

Régime général tableau 87

Ornithose-psittacose

Tableaux équivalents : RA 52

Date de création : Décret du 06/05/1988 | Dernière mise à jour :

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
Pneumopathie aiguë.	21 jours	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 parc zoologiques et ornithologiques ; - Travaux d'élevage, vente, abattage, conservation des volailles ; Travaux de laboratoire comportant la manipulation des volailles et oiseaux, de leurs produits ou de leurs déjections.
Formes typhoïdes avec troubles digestifs et états stuporeux.	21 jours	
Formes neuroméningées.	21 jours	
Dans tous les cas, la maladie doit être confirmée par l'isolement du germe ou par un examen sérologique spécifique de <i>Chlamydia-psittaci</i> .		

Historique (Août 2018)

Décret n° 88-575 du 06/05/1988. JO du 07/05/1988.

Ornithose – psittacose

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Pneumopathie aiguë.	21 jours	Liste limitative des travaux exposant au contact avec des oiseaux, des volailles ou leurs déjections :
Formes typhoïdes avec troubles digestifs et états stuporeux	21 jours	- travaux d'élevage et de vente des oiseaux,
Formes neuro-méningées. Dans tous les cas la maladie doit être confirmée par l'isolement du germe ou par un examen sérologique spécifique de chlamydia-psittaci	21 jours	- travaux de soins aux oiseaux dans les parcs zoologiques et ornithologiques, - travaux d'élevage, vente, abattage, conservation de volailles. Travaux de laboratoire comportant les manipulations de volailles et d'oiseaux, de leurs produits ou de leurs déjections

Données statistiques (Août 2018)

ANNÉE	NBRE DE MP RECONNUES	NBRE DE SALARIÉS
1991	0	14 559 675
1992	1	14 440 402
1993	3	14 139 929
1994	2	14 278 686
1995	5	14 499 318
1996	2	14 473 759
1997	4	14 504 119
1998	9	15 162 106
1999	5	15 803 680
2000	8	16 868 914
2001	5	17 233 914
2002	7	17 673 670
2003	8	17 632 798
2004	15	17 523 982
2005	7	17 878 256
2006	7	17 786 989
2007	5	18 263 645
2008 *	4	18 866 048
2009	3	18 458 838
2010	0	18 541 613
2011	2	18 834 575
2012	2	18 632 122
2013	0	18 644 604
2014	2	18 604 198
2015	0	18 449 720
2016	2	18 529 736

* Jusqu'en 2007 les chiffres indiqués sont ceux correspondant au nombre de maladies professionnelles reconnues dans l'année indépendamment de tout aspect financier. A partir de 2008, les chiffres indiqués correspondent aux maladies professionnelles reconnues et ayant entraîné un premier versement financier de la part de la Sécurité sociale (soit indemnités journalières soit premier versement de la rente ou du capital).

Nuisance (Décembre 2010)

Dénomination et champ couvert

L'agent responsable est une bactérie intra cellulaire appelée *chlamydia psittaci*, aujourd'hui reclassée dans le genre *chlamydophyla*. Cette bactérie infecte de nombreuses espèces animales, oiseaux et mammifères. Elle est classée dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes.

L'entité clinique la plus importante en France est la chlamydie aviaire due à *chlamydophyla psittaci*. La chlamydie aviaire affecte de nombreuses espèces aviaires domestiques et sauvages, les oiseaux sauvages constituant d'ailleurs un vaste réservoir et une source d'infection pour les oiseaux d'élevage.

L'infection animale, très répandue, est généralement inapparente : la bactérie se multiplie en particulier dans le tube digestif et les corps élémentaires sont excrétés dans les fientes. Présentes sur le plumage, les particules virulentes sont aisément mises en suspension dans l'air, favorisant une transmission par voie respiratoire. Certains facteurs, (stress, maladies sous-jacentes) en réduisant les défenses immunitaires des oiseaux, favorisent le développement des formes cliniques définies autrefois sous le nom de psittacose chez les psittacidés ou ornithose chez les autres oiseaux.

Cette infection peut prendre chez les oiseaux des aspects très divers : diarrhée profuse, somnolence, anorexie, atteintes respiratoires avec jetage nasal gonflement du plumage. Les formes asymptomatiques sont les plus fréquentes.

Mode de contamination

L'homme est un hôte accidentel. Il peut se contaminer auprès des oiseaux malades ou porteurs sains le plus souvent par voie aérienne : sécrétions nasales, oculaires et surtout les fientes fraîches ou desséchées qui souillent le plumage et se dispersent dans l'air sous forme d'aérosol. Les cas d'affection chez l'homme surviennent de façon sporadique ou par foyer épidémique.

On ne connaît pas d'infection secondaire à la consommation de volailles.

Principales professions exposées et principales tâches concernées (Décembre 2010)

L'ornithose concerne les travaux mettant en contact avec des oiseaux contaminés. Sont exposés :

- Les éleveurs de volailles,
- Les employés d'animaleries,
- Les salariés affectés aux travaux de soins aux oiseaux dans les parcs zoologiques et ornithologiques,
- Le personnel des abattoirs de volailles, (abattage de volailles uniquement, les salariés travaillant au conditionnement et à la découpe ne sont pas concernés ; les salariés les plus exposés sont ceux qui travaillent au transport, au ramassage, à l'accrochage, au plumage, au saignage et à l'éviscération.)
- Le personnel de nettoyage des abattoirs.

Les travaux de laboratoire comportant la manipulation des volailles et oiseaux, de leurs produits ou de leurs déjections.

Description clinique de la maladie indemnisable (Décembre 2010)

L'ornithose n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. Il n'y a pas, actuellement en France, de système de surveillance permanent de cette infection. Plusieurs épisodes épidémiques d'infections à *C. psittaci*, ayant concerné les personnels de la filière avicole (abattoirs de volailles), ont eu lieu dans les régions Bretagne et Pays de la Loire de 1990 à 1999.

Aux Etats-Unis, où l'ornithose est à déclaration obligatoire, les Centers for Disease Control (CDC) ont recensés 1 132 cas entre 1985 et 1995, 813 cas de 1988 à 1998. L'exposition aux oiseaux de compagnie représentait 70 % des cas.

Au Danemark la psittacose est une maladie à déclaration obligatoire. De septembre 1995 à décembre 1998, 57 cas ont été notifiés, 25 malades ont été hospitalisés et 2 sont décédés. 9 cas étaient d'origine professionnelle (magasins d'animaux de compagnie, abattoirs de volailles, élevages de canards).

L'incubation de la maladie varie entre cinq et quinze jours, parfois au-delà. Le début peut être brutal ou insidieux. Les manifestations cliniques sont polymorphes, liées à la pathogénie, puisque *Chlamydia psittaci* produit une véritable maladie systémique chez l'homme. En effet, après pénétration par les voies aériennes supérieures, le germe est transporté vers le foie et la rate par le système réticulo-endothélial. Il s'y multiplie avant de gagner le parenchyme pulmonaire ou d'autres organes par voie hémotogène.

I. Pneumopathie aiguë

Définition de la maladie

Il s'agit d'une pneumopathie atypique. L'affection peut débuter brutalement par de grands frissons et une fièvre élevée parfois jusqu'à 40°C mais le début est souvent plus progressif avec montée de la température et malaise général 3 - 4 jours. Les patients se plaignent fréquemment de céphalées rétro-orbitaires.

Diagnostic

Des signes pulmonaires souvent frustes, parfois limités à une simple toux sèche. Cette toux sèche et pénible est caractéristique de la psittacose. Habituellement non productive, elle peut parfois ramener des crachats muqueux ou sanglants. Elle peut apparaître tôt au début de la maladie ou au cinquième jour de fièvre. Une douleur thoracique d'épanchement pleural est inhabituelle.

La plupart des patients ont un rythme respiratoire normal ou à peine augmenté ; une dyspnée sévère avec cyanose survient seulement dans les formes sévères avec atteinte pulmonaire étendue. Dans la psittacose, comme dans les pneumopathies non bactériennes, les signes physiques de pneumopathie sont moins nets que ne le feraient croire les signes fonctionnels et radiologiques. L'examen initial peut montrer de fins râles sibilants mais on peut ne déceler aucun signe de pneumopathie. Habituellement, les râles deviennent plus nombreux et plus audibles lorsque l'affection progresse.

La radiographie pulmonaire de la psittacose simule une grande variété de pneumopathies. Les lésions sont habituellement micro-nodulaires, mais peuvent être floues, diffuses, homogènes, lobaires atelectasiques, cunéiformes nodulaires ou miliaires.

La leucocytose est normale ou modérément abaissée à la phase aiguë de l'affection et peut remonter lors de la convalescence.

L'agent est présent dans le sang à la phase aiguë de la maladie et dans les sécrétions bronchiques pendant des semaines, voire des années après la maladie, mais il est souvent difficile de l'isoler. Il est plus facile de suivre l'augmentation du titre des anticorps.

La sérologie consiste en la mise en évidence des anticorps circulants. La technique retenue est une technique par immunofluorescence en phase solide qui permet de différencier les anticorps de la classe IgG et de la classe IgM. Des corps élémentaires purifiés de *Chlamydia psittaci* sont utilisés comme antigènes et fixés sur les puits d'une lame. La limite de positivité est de 64 pour les IgG et 16 pour les IgM.

La présence concomitante des IgG et des IgM est en faveur d'une infection primaire.

Une cicatrice sérologique ou infection ancienne se traduit par des titres d'IgG de l'ordre de 64.

Un titre d'IgG supérieur à 128 témoigne le plus souvent d'une infection active.

Dans l'interprétation des résultats, il faut prendre en compte les réactions croisées possibles avec les autres espèces de *Chlamydia* et toutes les données cliniques, biologiques et épidémiologiques.

Un test sérologique unique peut ne pas être concluant et pour établir un diagnostic final, un second prélèvement pratiqué 14 à 20 jours plus tard est fortement conseillé.

Evolution

L'amélioration se fait dans les 24 heures qui suivent l'instauration du traitement. Sans traitement, l'évolution vers le décès se fait dans 20 % des cas, alors qu'avec le traitement la mortalité n'est que de 1 %. La gravité est liée à la durée d'évolution sans traitement adapté, les formes sévères évoluant depuis plus de sept jours, conduisent à une hospitalisation en réanimation.

Traitement

Les tétracyclines sont un traitement toujours efficace. La défervescence et l'atténuation des symptômes surviennent dans les 24 à 48 heures qui suivent l'institution du traitement. Pour éviter les rechutes, il faut le prolonger au moins 7 jours après l'apyrexie. Les macrolides sont également un traitement constamment efficace.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition

Ce sont ceux qui mettent en contact avec les fientes d'oiseaux malades.

II. Formes typhoïdes et états stuporeux

Définition de la maladie

Plus rares que la pneumopathie. L'affection peut débuter brutalement par de grands frissons et une fièvre élevée parfois jusqu'à 40°C mais le début est souvent plus progressif avec montée de la température et malaise général 3 - 4 jours.

Diagnostic

Douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée. Constipation et distension abdominale sont parfois une complication tardive.

L'ictère dû à une atteinte hépatique sévère est rare et de sombre pronostic. Une éruption cutanée maculeuse, pâle (taches de Horder) et ressemblant aux taches rosées de la typhoïde a été décrite. Malgré l'hépatomégalie, les tests hépatiques sont généralement normaux.

L'agent est présent dans le sang à la phase aiguë de la maladie et dans les sécrétions bronchiques pendant des semaines, voire des années après la maladie, mais il est souvent difficile de l'isoler. Il est plus facile de suivre l'augmentation du titre des anticorps.

La sérologie consiste en la mise en évidence des anticorps circulants. La technique retenue est une technique par immunofluorescence en phase solide qui permet de différencier les anticorps de la classe IgG et de la classe IgM. Des corps élémentaires purifiés de *Chlamydia psittaci* sont utilisés comme antigènes et fixés sur les puits d'une lame.

La limite de positivité est de 64 pour les IgG et 16 pour les IgM.

La présence concomitante des IgG et des IgM sont en faveur d'une infection primaire.

Une cicatrice sérologique ou infection ancienne se traduit par des titres d'IgG de l'ordre de 64.

Un titre d'IgG supérieur à 128 témoigne le plus souvent d'une infection active.

Dans l'interprétation des résultats il faut prendre en compte les réactions croisées possibles avec les autres espèces de *Chlamydia* et de toutes les données cliniques, biologiques et épidémiologiques.

Un test sérologique unique peut ne pas être concluant et pour établir un diagnostic final, un second prélèvement pratiqué 14 à 20 jours plus tard est fortement conseillé.

Evolution

Avec le traitement, l'amélioration se fait dans les 24 heures qui suivent. Sans traitement, la mort survient dans 20 % des cas, alors qu'avec le traitement la mortalité n'est que de 1 %. La gravité est liée à la durée d'évolution sans traitement adapté, les formes sévères évoluant depuis plus de sept jours, conduisent à une hospitalisation en réanimation.

Traitement

Les tétracyclines sont un traitement toujours efficace. La défervescence et l'atténuation des symptômes surviennent dans les 24 à 48 heures qui suivent l'institution du traitement. Pour éviter les rechutes, il faut le prolonger au moins 7 jours après l'apyrexie. Les macrolides sont également un traitement constamment efficace.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition

Ce sont ceux qui mettent en contact avec les fientes d'oiseaux malades.

III. Formes neuroméningées

Définition de la maladie

La maladie peut faire évoquer une méningite ou une pathologie neurologique. L'affection peut débiter brutalement par de grands frissons et une fièvre élevée parfois jusqu'à 40 °C, mais le début est souvent plus progressif avec montée de la température et malaise général 3 - 4 jours.

Diagnostic

La céphalée est un signe majeur, habituellement diffuse, c'est d'elle dont se plaint le plus le malade. La contraction et la raideur des muscles du tronc et du cou peuvent évoquer une méningite. Il peut y avoir une léthargie, chute du tonus intellectuel, agitation, insomnie, désorientation. A la fin de la première semaine, dans les formes sévères, on peut voir un delirium ou un état de stupeur pouvant aller jusqu'au coma. Le diagnostic peut être alors difficile à poser. Le liquide céphalo rachidien contient parfois quelques cellules macronuclées. Il est normal le plus souvent.

L'agent est présent dans le sang à la phase aiguë de la maladie et dans les sécrétions bronchiques pendant des semaines, voire des années après la maladie, mais il est souvent difficile de l'isoler. Il est plus facile de suivre l'augmentation du titre des anticorps.

La sérologie consiste en la mise en évidence des anticorps circulants. La technique retenue est une technique par immunofluorescence en phase solide qui permet de différencier les anticorps de la classe IgG et de la classe IgM. Des corps élémentaires purifiés de *Chlamydia psittaci* sont utilisés comme antigènes et fixés sur les puits d'une lame.

La limite de positivité est de 64 pour les IgG et 16 pour les IgM.

La présence concomitante des IgG et des IgM sont en faveur d'une infection primaire.

Une cicatrice sérologique ou infection ancienne se traduit par des titres d'IgG de l'ordre de 64.

Un titre d'IgG supérieur à 128 témoigne le plus souvent d'une infection active.

Dans l'interprétation des résultats il faut prendre en compte les réactions croisées possibles avec les autres espèces de *Chlamydia* et de toutes les données cliniques, biologiques et épidémiologiques.

Un test sérologique unique peut ne pas être concluant et pour établir un diagnostic final, un second prélèvement pratiqué 14 à 20 jours plus tard est fortement conseillé.

Evolution

L'amélioration se fait dans les 24 heures qui suivent l'instauration du traitement. Sans traitement, la mort survient dans 20 % des cas, alors qu'avec le traitement la mortalité n'est que de 1 %.

Traitement

Les tétracyclines sont un traitement toujours efficace. La défervescence et l'atténuation des symptômes surviennent dans les 24 à 48 heures qui suivent l'institution du traitement. Pour éviter les rechutes, il faut le prolonger au moins 7 jours après l'apyrexie. Les macrolides sont également un traitement constamment efficace.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition

Ce sont ceux qui mettent en contact avec les fientes d'oiseaux malades.

Critères de reconnaissance (Avril 2010)

I. Pneumopathie**a) Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

Pneumopathie aiguë.

(...)

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

Exigences légales associées à cet intitulé

Il est nécessaire d'apporter la preuve que l'infection est bien due à *Chlamydia-psittaci* soit en isolant le germe soit par titrage des anticorps spécifiques.

b) Critères administratifs**Délai de prise en charge**

21 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

II. Formes typhoïdes**a) Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

Formes typhoïdes avec troubles digestifs et états stuporeux.

(...)

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

Exigences légales associées à cet intitulé

Il est nécessaire d'apporter la preuve que l'infection est bien due à *Chlamydia-psittaci* soit en isolant le germe soit par titrage des anticorps spécifiques.

b) Critères administratifs**Délai de prise en charge**

21 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

III. Formes neuroméningées**a) Critères médicaux****Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

Formes neuroméningées.

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

Exigences légales associées à cet intitulé

Il est nécessaire d'apporter la preuve que l'infection est bien due à *Chlamydia-psittaci* soit en isolant le germe soit par titrage des anticorps spécifiques.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

21 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Eléments de prévention technique (Décembre 2010)

Contrôle à l'importation (importation interdite pour les psittacidés sauf dérogations particulières).

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 du fait 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. Par ailleurs, la chlamydie aviaire n'est pas inscrite dans la nomenclature des maladies déclarées contagieuses, ce qui ne facilite pas les interventions vétérinaires dans les élevages infectés. Cependant, des mesures d'hygiène rigoureuses 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 fientes desséchées et les litières).

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'empoussièrisme 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. 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 des confrères susceptibles de prendre en charge des salariés malades, rôle particulièrement important en période d'épidémie.

Pour les personnels de laboratoire, les manipulations de souches de *chlamydia psittaci* doivent répondre aux obligations réglementaires de confinement liées au classement en groupe 3 des agents biologiques pathogènes de cette bactérie. Ces manipulations doivent être effectuées sous poste de sécurité micro biologique pour protéger le manipulateur de la diffusion d'aérosols.

Eléments de prévention médicale (Août 2018)

I. Cadre légal

Il ne s'agit pas d'une maladie à déclaration obligatoire.

Il existe un centre national de référence pour les chlamydia :

Laboratoire de bactériologie, groupe hospitalier Pellegrin, Bordeaux¹

¹ <http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux.fr/>

II. Examen médical initial

Devant les 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 des confrères susceptibles de prendre en charge des salariés malades, rôle particulièrement important en période d'épidémie.

III. Examen médical périodique

La visite est l'occasion de rappeler au salarié les conseils de prévention.

IV. Cas particulier du maintien dans l'emploi du salarié porteur d'une maladie professionnelle

En cas de maladie déclarée, le médecin du travail devra voir l'ensemble des salariés exposés au même risque et s'assurer que les salariés de l'entreprise sont bien informés sur les symptômes de la maladie afin de pouvoir informer leur médecin traitant. Il ne s'agit pas d'une maladie immunisante, mais il ne semble pas qu'il y ait des raisons de formuler une inaptitude médicale chez un salarié ayant eu dans le passé une ornithose.

Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés) (Avril 2010)

I. Reconnaissance des maladies professionnelles

a) Textes généraux

Code de la sécurité sociale, Livre IV, titre VI : Dispositions concernant les maladies professionnelles

- partie législative : articles L. 461-1 à L. 461-8 ;
- décrets en Conseil d'État : articles R. 461-1 à R. 461-9 et tableaux annexés à l'article R. 461-3 ;
- décrets simples : D. 461-1 à D. 461-38.

b) liste des textes ayant porté création ou modification du tableau n°87

- Création : décret 88-575 du 6 mai 1988.

II. Prévention des maladies visées par le tableau n°87

NB : La liste des textes ci-dessous proposée ne constitue pas une liste exhaustive des textes applicables lors des différents travaux énumérés dans le tableau. Sont seuls référencés les textes relatifs à la prévention des maladies visées au tableau n° 87, à l'exclusion des textes destinés à prévenir d'autres risques liés à ces travaux.

a) Textes généraux

Code du travail, Partie IV, Santé et Sécurité au travail, et notamment

- Partie législative
- articles L. 4121-1 à L. 4121-5 : principes généraux de prévention,
- articles L. 4141-1 à L. 4141-4 : formation à la sécurité (principe général).
- Partie réglementaire
- articles R. 4121-1 à R. 4121-4 : document unique et évaluation des risques,
- articles R. 4141-1 à R. 4141-10 : formation à la sécurité (objet et organisation de la formation),
- articles R. 4222-1 à R. 4222-26 : aération et assainissement des locaux de travail.

Code de la sécurité sociale, Livre IV, Titre VI,

- partie législative, article L. 461-4 : déclaration par l'employeur des procédés de travail susceptibles de causer des maladies professionnelles prévues aux tableaux.

b) Autres textes applicables à la prévention des maladies professionnelles visées au tableau n°87

Code du travail

- Prévention du risque biologique
- articles R. 4421-1 à R. 4423-4 : dispositions générales, principes de prévention, évaluation des risques,
- articles R. 4424-1 à R. 4424-10 : Mesures et moyens de prévention (dispositions communes à toutes les activités et dispositions particulières à certaines activités),
- articles R. 4425-1 à R. 4425-7 : information et formation des travailleurs,
- articles R. 4426-1 à R. 4426-13 : surveillance médicale (liste des travailleurs exposés, surveillance renforcée, dossier médical spécial, suivi des pathologies),
- article R. 4427-1 à R. 4427-5 : déclaration administrative.
- Utilisation des équipements de protection individuelle (EPI)
- articles R. 4321-1 à R. 4322-3 : règles générales d'utilisation des équipements de travail et moyens de protection, y compris les équipements de protection individuelle,
- articles R. 4323-91 à R. 4323-106 : dispositions particulières pour l'utilisation des équipements de protection individuelle.
- Travaux interdits aux jeunes travailleurs
- article D. 4153-35 : interdiction des travaux suivants et d'admettre de manière habituelle les jeunes travailleurs âgés de moins de 18 ans dans les locaux affectés à ces travaux : Abattage des animaux dans les abattoirs sauf pour les apprentis en dernière année.

Autres textes

- arrêté du 23 juillet 1947 modifié fixant les conditions dans lesquelles les chefs d'établissement sont tenus de mettre des douches à la disposition du personnel effectuant des travaux insalubres ou salissants (travaux de garderie et d'élevage d'animaux, notamment dans les animaleries, travaux d'abattage des volailles),
- arrêté du 19 mars 1993 fixant, en application de l'article R. 237-8 (devenu l'article R. 4512-7) du code du travail, la liste des travaux dangereux pour lesquels il est établi par écrit un plan de prévention,
- arrêté du 18 juillet 1994 modifié, fixant la liste des agents biologiques pathogènes,

-
- arrêté du 4 novembre 2002 fixant les procédures de décontamination et de désinfection à mettre en oeuvre pour la protection des travailleurs dans les lieux où ils sont susceptibles d'être en contact avec des agents biologiques pathogènes pouvant être présents chez des animaux vivants ou morts, notamment lors de l'élimination des déchets contaminés, ainsi que les mesures d'isolement applicables dans les locaux où se trouvent des animaux susceptibles d'être contaminés par des agents biologiques des groupes 3 ou 4,
 - arrêté du 25 février 2003 pris pour l'application de l'article L. 235-6 (devenu l'article L. 4532-8) du code du travail fixant une liste de travaux comportant des risques particuliers pour lesquels un plan général simplifié de coordination en matière de sécurité et de protection de la santé est requis (travaux exposant à des agents biologiques pathogènes),
 - arrêté interministériel du 16 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en oeuvre dans les laboratoires de recherche, d'enseignement, d'analyses, d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie et les établissements industriels et agricoles où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes.

Eléments de bibliographie scientifique (Décembre 2014)

Documents communs à l'ensemble des risques biologiques

BALTY I. ; BAYEUX-DUNGLAS M.C. ; CARON V. ; DAVID C. ; DELEPINE A. ; DUQUENNE P. ; LE BACLE C. Les risques biologiques en milieu professionnel. Edition INRS ED 6034. INRS, 2008, 47 p., ill., bibliogr.

La prise en compte des risques biologiques en entreprise est entravée par plusieurs handicaps : un manque de visibilité ; un report permanent (il y a d'autres priorités) ; un manque de connaissances : les risques biologiques ne sont pas évoqués ou sont éludés faute de connaissance sur leur existence et surtout sur leur prévention. Cette brochure a pour objectif d'inciter l'ensemble des préventeurs à intégrer de façon systématique l'évaluation des risques biologiques dans leur démarche générale de prévention des risques en entreprise, quel que soit le secteur d'activité. Elle apporte en termes simples l'essentiel des connaissances sur les risques biologiques en milieu de travail (risques de type infectieux, allergique, toxinique ou cancérigène) et propose d'utiliser la chaîne de transmission comme fil rouge pour l'évaluation des risques, une chaîne dont il faudra rompre au moins un des cinq maillons pour assurer la protection des travailleurs.

DAVID C. Les agents biologiques. Fiche pratique de sécurité ED 117. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris Cedex 14), 2004, 4 p., ill., bibliogr.

Etre exposé à des agents biologiques sur le lieu de travail peut être source de risques lorsque ces agents sont pathogènes. Certains salariés connaissent les agents biologiques, les utilisant de façon délibérée (laboratoire de recherche biologique, industrie pharmaceutique, etc.) ; d'autres y sont potentiellement exposés sans vraiment les connaître (assainissement, déchetterie, milieux de soins, etc.). Dans les deux cas, l'évaluation et la prévention des risques biologiques passent par une meilleure connaissance de ces agents biologiques pathogènes et des dangers qu'ils représentent. Cette fiche décrit les différents agents biologiques (virus, bactéries, champignons ou mycètes, endoparasites), leur mode de vie, leur intérêt industriel et leur pouvoir pathogène possible.

Risques biologiques. Suivez la chaîne de transmission !

On ne les voit pas mais ils sont partout. Ils sont microscopiques mais peuvent provoquer des maladies. Ce sont les agents biologiques qui peuplent l'environnement, y compris l'environnement de travail. Les risques liés à ces agents biologiques doivent être évalués puis réduits voire supprimés. Et ce, grâce à des mesures de prévention spécifiques centrées sur la chaîne de transmission. <http://www.inrs.fr/accueil/risques/biologiques.html>

MENARD A. Les risques biologiques sur les lieux de travail. Mise à jour 1er avril 2010. Aide mémoire juridique 24. TJ 24. INRS, 2010, 43 p., ill., bibliogr.

Selon l'enquête SUMER de 2003, environ 2,6 millions de salariés en France s'estiment concernés par les risques biologiques, et ce dans de nombreux secteurs d'activité : agriculture, industrie agroalimentaire, services à la personne, santé, action sociale, recherche et développement. Les risques biologiques sont dus à l'action néfaste de certains agents biologiques : bactéries, virus, champignons microscopiques, divers parasites, à l'origine de risques infectieux, allergiques, toxiques et parfois de cancers en cas d'exposition chronique. Le présent aide-mémoire présente l'état de la réglementation applicable, à jour au 1er avril 2010 : cadre général ; évaluation des risques biologiques ; mesures de prévention techniques et organisationnelles, communes à tous les secteurs, et spécifiques à certaines activités (en cas de contact avec des personnes ou avec des animaux contaminés par des agents biologiques pathogènes ; laboratoires et certains procédés industriels et agricoles ; gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)) ; information et formation des travailleurs ; surveillance médicale. En annexe : rappel des textes applicables.

LE BACLE C. Les risques biologiques en milieu professionnel. Point de repère PR 28. Hygiène et sécurité du travail. Cahiers de notes documentaires, n° 207, 2e trimestre 2007, pp. 85-96, ill., bibliogr.

Synthèse sur la prise en compte du risque biologique au sein des entreprises : approche par type de dangers biologiques et approche par type d'activités concernées.

LAFON D. (Ed) ; ABADIA G. ; BASILE S. ; BASTIDE J.C. ; BAYEUX-DUNGLAS M.C. ; CAMPO P. ; CARON V. ; FALCY M. ; GANEM Y. ; GAURON C. ; LE BACLE C. ; MEYER J.P. ; RADAUCEANU A. ; SAILLENFAIT A.M. ; SOUDRY C. ; BIJAOUI A. ; HEITZ C. ; PAYAN D. ; et coll. Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître ? Avis d'experts. EDP Sciences (17 avenue du Hoggar, Parc d'activités de Courtaboeuf, BP 112, 91944 Les Ulis Cedex A), 2010, 561 p., ill., bibliogr.

Chaque année, près de 530 000 enfants naissent de mères ayant eu une activité professionnelle durant leur grossesse et la majorité d'entre eux sont en bonne santé. Cependant, malgré toutes les mesures prises, un certain nombre de grossesses présente des complications pouvant avoir des répercussions sur l'enfant : avortement, mort fœtale, naissance prématurée, retard de croissance intra-utérin, malformations congénitales, retard de développement psychomoteur. La part de responsabilité des expositions professionnelles sur ces issues défavorables suscite des interrogations fréquentes. Ce nouvel avis d'experts propose une mise au point sur les connaissances actuelles de l'impact potentiel des expositions professionnelles sur le déroulement de la grossesse, et plus particulièrement sur les effets pour l'enfant à naître. De nombreux risques sont ainsi abordés : chimiques, biologiques, rayonnements ionisants, ondes électromagnétiques, travail physique, bruit, stress, horaires irréguliers ou de nuit. L'ouvrage détaille également la réglementation en la matière, ainsi que les résultats des études épidémiologiques consacrées à diverses professions. Enfin, des recommandations sont émises avec pour objectif l'amélioration de la prise en charge de ces risques en milieu professionnel.

TESTUD F. ; ABADIA-BENOIST G. Risques professionnels chez la femme enceinte. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-660-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2010, 11 p., ill, bibliogr.

Plus de 80 % des françaises en âge de procréer exercent une activité professionnelle : le retentissement de l'exposition maternelle (chimique, microbiologique et/ou physique) sur le produit de conception est de ce fait une préoccupation forte des salariées et du corps médical qui les suit. De très nombreuses études épidémiologiques ont été conduites pour mettre en évidence l'impact des nuisances du travail sur le déroulement et l'issue de la grossesse. Concernant le risque chimique, les expositions identifiées comme réellement à risque chez la femme enceinte sont les solvants organiques, certains métaux lourds, les antimétabolites, les anesthésiques gazeux et quelques pesticides, maintenant interdits. Une synthèse des études disponibles sur ces substances est présentée. Pour ce qui est du risque biologique, plusieurs micro-organismes peuvent interférer avec le déroulement de la grossesse, qu'ils entraînent des malformations de l'enfant (virus de la rubéole, toxoplasme, cytomégalovirus, etc), une issue défavorable de la grossesse (Listeria, Coxiella, etc) ou les deux. Les principales professions concernées sont les professions de santé, de l'enfance ou en contact avec des animaux. Dans le domaine des risques physiques, les rayonnements ionisants sont identifiés depuis longtemps comme responsables d'embryopathie ; les mesures de limitation et d'optimisation de la dose protègent la femme enceinte. Pour les rayonnements non ionisants, les données actuellement disponibles sont rassurantes mais les recherches doivent être poursuivies. Enfin, concernant les nuisances liées aux ambiances, à la charge ou à l'organisation du travail, c'est surtout leur cumul qui peut augmenter le risque de prématurité et éventuellement d'hypotrophie fœtale. Les salariées doivent être incitées à déclarer précocement leur grossesse, ou mieux leur projet de grossesse, au médecin du travail. Une caractérisation du risque fondée sur l'identification des dangers et l'évaluation quantifiée, métrologique et/ou biométrologique, de l'exposition est le plus souvent réalisable. Le praticien peut se faire aider par des organismes ressources, disposant des moyens documentaires et du savoir-faire nécessaires ; le médecin du travail juge alors de l'opportunité d'un maintien au poste, d'un aménagement ou d'une éviction. Un suivi systématique de l'issue des grossesses exposées en milieu de travail devrait être mis en place.

SOUDRY C. Salariées en état de grossesse. Hygiène, sécurité, conditions de travail et surveillance médicale. 5e édition mise à jour novembre 2008. Aide-mémoire juridique 14. TJ 14. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris Cedex 14), 2008, 15 p.

Cet aide-mémoire fournit les principales données légales et réglementaires d'hygiène et de sécurité ayant pour but de protéger les salariés en état de grossesse. Une liste des principaux textes complètent ce document. Au sommaire : 1. Hygiène et sécurité, emplois interdits ou réglementés (risques biologiques, risques chimiques, risques physiques). 2. Conditions de travail (rôle du CHSCT, charge physique, horaires de travail, confort du poste de travail, adaptation du travail, affectations temporaires et transformations de postes). 3. Surveillance médicale.

GRILLET J.P. ; ABADIA G. ; BERNARD C. ; DUPUPET J.L. ; et coll. Pathologie en milieu professionnel agricole. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-538-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2009, 10 p., ill, bibliogr.

Les activités agricoles au sens de l'affiliation au régime de protection sociale agricole sont diverses : elles couvrent la production agricole, la coopération et donc une partie de l'industrie agroalimentaire et le secteur tertiaire (banque, assurance). Seules les activités comportant des risques spécifiques (polyculture, cultures spécialisées, élevage, forêt, coopératives, abattoirs, jardins espaces verts, viticulture) sont traitées ici, à l'exclusion du secteur tertiaire. Elles représentent plusieurs centaines de situations de travail et près d'un million de salariés, en majorité temporaires ou saisonniers. Pour les neuf situations retenues sur la base de leur spécificité et du nombre de personnes concernées, les principaux risques professionnels, les modalités de la prévention sont décrits. Les risques spécifiques à l'agriculture (phytosanitaire, biologique, machinisme) sont plus particulièrement abordés.

DELEMOTTE B. ; CONSO F. (Ed) ; BERGERET A. (Ed). Santé au travail en milieu agricole. Collection Médecine du travail. Masson (21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9), 2004, 205 p., ill., bibliogr.

La santé au travail en milieu agricole a des caractères bien particuliers et sa spécificité est reconnue sur le plan législatif et réglementaire. En effet, les travailleurs de l'agriculture ne sont pas uniquement ceux qui travaillent dans les exploitations agricoles et forestières, mais également les salariés d'une partie des industries agroalimentaires (IAA) et des entreprises connexes ou liées à l'agriculture. Cet ouvrage aborde donc les différents aspects à la fois socio-démographiques, techniques, pathologiques et réglementaires de cette population. L'évolution des techniques de production, la spécialisation des élevages et des cultures ont conduit à l'apparition de nouvelles pathologies et à la nécessité d'adapter des stratégies de prévention impliquant tous les intervenants et à la révision périodique de la classification des maladies professionnelles du régime agricole. Les trois grandes parties de cet ouvrage portent sur les populations dites agricoles et leurs organisations, la réglementation spécifique en matière de santé et de sécurité au travail, les risques des métiers de l'agriculture et les politiques de prévention mises en place ces trente dernières années. La santé au travail en milieu agricole doit rester évolutive, prête à se remettre en cause. Les populations surveillées, les techniques et les modes opératoires changent. La surveillance médicale doit s'adapter à ces évolutions pour être efficace. S'appuyant comme par le passé sur les connaissances des chercheurs et des universitaires, les médecins du travail agricoles doivent être en éveil, à l'écoute des professionnels des métiers agricoles, au service de l'homme au travail.

Zoonoses en milieu professionnel. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris, Cedex 14), 2009, 1 dossier, non paginé, ill.

Les zoonoses sont des maladies infectieuses ou parasitaires des animaux transmissibles à l'homme, y compris lors d'activités professionnelles. Certaines de ces maladies peuvent être très graves. Au-delà des métiers de l'élevage, de nombreuses activités sont concernées : commerces d'animaux, parcs zoologiques, abattoirs, travaux en forêt, taxidermie, équarrissage, métiers de l'environnement. Ce dossier dresse un état des lieux et présente les notions fondamentales à connaître en matière de prévention des zoonoses en milieu professionnel. Des fiches pratiques sur les principales zoonoses rencontrées en milieu professionnel sont téléchargeables.

ABADIA G. ; PICU C. Zoonoses d'origine professionnelle. Encyclopédie médico-chirurgicale. Toxicologie, pathologie professionnelle 16-100-A-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier (23 rue Linois, 75724 Paris Cedex 15), 2005, 10 p., ill., bibliogr.

Les zoonoses sont des maladies transmises à l'homme par les animaux, sauvages ou domestiques. Elles sont nombreuses, varient dans le temps et dans l'espace, et sont en constante évolution. Une surveillance accrue de ces maladies est donc nécessaire, d'autant que l'on constate l'émergence de nouvelles affections ou la réémergence d'autres que l'on croyait disparues. L'activité professionnelle et le contact avec les animaux sont des manières fréquentes de se contaminer. La connaissance de la chaîne épidémiologique de transmission, du réservoir à l'hôte, permet de se protéger en limitant le risque à sa source quand c'est possible (prévention vétérinaire et police sanitaire), en appliquant des mesures d'hygiène des locaux et individuelles strictes, et en portant des équipements de protection individuelle adaptés à la porte d'entrée du germe responsable. L'information des travailleurs sur le risque est une autre action fondamentale de prévention. Les principales zoonoses d'origine professionnelle sont présentées brièvement, ainsi que les moyens de prévention.

ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles à l'homme et aux animaux. Volume 1 : bactérioses et mycoses. 3e édition. Office international des épizooties, Organisation mondiale de la santé animale (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 382 p., ill., bibliogr.

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le premier est consacré aux bactérioses et mycoses. Première partie : bactérioses (actinomycose, aéromonose, botulisme, brucellose, campylobactériose, colibacillose, corynébactériose, dermatophilose, entérocologie à *Clostridium difficile*, érysipèles animaux et érysipéloïde humaine, fièvre charbonneuse, fièvre due à la morsure de rat, fièvre récurrente transmise par les tiques, infection à *Capnocytophaga canimorsus* et à *C. cynodegmi*, infections clostridiennes des blessures, lèpre, leptospirose, listériose, maladie de Lyme, maladie due aux griffures de chat, maladies causées par des mycobactéries non tuberculeuses, mélioiïdose, nécrobacillose, nocardiose, pasteurellose, peste, pseudotuberculose à *Yersinia*, rhodococcose, salmonellose, shigellose, streptococcie, tétanos, toxi-infection alimentaire due à *Vibrio parahaemolyticus*, toxi-infections alimentaires à clostridies, toxi-infections alimentaires à staphylocoques, tuberculose zoonosique, tularémie, yersiniose entérocolitique (entérocologie à *Yersinia*)). Deuxième partie : mycoses (adiasporomycose, aspergillose, blastomycose, candidoses, coccidioidomycose, cryptococcose, dermatophytoses, histoplasmoses, infections d'origine phycée, mycétome, rhinosporidiose, sporotrichose, zygomycoses).

ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Volume 2 : chlamydioses, rickettsioses et viroses. 3e édition. Office international des épizooties (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 405 p., ill., bibliogr.

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le second est consacré aux chlamydioses, rickettsioses et viroses. Chlamydioses et rickettsioses : rickettsiaceae, chlamydie aviaire, fièvre boutonneuse, fièvre pourprée des montagnes rocheuses, fièvre Q, infections causées par *Bartonella Henselae*, ixodo-rickettsiose asiatique, rickettsiose varicelliforme, typhus des broussailles, typhus murin, typhus à tiques du Queensland, typhus-zoonose causé par *Rickettsia prowazekii*. Viroses : chorioméningite lymphocytaire, dengue, échyma contagieux, encéphalite californienne, encéphalites équine de l'est, de l'ouest, vénézuélienne, encéphalites japonaise, de Powassan, de Rocio, de Saint-Louis, de la vallée de Murray, printemps-été de Russie et d'Europe centrale, encéphalomyélite ovine, encéphalomyocardite, encéphalopathies spongiformes de l'homme et des animaux, fièvres aphteuse, Chikungunya, due aux Bunyavirus du groupe C, fièvres hémorragiques argentine, bolivienne, brésilienne, de Crimée-Congo, d'Omsk, du Vénézuéla, fièvres d'Illéus, jaune, de Lassa, de Mayaro, du Nil occidental, d'Oropouche, d'Orungo, de Sindbis, fièvre à tiques du Colorado, fièvre de la vallée du Rift, gastro-entérite à rotavirus, grippe, hépatites virales de l'homme et des singes, herpès simplex (type 1), infection à *Herpesvirus simiae*, infection par le virus de la vaccine, maladies d'Ebola, de la forêt de Kyasanur, de Marburg, de Newcastle, maladie vésiculeuse du porc, maladie de Wesselsbron, maladies dues aux hantavirus, polyarthrite épidémique, pseudovariole bovine, rage, rougeole, stomatite papuleuse bovine, stomatite vésiculeuse, variole bovine (cowpox), varioles des singes.

ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Volume 3 : zoonoses parasitaires. 3e édition. Office international des épizooties (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 399 p., ill., bibliogr.

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le troisième est consacré aux zoonoses parasitaires. Protozooses : amibiases, babésioses, balantidiose, cryptosporidiose, cyclospore, giardiose, infections causées par les amibes libres, leishmanioses cutanées, viscérales, microsporidiose, paludisme chez les primates non humains, sarcocystose, toxoplasmose, trypanosomoses africaine, américaine. Helminthoses : trématodoses (clonorchiose, dermatite cercarienne, dicrocoéliose, échinostomose, fasciolose, fasciolopsiase, gastroduscoidoses, hétérophylidoses, nanophylidose, opisthorchiase, paragonimiasse, schistosomiase) ; cestodoses (bertiellose, cénuroses, cysticercose, diphyllbothriose, dipylidose, hydatidose, hyménoélipiose, inermicapsiférose, mésocestoïdose, raillietinose, sparganose, téniasse) ; acanthocéphaloses et nématodoses (acanthocéphalose, angiostrongylose, anisakiase, ankylostomose zoonotique, ascaridiase, baylisascariose, capillariorose, diocetophymose, dracunculose, filarioses zoonotiques, gnathostomiase, gongyloérose, lagochilascarose, larva migrans cutanée, viscérale et toxocarose, mammomonogamose, micronérose, oesophagostomose et ternidensiase, strongyloïdose, thélaziose, trichinelle, trichostrongylose, trichuriasis d'origine animale). Arthropodes : dermatose due à des acariens d'origine animale, gales zoonotiques, infestations par des tiques, myiases, pentastomoses, tungose.

PIROTH L. (Ed) ; PULCINI C. (Ed) ; RAPP C. (Ed). E. Pilly. Maladies infectieuses et tropicales 2014. ECN. Pilly 2014. 24e édition. 3e édition. Alinéa Plus (8 rue Froidevaux, 75014 Paris), 2013, 623 p., 287 p., ill., bibliogr.

Pour cette 24^{ème} édition du PILLY, le Comité de rédaction représentant le Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) a, une fois encore, effectué une mise à jour exhaustive de l'ouvrage portant notamment sur les nouvelles stratégies antibiotiques, antivirales, antiparasitaires ou vaccinales. Cette édition, dans la continuité des précédentes, reprend, actualise et incrémente les différents aspects épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des pathologies infectieuses et tropicales. Outre la contribution essentielle des membres du CMIT, un nombre croissant d'auteurs appartenant à d'autres spécialités viennent apporter leur contribution à cet ouvrage. Au sommaire : anti-infectieux (antibiotiques, antiviraux), conduite à tenir devant (une fièvre, un choc septique, un purpura fébrile, etc.), infections selon le site, infections selon le pathogène (infections bactériennes, virales, parasitaires, fongiques), infections et situations particulières (voyage en pays tropical, chez les migrants, d'Outre-mer, infections et grossesse, néonatales, chez le sujet âgé, chez le neutropénique, infections et immunodépresseions, chez l'utilisateur de drogue intraveineuse), infections nosocomiales et hygiène hospitalière, prévention et santé publique (tests diagnostiques, surveillance des maladies infectieuses en France, déclaration obligatoire, éviction et prophylaxie collective, toxi-infections alimentaires et risques liés à l'eau et à l'alimentation, infection et travail, maladies professionnelles et accidents du travail, accidents exposant aux risques VIH, VHB et VHC, bioterrorisme, pandémie, vaccinations). L'ECN.Pilly (3^e édition) entre dans une nouvelle phase, avec la réforme des études médicales et la mise en place du programme de deuxième cycle Master Médecine. Aussi, cette édition inclut-elle à la fois le programme et les objectifs du programme ECN 2007, et le nouveau programme détaillé dans l'arrêté d'avril 2013, de façon à ce que chacun puisse utiliser l'ouvrage en fonction de son cursus personnel. Afin de répondre aux objectifs du nouveau

programme, quatre nouveaux chapitres ont été ajoutés. Quinze dossiers cliniques ECN (examen classant national) inédits (selon le format ECN classique) couvrant les principaux items du programme ont été inclus. Les chapitres de l'ECN.Pilly (rédigés par les mêmes auteurs que ceux du E. Pilly correspondant), n'incluent bien évidemment pas toutes les données de ceux-ci. Les étudiants sont donc invités à se référer au E. Pilly pour parfaire leurs connaissances, notamment quant aux posologies des anti-infectieux. Les références données à titre indicatif à la fin de chaque chapitre E. Pilly sont une invitation à approfondir le sujet. Par ailleurs, de nouvelles recommandations sont susceptibles d'être publiées entre la date de mise à disposition des deux ouvrages et la date des ECN, et il est donc fortement conseillé aux étudiants de visiter régulièrement le site www.infectiologie.com.

Atlas de dermatologie professionnelle

Cet atlas iconographique a pour objectif de contribuer à une meilleure prévention de dermatoses professionnelles en permettant de fiabiliser et d'uniformiser les diagnostics. En effet il apporte une aide pour les diagnostics positif, différentiel et étiologique.

<http://www.atlasdedermatologieprofessionnelle.com/index.php/Accueil>

CREPY M.N. ; NOSBAUM A. ; BENSEFA-COLAS L. **Dermatoses professionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-533-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2013, 23 p., ill., bibliogr.**

Les dermatoses professionnelles sont la deuxième cause de maladies professionnelles dans de nombreux pays. Devant une éruption cutanée, surtout si elle siège aux mains, il faut rechercher un lien entre la dermatose et l'activité professionnelle en précisant la profession du patient, les produits manipulés et la rythmicité de l'éruption par rapport au travail. Les dermatoses professionnelles les plus fréquentes sont les dermatites de contact, surtout les dermatites de contact d'irritation et les dermatites de contact allergiques, plus rarement les urticaires de contact et les dermatites de contact aux protéines. Les causes de dermatites de contact professionnelles sont très souvent multifactorielles, associant facteurs environnementaux professionnels et parfois non professionnels (irritants chimiques, physiques, allergènes) et des facteurs endogènes (principalement la dermatite atopique). Le diagnostic d'une dermatite professionnelle doit être le plus précoce possible. Il nécessite un bilan allergologique en milieu spécialisé conduit à l'aide des compositions des produits professionnels obtenues auprès des médecins du travail (compositions qui permettent d'orienter le choix des batteries de tests et les dilutions des produits professionnels). Il permet de traiter plus rapidement le patient, d'améliorer son pronostic médical et de favoriser le maintien au poste de travail. Les deux facteurs essentiels à la prévention médicale sont la réduction maximale du contact cutané avec les irritants et l'éviction complète du contact cutané avec les allergènes auxquels le patient est sensibilisé. Les autres dermatoses professionnelles sont aussi abordées. Dans bon nombre de cas, une déclaration en vue d'une reconnaissance en maladie professionnelle peut être conseillée au patient souffrant d'une dermatose liée au travail. L'avis du médecin du travail ou d'un service de pathologie professionnelle est le plus souvent utile afin de caractériser la dermatose, son étiologie et d'aider le patient dans ses démarches.

LODDE B. ; ROGUEDAS A.M. **Dermatoses professionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale. Dermatologie 98-800-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2014, 14 p., ill., bibliogr.**

Les dermatoses professionnelles correspondent aux atteintes cutanées dont la cause peut résulter, en tout ou en partie, des conditions dans lesquelles le travail est exercé. Leur fréquence est élevée puisqu'on estime qu'elles représentent environ 10 % de la pathologie cutanée générale et que 1 % de l'ensemble des travailleurs français serait gêné par des dermatoses professionnelles chroniques. Le diagnostic est souvent difficile non seulement parce qu'il se révèle compliqué d'identifier avec certitude l'agent en cause sur le lieu de travail et qu'en plus, dans bon nombre de cas, les dermatoses professionnelles sont d'origine plurifactorielle, mais également parce que l'atteinte cutanée n'est pas toujours inscrite au cadre nosographique des tableaux de maladies professionnelles indemnisables, ce qui ne facilite pas leur repérage épidémiologique. Il existe des dermatoses provoquées par des agents physiques (gelures, radiodermes, etc.) ou chimiques (dermite d'irritation, eczéma, etc.) mais également des dermatoses provoquées par des agents biologiques (gale, maladie du Rouget de porc, etc.). Leur prise en charge médicoprofessionnelle (même tardive) peut passer par une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle et leur traitement principal consiste à supprimer le ou les facteurs à l'origine de la maladie imposant parfois un changement du procédé de travail ou de poste pour le travailleur atteint.

Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014. Mis à jour le 15/05/2014. Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé (14 avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP), 2014, 55 p., ill.

La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP). Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations vaccinales générales et des recommandations vaccinales particulières propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles. Les recommandations vaccinales liées à des voyages et séjours à l'étranger font l'objet d'un avis spécifique du HCSP actualisé chaque année. Ces recommandations sont publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) "Recommandations sanitaires pour les voyageurs" : elles ne sont pas incluses dans le calendrier vaccinal. Par ailleurs, le calendrier insère des recommandations vaccinales spécifiques pour les personnes immunodéprimées ou aspléniques, leur entourage proche et les professionnels de santé à leur contact. Points-clés sur les nouvelles recommandations : générales et situations spécifiques. Recommandations : coqueluche, diphtérie, tétanos, poliomyélite, fièvre jaune, grippe saisonnière, hépatite A, hépatite B, leptospirose, méningocoques, papillomavirus humains, pneumocoque, rage, rougeole, oreillons, rubéole, tuberculose, typhoïde, varicelle. Calendrier des vaccinations : tableaux synoptiques (en particulier : tableau des vaccinations en milieu professionnel, en complément des vaccinations recommandées en population générale, à l'exclusion des voyageurs, des militaires ou autour de cas de maladies ; tableau de correspondances entre les valences vaccinales recommandées dans le calendrier vaccinal et les vaccins disponibles en France ; tableaux de transition entre ancien et nouveau calendrier vaccinal introduit en 2013 ; algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé contre l'hépatite B ; prévention du tétanos, recommandations de prise en charge des plaies).

CAUMES E. **Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2014 (à l'attention des professionnels de santé). Avis du Haut Conseil de la santé publique du 28 avril 2014. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 16-17, 3 juin 2014, pp. 261-264, ill.**

Ces recommandations ont été élaborées par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI) et approuvées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) lors de la séance du 28 avril 2014 de la Commission spécialisée maladies transmissibles. Elles tiennent compte des données du Centre national de référence (CNR) du paludisme, du CNR des arboviroses, de l'Institut de veille sanitaire (InVS), et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) pour les vaccins et médicaments. Les recommandations figurant dans ce document ne peuvent prendre en compte l'évolution des risques et l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, et sont donc susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution de la situation internationale. Les voyageurs, quelles que soient leur destination et les conditions du voyage, sont fréquemment victimes de problèmes de santé. Le taux de voyageurs malades varie

de 15 % à 70 % selon les études, en fonction du type de voyageurs, des destinations et des conditions de séjour. La diarrhée est toujours le plus fréquent des problèmes de santé en voyage, avec les affections des voies aériennes supérieures, les dermatoses et la fièvre. Les études les plus récentes montrent aussi l'émergence de pathologies non infectieuses : mal d'altitude, mal des transports, traumatismes et blessures, d'origine accidentelle mais aussi intentionnelle. Si les étiologies infectieuses des décès ou des pathologies graves, imposant une évacuation sanitaire, sont peu fréquentes, c'est en grande partie parce que les recommandations qui suivent permettent de les éviter. Les voyageurs ayant été hospitalisés au cours de leur voyage ou rapatriés sanitaires présentent un risque de portage de bactéries multirésistantes (BMR) qui doit faire l'objet d'un dépistage en cas d'hospitalisation dans une structure de soins. Cette version 2014 se distingue des précédentes par la partie très importante consacrée à la prise en compte de maladies d'importation, souvent d'apparence banale au retour de voyages (pneumopathies, fièvre, dermatose), mais susceptibles de générer des problèmes de santé publique en France par leur capacité à s'y implanter. Pour le reste, ces recommandations sont dans la lignée de celles des années précédentes, plutôt focalisées sur la prévention des maladies infectieuses basée sur le triptyque vaccinations, chimioprophylaxie et règles hygiéno-diététiques. Cette année, l'actualisation des éléments de ce triptyque a surtout porté sur certaines nouvelles vaccinations (antiméningocoques par exemple) et sur les répulsifs, la disparition de quelques spécialités étant compensée par l'apparition de nouvelles.

Documents spécifiques en lien avec le tableau et disponibles à l'INRS

PELLE-DUPORTE D. ; GENDRE J.C. Epidémies d'ornithose dans un abattoir de volailles . Etudes et enquêtes 85 TF 99. Documents pour le médecin du travail, n° 85, 1er trimestre 2001, pp. 49-57, ill., bibliogr.

La psittacose, ou ornithose, 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.

BRASSEUR G. ; BALT Y. ; DAVID C. ; LE BACLE C. ; LEPRINCE A. Dossier. Risques biologiques au travail. Sommes-nous tous concernés ? Travail et sécurité, n° 625, janvier 2003, pp. 20-35, ill., bibliogr.

ABADIA G. ; PICU C. Zoonoses d'origine professionnelle . Encyclopédie médico-chirurgicale. Toxicologie, pathologie professionnelle 16-100-A-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier, 2005, 10 p., ill., bibliogr.

Les zoonoses sont des maladies transmises à l'homme par les animaux, sauvages ou domestiques. Elles sont nombreuses, varient dans le temps et dans l'espace, et sont en constante évolution. Une surveillance accrue de ces maladies est donc nécessaire, d'autant que l'on constate l'émergence de nouvelles affections ou la réémergence d'autres que l'on croyait disparues. L'activité professionnelle et le contact avec les animaux sont des manières fréquentes de se contaminer. La connaissance de la chaîne épidémiologique de transmission, du réservoir à l'hôte, permet de se protéger en limitant le risque à sa source quand c'est possible (prévention vétérinaire et police sanitaire), en appliquant des mesures d'hygiène des locaux et individuelles strictes, et en portant des équipements de protection individuelle adaptés à la porte d'entrée du germe responsable. L'information des travailleurs sur le risque est une autre action fondamentale de prévention. Les principales zoonoses d'origine professionnelle sont présentées brièvement, ainsi que les moyens de prévention. Editions scientifiques et médicales Elsevier, 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9

DELEMOTTE B. ; CONSO F. (Ed) ; BERGERET A. (Ed). Santé au travail en milieu agricole. Collection Médecine du travail. Masson, 2004, 205 p., ill., bibliogr.

DUPAS D. ; LABRAGA S. ; BOULEAU H. ; COSTE-BUREL M. ; et coll. L'ornitho-psittacose : à propos d'un cas mortel chez une ramasseuse de volailles. Archives des maladies professionnelles, vol. 63, n° 5, septembre 2002, pp. 389-390.

Une femme de 27 ans est décédée d'une psittacose professionnelle dans le service de réanimation médicale du CHU de Nantes le 26 janvier 2001 ; elle y était entrée 23 jours plus tôt pour une détresse respiratoire aiguë survenue au décours d'un épisode infectieux avec toux évoluant depuis 10 jours. Les conditions de travail très particulières des éleveurs et ramasseurs de volailles rendent la prévention très difficile : travail temporaire, agitation des volatiles impossible à maîtriser, masque à poussière difficile à supporter, etc.

ABADIA G. ; SALL N'DIAYE P. ; MASSON P. ; LAURENS E. ; et coll. Les chlamydioses d'origine aviaire. Maladies professionnelles. Extrait de : 10e Colloque sur le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses (CEMI). Epidémiologie, surveillance et prévention des zoonoses. Paris, 4 mai 2001. Médecine et maladies infectieuses, vol. 31, supplément 2, mars 2001, pp. 226-232, ill., bibliogr.

Les infections d'origine professionnelle à *Chlamydia psittaci* sont manifestement sous-estimées. Réputées rares et bénignes, elles ne font pas l'objet d'une surveillance régulière. La survenue de plusieurs épidémies dans la filière avicole (notamment de dindes et de canards) et de nombreuses hospitalisations pour formes graves obligent à reconsidérer ce risque infectieux, au regard de nouvelles méthodes d'élevage et d'abattage. Une meilleure connaissance de leur prévalence permettrait de définir une politique pertinente d'information et de prévention. Cet article fait le point sur les sources et données disponibles (état des lieux, tableaux de maladies professionnelles, contexte en région Bretagne et Pays de la Loire), les cas professionnels de psittacose, le suivi par la MSA (Mutualité sociale agricole), la prévention chez l'animal et chez l'homme, et enfin sur la reconnaissance en maladie professionnelle de la psittacose.

SCHVOERER C. La psittacose : une pathologie émergente en milieu professionnel ? Extrait de : 10e Colloque sur le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses (CEMI). Epidémiologie, surveillance et prévention des zoonoses. Paris, 4 mai 2001. Médecine et maladies infectieuses, vol. 31, supplément 2, mars 2001, pp. 217-225, ill., bibliogr.

Suite à la première épidémie décrite en France dans un abattoir de volailles de Bretagne en 1997, une étude a été réalisée afin de déterminer si la psittacose était une pathologie émergente en milieu professionnel. Des statistiques sur les élevages et les abattoirs de volailles et des données épidémiologiques animale et humaine ont été recueillies. La Bretagne et les Pays de Loire concentrent la majorité des volailles élevées et abattues en France. Depuis la fin des années 80, il n'existe pas de surveillance de la psittacose animale. Chez l'homme, elle est reconnue comme maladie professionnelle par deux régimes de sécurité sociale. La population de professionnels exposés est difficile à estimer. Il existe une superposition géographique entre les zones à haute densité de volailles, les cas professionnels relevés, et les 3 épidémies recensées. Ces éléments confirment la pertinence de considérer la psittacose comme une pathologie émergente en Bretagne et Pays de Loire. Il semble utile d'informer les professionnels de santé et de la filière avicole d'améliorer l'épidémiologie humaine et animale, d'identifier la population humaine à risque, et de faire progresser les conditions de travail.