieu professionnel ? *Médecine et Maladies Infectieuses*, 2001, suppl. 2, pp. 217-225.
- [22] COMMITTEE OF THE NATIONAL ASSOCIATION OF STATE PUBLIC HEALTH VETERINARIANS - Compendium of measures to control *Chlamydia psittaci* infection among humans (psittacosis) and pet birds (avian chlamydiosis), 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49, suppl. RR8, pp. 3-17.

Une enquête de la Mutualité sociale agricole

En matière d'ornithose, les données épidémiologiques françaises sont peu nombreuses, notamment en milieu professionnel où sont rapportés essentiellement de petites épidémies ou des recensements de cas [16].

C'est pourquoi la Mutualité sociale agricole (MSA), dans le cadre de son réseau de zoonosurveillance, met actuellement en place une enquête auprès des professionnels de la filière avicole (de l'élevage à l'abattage) grâce aux services de médecine du travail, de contrôle médical et de prévention des risques professionnels des caisses de MSA des régions de Bretagne et des Pays de la Loire.

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective de séroprévalence sur la population salariée du secteur avicole, considérée comme à risque maximal d'exposition, dans l'Ouest de la France où l'activité avicole est particulièrement intense. Les salariés travaillant dans ce secteur (quelle que soit l'espèce de volaille élevée ou abattue), ayant eu un arrêt de travail supérieur à 5 jours durant l'année 2000 et ayant été traités pour une infection et/ou une atteinte respiratoire, seront convoqués en 2001 par leur médecin du travail dans le cadre d'une surveillance médicale spéciale « risques biologiques ». Ces derniers rempliront un questionnaire précisant les symptômes cliniques contemporains de l'arrêt de travail et les caractéristiques du poste de travail. Une sérologie sera proposée dès lors qu'une fièvre élevée était présente lors de l'arrêt de travail. Toutes les sérologies seront réalisées par le laboratoire de microbiologie de l'hôpital de Cholet qui a l'expérience de la technique d'immunofluorescence *Chlamydia psittaci*, méthode de

référence reconnue par les Centers for Disease Control (CDC) [22] ; une sérologie *Chlamydia trachomatis* sera effectuée pour évaluer les sérologies croisées. Une sérologie sera considérée comme positive pour un titre supérieur ou égal à 64. Les résultats devraient être disponibles au cours du 1^{er} semestre 2002.

L'amélioration de la connaissance de l'ornithose dans ces régions permet d'espérer un diagnostic plus efficace, et donc plus précoce, et un traitement antibiotique adapté pour réduire le nombre de complications de cette infection.

La mise en place d'actions d'information vis-à-vis des médecins, des préventeurs et des professionnels exposés, l'étude de mesures de prévention efficaces pour l'homme, la collaboration avec les services vétérinaires pour l'établissement des mesures de lutte sont les perspectives d'action envisagées à l'issue des résultats de cette étude.

Pour plus de renseignements sur cette enquête :

Docteur Geneviève Abadia,

CCMSA - SDRP

Les Mercuriens

40, rue Jean-Jaurès

93 547 Bagnolet cedex

tél. : 01 41 63 77 96

fax : 01 41 63 83 83

mail : abadia.genevieve@ccmsa.msa.fr

FICHE DE VIGILANCE INDUSTRIELLE

RISQUES BIOLOGIQUES

Pour l'exploitation de ces signalements, notamment pour dépister des doublons éventuels, les renseignements suivants sont indispensables :

▶ **Nom, adresse et téléphone du médecin effectuant le signalement**

.....
.....
.....

▶ Date du signalement :

▶ Entreprise (code postal uniquement) :

▶ Activité de l'entreprise :

▶ Salarié (7 premiers chiffres de son n° d'identification national) : ___ / ___ / ___ / ___ /

▶ Poste de travail occupé :

- titre :

- tâches effectuées :

▶ Date et description sommaire de l'épisode infectieux

-
-
-
-
-
-

▶ Dates et résultat de la ou des sérologie(s)

-
-

▶ Evolution (guérison, séquelles, récurrence, décès)

-
-

▶ Déclaration en maladie professionnelle

Oui

Non

FICHE À RETOURNER À

Mme le docteur Colette Le Bâcle, Département EAM,

INRS, 30 rue Olivier Noyer 75680 Paris cedex 14

Tél. : 01 40 44 31 17

Fax : 01 40 44 14 15

e-mail : colette.lebacle@inrs.fr

