

gence
e développement
e réseaux locaux
e services de santé
t de services sociaux

Québec
Montréal



Santé publique

Étude des réclamations à la CSST pour tuberculose - 1995 à 2002

Monique Isler

Décembre 2005

**LA PRÉVENTION
EN ACTIONS**

*Garder notre
monde en santé*

Étude des réclamations à la CSST pour tuberculose - 1995 à 2002

Monique Isler, M.D., M.Sc. (A)

Décembre 2005

Une réalisation du secteur Santé au travail
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

© Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de Montréal (2005)
Tous droits réservés

ISBN : 2-89494-475-6

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Depuis le 30 janvier 2004, la nouvelle appellation de la Régie régionale est l'*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal*.

AVANT-PROPOS

La Direction de santé publique de Montréal a le mandat de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Montréal en assumant un leadership dans les principaux déterminants de la santé.

Le Directeur de santé publique doit colliger des données sur l'état de santé des travailleurs et sur les risques à la santé auxquels ils sont exposés. Le risque de transmission professionnel de la tuberculose est reconnu dans la littérature pour plusieurs groupes professionnels dont les travailleurs de la santé, ou les travailleurs en contact régulier avec des populations qui ont un risque accru de faire de la tuberculose, par exemple les travailleurs de refuges ou les travailleurs de milieux carcéraux. De plus, la transmission professionnelle de l'infection tuberculeuse entre travailleurs peut être reconnue comme maladie professionnelle selon la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Dans les dernières années, la Direction de santé publique a dû procéder à un nombre croissant d'études épidémiologiques dans les milieux de travail suite à la présence d'un travailleur malade avec une tuberculose contagieuse.

À notre connaissance, c'est la première fois qu'une telle étude est réalisée au Québec. L'étude des réclamations de la CSST permet de décrire certaines situations professionnelles où les travailleurs ont soumis une réclamation et où on a reconnu une transmission de la tuberculose en milieu de travail au Québec. Ce rapport peut contribuer à fournir certaines informations utiles à la Direction de santé publique pour continuer à assumer un leadership dans ce dossier.

Mentionnons que ce rapport n'aurait pu voir le jour sans l'accès aux données des services médicaux de la CSST. Nous les remercions grandement pour cette collaboration.



Richard Lessard, M.D.
Le directeur de santé publique
Direction de santé publique de Montréal



Denise Soucy
Coordonnatrice régionale
Secteur santé au travail
Direction de santé publique de Montréal

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier particulièrement le docteur Jules Turcot de la Direction Prévention-Inspection de la CSST sans qui ce projet n'aurait pu avoir lieu. Nous remercions également Madame Johane Lauzon du Centre de documentation de la CSST qui a organisé l'accès au dossiers et la conservation des dossiers à Montréal pendant la durée de l'étude, ainsi qu'à toute l'équipe qui nous a reçus dans leurs locaux.

Madame Madeleine Ferron, infirmière et agent de recherche, a révisé les dossiers, a fait la collecte de données, leur validation et quelques analyses préliminaires. Auparavant, elle a également grandement contribué à valider et à apporter des modifications au programme informatique qui avait été conçu pour saisir les données. Bref, son expertise dans ce type d'étude a été d'une grande utilité. Nous lui en sommes reconnaissante.

Mesdames Annie Trudel et Sophie Goudreau, techniciennes en recherche, ont fait la transformation des fichiers et les sorties de tableaux dans la première phase de l'analyse.

Nous tenons à remercier les docteurs Louise De Guire et Michèle Dupont pour la relecture du rapport et leurs commentaires qui ont permis d'améliorer sa présentation.

Finalement, notre gratitude va vers Madame Mireille Varieur qui a fait la mise en page de ce document.

SOMMAIRE

Le but de cette étude était de décrire les réclamations à la CSST pour tuberculose-maladie et pour tuberculose-infection latente au Québec. Secondairement, nous voulions contribuer à identifier certains besoins en information chez les travailleurs, les employeurs, les médecins et autres intervenants concernant le processus de réclamations à la CSST selon les différents contextes professionnels de transmission. Nous avons révisé 140 dossiers de réclamation à la CSST entre 1995 et 2002.

Environ la moitié des réclamations provenait de la région de Montréal (n=76). Sept travailleurs avaient une tuberculose-maladie (toutes acceptées) dont la majorité provenaient du secteur de la santé, mais un d'eux provenait d'un autre secteur et avait été infecté par un collègue de travail. Parmi les 133 autres dossiers, l'information relative au diagnostic était souvent incomplète. Quatre-vingt-six d'entre eux rencontraient nos critères pour une tuberculose-infection latente. Parmi ces 133 dossiers, 91 (70,6 %) ont été acceptés (dont 30 sans perte de temps), 36 (27,9 %) ont été refusés, et 2 (1,6 %) étaient en cours de traitement. L'information était non disponible pour 4 autres dossiers.

Parmi les 129 réclamations où il n'y avait pas un diagnostic d'une tuberculose-maladie et où on connaissait le contexte de la réclamation, 64,3 % faisaient suite à la présence documentée d'un cas contagieux dans le milieu de travail, et 7 % résultaient d'une conversion du statut tuberculinique découverte dans le cadre d'un programme de dépistage périodique. Les autres (25,6 %) sont survenus suite au dépistage initial dans le cadre d'un programme de dépistage pour des travailleurs à risque, ou encore lors d'un dépistage ponctuel sans que le travailleur n'ait été identifié par la santé publique comme contact d'un cas contagieux connu. Au niveau des professions on retrouvait majoritairement des professions reliées aux services de santé ainsi que les gardiens et agents de sécurité.

Certaines réclamations étaient associées entre elles par une exposition à un même cas contagieux dans un milieu de travail. Ainsi nous avons identifié 14 groupes pour 84 réclamations tandis que 56 réclamations n'ont été associées à aucun groupe. Les groupes sont décrits dans le rapport.

Ces données sont compatibles avec celles de la littérature scientifique concernant les secteurs et professions à risque de transmission de la tuberculose. D'autre part, dans cette étude, on observe une « forme émergente » du risque professionnel pour la tuberculose qui est celui associé aux milieux de travail où l'on retrouve une population de travailleurs provenant de pays où la tuberculose est endémique et chez qui il y a un risque accru de rencontrer des personnes avec la forme active de tuberculose-maladie. Parce que pas tous les travailleurs infectés au travail ne font une réclamation, parce que la période d'étude arrête en 2002, et parce que les façons d'intervenir en milieu de travail et les ressources impliquées ont continué à évoluer depuis, le tableau est forcément incomplet. Par ailleurs, certains indices suggèrent que les protagonistes normalement impliqués dans les processus de réclamation à la CSST (travailleur, employeurs, médecins et autres intervenants de la santé) sont incertains si et comment s'applique le processus de réclamation pour la tuberculose-infection et même pour la tuberculose-maladie. On constate entre autres que l'absence de diagnostic explicite dans la documentation médicale complique parfois le processus d'admissibilité. Malgré ses limites, cette étude fournit néanmoins des informations concernant la transmission professionnelle de la tuberculose au Québec.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	i
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	v
1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS.....	3
3. MÉTHODES	4
4. RÉSULTATS	8
4.1. Aperçu global.....	8
4.2. Tuberculose-maladie.....	8
4.3. Tuberculose-infection latente (réclamations n'étant pas une tuberculose-maladie)	9
4.3.1. Réclamations associées à des groupes.....	14
4.3.2. Réclamations non associées à des groupes.....	16
5. DISCUSSION	18
6. CONCLUSION	25
RÉRÉFÉRENCES	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Régions administratives	7
Tableau 2 : Répartition des réclamations par groupes d'âge.....	8
Tableau 3 : Contexte de la réclamation.....	10
Tableau 4 : Secteur d'activité économique et statut d'admissibilité	11
Tableau 5 : IRR chez les personnes avec effets secondaires au traitement.....	13
Tableau 6 : CAEQ vs réclamations par groupes de travailleurs.....	14
Tableau 7 : Réclamations non associées à un groupe	17
Tableau 8 : Admissibilité vs Critères remplis ou insuffisants pour tuberculose-infection latente	22

1. INTRODUCTION

La tuberculose n'est pas une maladie fréquente au Canada. Toutefois certains groupes de personnes, dont certains groupes de travailleurs, sont plus à risque d'être en contact avec des personnes porteuses d'une tuberculose-maladie en phase contagieuse, et donc de pouvoir être infectés suite à ce contact (tuberculose infection-latente). Environ 10 % des personnes qui seront infectées développeront à un moment de leur vie une tuberculose-maladie. Pour la moitié d'entre elles, la maladie se développera dans les deux ans après l'infection. Pour l'autre moitié, l'évolution vers la maladie pourra se faire plus tard, même après des décennies, par exemple à un âge avancé ou suite à l'apparition d'une maladie chronique lorsque les capacités immunologiques sont affaiblies.

Parmi les groupes de travailleurs généralement cités dans la littérature scientifique pour lesquels la tuberculose fait partie des risques professionnels nécessitant des mesures préventives, on retrouve entre autres les travailleurs de la santé, les agents des services carcéraux et les travailleurs dans les refuges pour personnes sans abri. Les activités professionnelles de ces travailleurs les amènent à être régulièrement en contact avec des clientèles chez qui l'on considère qu'il y a un risque accru de retrouver des cas de tuberculose-maladie en phase contagieuse.

Les employés de milieux carcéraux au Québec font partie des travailleurs visés par le Programme d'intervention intégrée (CSST- réseau de la santé publique en santé au travail) sur les risques biologiques. Les lignes de conduite préconisent le dépistage périodique de la tuberculose-infection pour ces groupes de travailleurs (1, 2, 3). Cependant les données de surveillance locales suggèrent que le niveau de risque serait relativement faible pour ces travailleurs québécois, et l'implantation intégrale de ces recommandations est questionnée. Ce questionnement s'étend également à d'autres secteurs, compte tenu des ressources nécessaires à l'implantation des mesures préconisées.

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose-maladie déclarés¹ à chaque année au Québec reste stable ou légèrement à la baisse depuis plusieurs années. Toutefois ces cas se retrouvent maintenant plus souvent qu'avant chez des immigrants en âge de travailler ou en âge scolaire, et moins souvent chez les personnes retraitées. On retrouve donc plus souvent qu'avant des interventions par les Directions de santé publique dans des milieux de travail suite à la présence d'une personne contagieuse. En général ces milieux ne font pas partie des secteurs considérés à risque professionnel d'être exposé à des cas de tuberculose contagieuse, dans le sens où le risque ne provient pas de la clientèle desservie mais des collègues de travail. Selon les interprétations actuelles de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) ce type de risque professionnel ne fait pas partie des mandats du directeur de santé publique, des médecins désignés ou des médecins responsables et de leurs équipes. Néanmoins une infection tuberculeuse résultant d'une exposition au travail, qu'il s'agisse d'un « client » ou d'un autre travailleur, peut être reconnue comme maladie professionnelle au Québec selon la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) (5). La définition de « maladie professionnelle » dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) qui régit les interventions du réseau de la santé publique en santé au travail dans la prévention des maladies professionnelles (6) nous réfère à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Aussi, il existe des zones grises dans le portrait des risques de tuberculose-infection ou tuberculose-maladie d'origine professionnelle au Québec.

¹ La tuberculose-maladie est une maladie à déclaration obligatoire et fait l'objet de surveillance continue au Québec et au Canada.

Des données préliminaires fournies par la CSST indiquaient que, entre 1990 et 2000, 141 réclamations pour tuberculose avaient été acceptées au Québec, dont 18 entre 1990 et 1994 et 123 entre 1995 et 2000². Les réclamations acceptées entre 1995 et 2000 semblaient provenir surtout des établissements du réseau de la santé et des établissements de détention. Dans ces données préliminaires, il n'était pas possible de départager dans ces statistiques les cas de tuberculose-maladie des cas de tuberculose-infection latente, et il pouvait s'agir de situations variées qui n'auraient pas toutes la même signification pour l'analyse du risque professionnel et les activités de prévention à recommander.

On savait par ailleurs que quatre cas de tuberculose-maladie se retrouvaient parmi les dossiers évalués par les Comités des maladies professionnelles pulmonaires depuis 1995³. Toutefois, les informations disponibles ne permettaient pas de connaître l'issue finale du dossier (reconnu ou non), ni de documenter des cas éventuels de tuberculose-maladie autres que pulmonaires qui n'auraient pas été évalués par un Comité des maladies professionnelles pulmonaires.

Ainsi l'analyse des dossiers de la CSST contribue à une meilleure connaissance de la tuberculose-maladie et de la tuberculose-infection comme maladie professionnelle au Québec.

L'utilisation des dossiers de réclamation pour évaluer le risque professionnel comporte des biais de sélection reliés entre autres aux facteurs suivants : le médecin doit avoir diagnostiqué une maladie professionnelle et doit avoir rempli les formulaires nécessaires, le travailleur doit soumettre une réclamation, la réclamation doit être jugée admissible par la CSST. Des rapports anecdotiques ainsi que l'expérience personnelle de l'auteure suggéraient qu'il existe ou qu'il a existé un manque d'information et une confusion à plusieurs niveaux du processus. Nous avons donc aussi étudié certains aspects du processus médico-administratif de ces réclamations afin d'assister à l'interprétation des données. De plus, nous pensions que l'examen de certains éléments du processus médico-administratif dans ces dossiers permettrait de mieux comprendre les besoins d'information des travailleurs, des employeurs et des médecins concernant le processus de réclamation à la CSST pour la tuberculose-infection latente et la tuberculose-maladie.

² Turcot J., CSST, Direction de la prévention-inspection. Communications personnelles.

³ Rioux M., CSST, Direction des services médicaux. Communications personnelles.

2. OBJECTIFS

1. Décrire les réclamations pour tuberculose-maladie et pour tuberculose-infection latente.
2. À travers l'examen de quelques éléments du processus médico-administratif, identifier les besoins d'information concernant le processus médico-administratif dans ce type de dossier pour les travailleurs, les employeurs et les médecins.

3. MÉTHODES

Population étudiée

Les travailleurs ayant fait des réclamations pour tuberculose-maladie ou tuberculose-infection latente entre 1995 et juillet 2002 constituent la population étudiée.

Source des données

Les informations ont été recueillies à partir des dossiers de travailleurs provenant de toutes les régions du Québec et rassemblées par la CSST à partir d'une liste constituée le 28 août 2002 par le service de la statistique de la CSST de 147 « dossiers acceptés dont la nature de la lésion est tuberculose », et dont l'année d'événement est 1995 à 2002 (jusqu'au 31 juillet). Pour les dossiers dont l'année d'événement est 1995, 1996 et 1997, la liste se réfère à des données observées (et saisies au système informatique) au 31 décembre 1999, 2000 et 2001 respectivement. Pour les dossiers dont l'année d'événement est 1998 à 2002, il s'agit de données observées au 31 juillet 2002. Notons que malgré le titre, la liste comprend également des réclamations refusées.

Confidentialité

Une convention précisant les modalités d'accès aux données a été signée avec la CSST. Les dossiers ont été consultés à la CSST à Montréal. La confidentialité des informations est assurée par le recueil de données anonymes. Les travailleurs sont identifiés par un numéro séquentiel.

Données colligées

- Diagnostic selon le code de la Classification statistique internationale des maladies-9 (CIM-9)
- Profession/métier selon la Classification canadienne descriptive des professions (CCDP)
- Secteur d'activité économique et le code de la Classification des activités économiques du Québec (CAEQ)
- Documentation du test cutané à la tuberculine (TCT, anciennement appelé « PPD »)
- Documentation d'autres tests diagnostiques
- Région administrative de la résidence
- Région administrative du lieu de travail
- Traitement recommandé
- Traitement initié
- Durée du traitement
- Effets secondaires documentés
- Procédure d'évaluation (générale ou Comité des maladies professionnelles pulmonaires (CMPP))
- Statut administratif de la réclamation (acceptée, acceptée sans perte de temps, refusée, en cours)
- Assistance médicale (coût)
- Indemnité de remplacement du revenu (IRR) (coût, durée)
- Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (APIPP) (%) et Limitations fonctionnelles
- La présence au dossier des formulaires suivants : formulaires Réclamation du travailleur, Attestation médicale, Rapport médical, Rapport final, Rapport d'évaluation médicale. Les

informations fournies sur ces formulaires concernant les circonstances de l'exposition, le diagnostic, le traitement, ainsi que tout autre élément permettant de comprendre le processus médico-administratif était également recueilli.

- Contexte de la réclamation
- Données démographiques personnelles : sexe, date de naissance ou âge, pays de naissance
- Habitudes de vie : tabagisme
- Histoire médicale
- Histoire familiale
- Description du travail, de l'exposition

Codification

La codification des données a été faite par l'assistante de recherche. Toutefois, tous les dossiers de tuberculose-maladie et une partie des dossiers de tuberculose-infection ont été révisés par le chercheur principal.

La codification du *diagnostic, du secteur d'activité économique et de l'occupation* au moment du dépistage ou du diagnostic a été faite à l'aide de la Classification internationale des maladies (7), la Classification des activités économiques du Québec (8), et de la Classification canadienne descriptive des professions (9) respectivement, à partir de la fonction identifiée dans la liste fournie, et validée par les informations au dossier.

Les diagnostics relatifs à la tuberculose ont d'abord été codés sous trois catégories : tuberculose-maladie, tuberculose-infection latente (ou primo-infection tuberculeuse selon l'ancienne nomenclature du CIM-9) et autre. Pour la catégorie tuberculose-maladie, des diagnostics plus précis ont été relevés.

On retrouvait parfois au dossier d'autres diagnostics que celui relatif à la tuberculose. Ainsi il était possible de coder plusieurs diagnostics si nécessaire. Une variable « diagnostic principal » permettait d'identifier le diagnostic principal pertinent pour l'étude.

La *région administrative du lieu de résidence* du travailleur a été codée selon la classification des Directions régionales de la CSST (Tableau 1) en utilisant l'adresse du travailleur au moment de la réclamation, quelle que soit la région attribuée par la CSST pour traiter le dossier. (Lorsque plusieurs travailleurs présentaient des réclamations pour un milieu de travail, les réclamations étaient parfois traitées par une même Direction régionale quel que soit le lieu de résidence du travailleur). Un code MT0 a été créé pour les dossiers identifiés à Montréal mais dont l'appartenance à une des cinq directions ne pouvait être précisée.

La *région administrative du lieu de travail* a été codée selon l'adresse de l'établissement et la classification des Directions régionales de la CSST.

Une codification de cinq catégories a été créée pour décrire le *contexte de la réclamation* : 1) dépistage suite à un contact connu, 2) dépistage initial ou ponctuel sans contact récent documenté, 3) dépistage périodique, 4) investigation diagnostique de symptômes, 5) information non disponible. Lorsqu'il s'agissait d'un dépistage suite à un contact connu, une codification supplémentaire précisait si la personne malade « source » était un collègue de travail ou un « client ». S'il s'agissait d'un dépistage initial, la codification précisait s'il y avait eu un test unique ou en deux temps. Deux champs texte permettaient de colliger les éléments consignés au

dossier précisant l'exposition particulière du réclamant (tâches, période de contact, etc.) ou du groupe ciblé.

Le *résultat du TCT* le plus récent ainsi que le précédent si disponibles ont été codés, soit en mm ou positif/négatif si le résultat en mm était non disponible, ainsi que la date du test.

Le *pays de naissance* était rarement précisé. Un code de pays supplémentaire « présumé Canada » a été ajouté pour témoigner, en l'absence du pays de naissance, que le nom de famille était jugé compatible avec une origine québécoise.

La codification du *traitement* permettait de codifier les médications multiples.

La codification de la décision de la CSST concernant l'*admissibilité* permettait quatre réponses : accepté, accepté sans perte de temps, refusé, ou en cours.

Le *statut vaccinal* (BCG) était codé soit « BCG » = oui si le dossier en faisait mention sans documentation spécifique, ou « BCG documenté » = oui, avec la date, seulement si une documentation du test était rapportée au dossier.

Définitions

Diagnostics « Tuberculose-infection latente » et « autre »

Compte tenu de la rareté des attestations médicales ou autres documents médicaux établissant un diagnostic, nous avons dû élaborer nos propres critères pour le diagnostic de *tuberculose-infection latente (TBIL)*.

Ces critères étaient les suivants :

- a) un formulaire « Attestation médicale » ou « Rapport médical » attestant le diagnostic;
OU
- b) une documentation médicale faisant référence à un contact documenté avec une personne malade avec une tuberculose en phase contagieuse ET un TCT positif rapporté au dossier;
OU
- c) sans documents médicaux, un contact documenté avec une personne malade avec une tuberculose en phase contagieuse ET un TCT positif ET l'amorce d'un traitement chimio prophylactique rapporté au dossier.

Lorsque ces critères n'étaient que partiellement remplis, nous avons utilisé la catégorie diagnostique « *autre* ».

TCT positif

Un TCT était catégorisé positif ou négatif selon l'interprétation du médecin ou de l'intervenant de la santé qui a effectué le dépistage, tel que rapporté au dossier.⁴

⁴ Le seuil de positivité des résultats lus en mm d'induration peut et doit varier selon le contexte. S'il y a eu un contact documenté avec une personne porteuse de tuberculose contagieuse, un TCT est généralement interprété comme positif à 5 mm. Sans contact documenté, lors d'un dépistage initial ou périodique, un test est généralement considéré positif s'il y a induration de 10+mm. L'intervenant lit le résultat en mm et réfère pour évaluation médicale les personnes classées positives selon le protocole établi à priori spécifiquement pour ce dépistage.

Durée d'absence au travail

La durée d'absence au travail a été estimée par la donnée « jours indemnisés » sur la liste fournie par la CSST.

Travailleur

Pour préserver la confidentialité « travailleur » désigne un homme ou une femme.

Saisie et analyse

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels « Access » et « Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ». Les analyses consistent en des distributions de fréquences des différentes variables en fonction du diagnostic (tuberculose-maladie et tuberculose-infection latente), ainsi que d'autres sous-groupes d'intérêt. La révision des champs de texte a contribué à expliquer les résultats des analyses.

Tableau 1 : Régions administratives

Régions administratives
Chaudière/Appalaches
Saguenay/Lac St-Jean
Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine
Outaouais
Yamaska
Richelieu-Salaberry
Laurentides
Lanaudière
Laval
Longueuil
Île-de-Montréal
Île-de-Montréal 1
Île-de-Montréal 2
Île-de-Montréal 3
Île-de-Montréal 4
Île-de-Montréal 5
Nouveau Québec
Québec
Bas St-Laurent
Abitibi-Témiscamingue
Côte-Nord
Estrie
St-Jean sur Richelieu
Mauricie et Centre-du-Québec
Valleyfield

4. RÉSULTATS

4.1. APERÇU GLOBAL

Parmi les 147 dossiers énumérés dans la liste fournie, le dossier était non disponible pour six d'entre eux. Un autre dossier a été initialement ouvert avec une réclamation pour tuberculose, puis une amiantose a été diagnostiquée par le Comité des maladies pulmonaires professionnelles (CMPP), le dossier ne faisant plus mention de tuberculose par la suite. Ce dossier fut exclu. Notre étude porte donc sur 140 dossiers.

La majorité des réclamations étaient faites par des travailleurs âgés entre 35 et 54 ans (Tableau 2), et par des femmes (n=92, 65,7 %).

Tableau 2 : Répartition des réclamations par groupes d'âge

Âge	Nombre	%
< 25	12	8,7 %
25-34	26	18,8 %
35-44	43	31,2 %
45-54	44	31,9 %
55-64	12	8,7 %
≥ 65	1	0,7 %
Inconnu	2	-
Total	140	100 %

Les réclamations proviennent majoritairement des secteurs de la santé (n=62) et des services correctionnels provinciaux (n=32). Les réclamations identifiaient le plus souvent un lieu de travail des régions de l'Île de Montréal (n=76), des Laurentides (n=14) ou de Yamaska (n=12).

Sept des réclamations étaient faites pour une tuberculose-maladie active, 86 rencontraient nos critères pour un diagnostic de tuberculose-infection latente ou primo-infection, tandis que 47 ne les rencontraient que partiellement.

Lors de l'examen des dossiers, nous avons identifié les réclamations qui étaient associées entre elles par une exposition professionnelle à un même cas contagieux. Ainsi nous avons identifié 14 groupes pour 84 réclamations tandis que 56 réclamations n'ont été associées à aucun groupe. Aucun des 7 cas de tuberculose-maladie active n'était associé à un des 14 groupes.

4.2. TUBERCULOSE-MALADIE

Chacun des sept cas reconnus de tuberculose-maladie active vient d'une région différente sauf deux. L'âge au moment du diagnostic variait entre 27 et 55 ans.

Six des cas proviennent du secteur de la santé et le septième d'un milieu industriel.

Les professions suivantes étaient impliquées pour les réclamations provenant du secteur de la santé : infirmière diplômée, infirmière auxiliaire, et préposé aux autopsies.

Les diagnostics principaux étaient tuberculose pulmonaire, tuberculose pleurale, ou tuberculose ganglionnaire médiastinale. Dans certains cas un diagnostic secondaire relié à la tuberculose était présent (par exemple épanchement pleural, empyème, ou atteinte parenchymateuse).

Un contact documenté avec une personne porteuse de tuberculose contagieuse était mentionné dans cinq des sept cas. Dans les milieux hospitaliers, les contacts documentés avaient eu lieu en fournissant des soins à un patient avant le diagnostic alors que celui-ci n'était pas encore en isolement respiratoire. Les deux cas où un contact spécifique n'avait pu être documenté provenaient aussi des milieux hospitaliers.

Cinq travailleurs ont été diagnostiqués après avoir consulté pour leurs symptômes. Pour un travailleur le diagnostic a fait suite à une enquête dans le milieu de travail par une Direction de santé publique après la déclaration d'une tuberculose-maladie en phase contagieuse chez un de ses collègues. Un autre travailleur a été diagnostiqué suite à un dépistage périodique. À ce moment il disait présenter un syndrome grippal depuis un mois.

Le traitement antituberculeux a été complété dans les sept cas. Dans quatre dossiers on parle d'effets secondaires (fatigue, asthénie, nausées, vertiges, étourdissements, « rash », pertes de mémoire, « petite enzymite » et douleurs thoracique, épigastrique et parfois dorsale).

La durée d'absence au travail, disponible pour six travailleurs, a varié entre 18 et 351 jours (médiane 211 jours). Dans les deux dossiers avec le nombre de journées indemnisées et les montants d'IRR les plus élevés, les travailleurs avaient subi des thoracotomies.

Concernant le processus médico-administratif, trois des sept cas ont été évalués d'emblée par le CMPP. Trois cas ont été évalués uniquement par le processus général et n'ont pas été soumis au CMPP. Finalement un dossier d'abord refusé dans le cadre du processus général, a été soumis au CMPP suite à la contestation du travailleur, et finalement accepté.

4.3. TUBERCULOSE-INFECTION LATENTE (réclamations n'étant pas une tuberculose-maladie)

Contexte de la réclamation (Tableau 3)

Parmi les 133 dossiers étudiés, il n'était pas possible de déduire le contexte de la réclamation à partir des informations contenues au dossier pour quatre travailleurs. Pour les 129 pour qui l'information était disponible, 83 (64,3 %) réclamations ont été faites suite à la présence documentée dans le milieu de travail d'une personne malade d'une tuberculose-maladie en phase contagieuse. Pour 33 (25,6 %) travailleurs, la réclamation résultait d'un dépistage initial dans le cadre d'un programme de dépistage périodique ou d'un dépistage ponctuel sans contact documenté avec un cas contagieux spécifique, tandis que pour 9 (7,0 %) elle résultait d'un dépistage de suivi périodique. Quatre (3,1 %) travailleurs ont fait leur réclamation ayant découvert leur statut positif au TCT suite à une investigation de symptômes qui ne se sont pas avérés être causés par une tuberculose-maladie.

Tableau 3 : Contexte de la réclamation

	N	%
Présence documentée dans le milieu de travail d'une personne malade avec une tuberculose contagieuse	83	64,3
Source collègue de travail	60	72,3
Source client/bénéficiaire	22	26,5
Source autre	1	1,2
Dépistage initial ou dépistage ponctuel sans exposition documentée	33	25,6
Test unique	29	87,9
Deuxième test de base	4	12,1
Dépistage de suivi périodique	9	7,0
Investigation de symptômes	4	3,1
Information non disponible	4	-
Total	133	

Parmi les 83 travailleurs qui avaient eu un contact documenté dans le milieu de travail, 60 (72,3 %) avait été en contact avec un client ou un bénéficiaire contagieux tandis que 22 (26,5 %) avec un collègue de travail. Dans un cas (classé autre) il s'agissait d'un contact à l'occasion d'un vol d'avion pour affaires.

Trente-trois réclamations résultaient d'un TCT positif découvert lors d'un dépistage initial en un deux temps, ou encore d'un dépistage ponctuel sans contact documenté. Pour la majorité (87,9 %) il s'agissait d'un test unique tandis que pour 12,1 % il s'agissait du deuxième test d'un test de base en deux temps.

Secteur d'activité économique (Tableau 4)

La majorité des réclamations provenaient de trois types de milieux : centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) (37, 27,8 %), services de santé autres que CHSCD et maisons de retraite d'organisations religieuses (25, 19,4 %), et services correctionnels provinciaux (32, 24,1 %). Les autres dossiers provenaient de divers secteurs tels que, les industries de machinerie et équipement (10), l'enseignement (9), les services d'administration locale (5). Les services de policiers (fédéraux et locaux), les services d'immigration, les industries de l'imprimerie et de l'édition, les industries sidérurgiques, les services de transport aérien, les services publics (électricité), les sociétés d'investissement, l'aide internationale, les salles de quilles ou de billard, et les organismes communautaires comptaient ensemble pour 15 dossiers.

Tableau 4 : Secteur d'activité économique et statut d'admissibilité

Secteur	Accepté	Refusé	Total
➤ CHSCD	35	2	37
➤ Services de santé autres que CHSCD*, et organisations religieuses**	21	4	25
➤ Services correctionnels provinciaux	9	21	30****
➤ Industries de machinerie et équipement	8	2	10
➤ Enseignement (primaire/secondaire/universitaire)	8	0	8
➤ Services administratifs municipaux	2	0	2****
➤ Police fédérale/provinciale/locale ➤ Organisme municipal local (groupe communautaire) ➤ Services d'immigration ➤ Aide internationale ➤ Transport aérien et société de portefeuille*** ➤ Sidérurgie ➤ Production et distribution d'électricité ➤ Impression ➤ Salles de quilles et de billard	8	7	15
TOTAL	91	36	127****

* Les services de santé non CHSCD comprennent : CHSLD, Centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, Centres d'hébergement, CLSC, Cabinets de médecins, services d'ambulance, autres associations et organismes.

**Organisations religieuses : il s'agit de maisons de retraite. Nous les avons assimilées à cette catégorie qui contient des CHSLD et des centres d'hébergement.

***Société de portefeuille : personne exposée lors d'un transport aérien pour voyage d'affaires.

**** Six dossiers sont exclus du tableau (2 pour Services correctionnels, 3 pour Services administratifs municipaux et 1 pour enseignement) car l'information concernant la décision d'admissibilité était manquante.

Professions

Au niveau des professions, on retrouvait majoritairement des professions de la santé (infirmières diplômées (19), aides-infirmières et infirmières auxiliaires (20), personnel spécialisé en soins infirmiers non classés ailleurs (3), techniciens de laboratoire (2), autre personnel médical et techniciens de santé (9). Les autres catégories où les regroupements de catégories les plus représentées sont les gardiens et agents de sécurité (19), les secrétaires et les employés de bureau (12), les directeurs et cadres administratifs (6), les chefs et cuisiniers (5) et les travailleurs non classés ailleurs (5).

Région du lieu de travail

Dans 57,3 % des cas les réclamations provenaient de travailleurs d'établissements sur l'île de Montréal. Deux autres régions, les Laurentides et Yamaska, comptaient plus de 10 réclamations et les régions de Laval, Estrie, et Saint-Jean-sur-Richelieu/Richelieu-Salaberry comptaient 5 réclamations ou plus.

Région du lieu de résidence

La région de résidence comportait un pourcentage un peu moindre pour l'île de Montréal (35,3 %), Laval et Longueuil se rajoutaient aux Laurentides et Yamaska comme régions avec plus de 10 réclamations.

Diagnostic

Parmi les 133 réclamations dont le diagnostic n'était pas une tuberculose-maladie, 86 (64,7 %) correspondaient à nos critères pour une tuberculose-infection latente, tandis que 47 (35,3 %) ont été classées « autre ». Pour ces dernières, même si un ou plusieurs éléments étaient présents au dossier, ils ne rencontraient pas complètement les critères que nous avons établis pour les classer comme tuberculose-infection latente.

Compte tenu de la rareté de la présence d'un diagnostic explicite, la documentation d'un TCT positif récent semblait constituer un critère « substitut » pour permettre aux agents d'indemnisation de fonctionner en regard de l'admissibilité du dossier. En tenant compte de l'ensemble des éléments présents au dossier, dans 124 (93,2 %) réclamations un TCT positif récent était documenté même si le résultat spécifique en millimètres ne figurait pas toujours au dossier.

Parmi les neuf dossiers sans TCT récent documenté, trois travailleurs s'étaient vu recommandés et ont initié un traitement. De ces trois, deux faisaient partie d'un groupe et ont été jugés admissibles, contrairement au troisième, qui a été refusé pour la raison « les vaccins et/ou traitements reçus à titre préventif ne sont pas reconnus comme étant une lésion professionnelle ».

Traitement préventif recommandé, initié et complété

Dans 70 % (n=93) des réclamations, le dossier indiquait qu'un traitement préventif (ou chimioprophylaxie) avait été recommandé et que le traitement avait été initié dans 92,5 % (n=86) de celles-ci.

Il était beaucoup plus difficile de savoir si le traitement avait été complété. Ce résultat a une importance dans l'évaluation des programmes de contrôle de la tuberculose en santé publique. En effet le but du dépistage est généralement le traitement préventif des personnes infectées afin, entre autres, de prévenir la présence éventuelle de nouveaux cas contagieux dans la population. Le suivi du traitement a moins d'importance dans la gestion de l'application de la Loi sur les accidents de travail et des maladies professionnelles dont le but est d'indemniser et de réadapter des individus (travailleurs) atteints de lésions professionnelles. Le traitement dans les cas de TBIL, si indiqué, est préventif et la personne demeure généralement apte à travailler, donc avec absence ou peu de déboursés d'indemnisation. Ainsi, à moins de complications, notamment les effets secondaires attribués à la médication, il y avait rarement un suivi dans le dossier médico-administratif de la CSST.

Effets secondaires du traitement

Des effets secondaires au traitement préventif étaient rapportés au dossier pour 51 travailleurs. Les plus fréquemment mentionnés étaient la fatigue et divers symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, perte d'appétit, dyspepsie, douleurs abdominales, gonflement abdominal). Une toxicité hépatique de sévérité variable était invoquée dans une douzaine de dossiers. Une dizaine de personnes rapportaient des associations de fièvre, frissons, douleurs pluriarticulaires, myalgies, avec ou sans éruptions cutanées (urticaire, urticaire géant avec œdème, dermite au visage, etc.). Divers symptômes neurologiques tels que somnolence, étourdissements, vertiges, céphalées, étaient rapportés ainsi que trois syndromes dépressifs dont une dépression majeure et deux cas de névrite périphérique. Quelques dossiers avaient des commentaires non spécifiques tels que « toxicité à l'INH », « intolérance à l'INH », « effets secondaires causant absence depuis un an », etc.

On note une proportion d'effets secondaires légèrement plus élevée (non statistiquement significative) chez les travailleurs de plus de 35 ans.

Parmi les personnes rapportant des effets secondaires, 31 ont eu une indemnité de remplacement du revenu (Tableau 5). Pour 15 autres personnes, le dossier a été accepté mais il n'y a pas eu d'indemnisation de remplacement de revenu. Pour certains d'entre eux, les effets secondaires n'ont probablement pas nécessité de s'absenter du travail, mais d'autres semblent avoir eu des effets significatifs. Les notes ne permettent pas de savoir s'il y a eu perte de temps sans réclamation (ceci est possible surtout quand la réclamation est faite tardivement). Trois des 51 personnes ont vu leur dossier refusé donc ne pouvaient recevoir d'indemnisation, et un dossier n'avait pas encore de conclusion sur son admissibilité. Finalement, pour un dossier l'information était non disponible.

Tableau 5 : IRR chez les personnes avec effets secondaires au traitement

	N
Aucun IRR	15
1 à 1 999 \$	22
2 000 à 4 999 \$	4
5 000 à 9 999 \$	5
Dossier refusé	3
Dossier en cours	1
Informations manquantes	1
Total	51

Admissibilité

Parmi les 133 dossiers, 91 (70,6 %) ont été acceptés (dont 30 sans perte de temps), 36 (27,9 %) ont été refusés, et 2 (1,6 %) étaient en cours de traitement. L'information était non disponible pour 4 autres dossiers.

Documentation administrative et médico-administrative dans les dossiers

Plusieurs dossiers contenaient très peu d'information. Ainsi il n'y avait pas de « Réclamation du travailleur » pour 18 (13,5 %) d'entre eux. Un « avis de l'employeur » était présent dans 87

(65,4 %). Une « attestation médicale » était présente dans seulement 53 (39,8 %) des dossiers et un « rapport médical » (formulaire CSST) était présent dans 34 dossiers dont la moitié n'avait pas d'« attestation médicale ». Par contre on pouvait trouver d'autres types de rapports médicaux (par exemple des rapports de consultation, des notes d'évolution, des mémos écrits par le médecin) sans la présence de formulaires « attestation médicale » ou « rapport médical » de la CSST dans 47 dossiers. On trouvait un formulaire « rapport final » dans 13 dossiers. Trois dossiers avaient une expertise médicale au dossier. En tout, au moins un document médical d'une forme ou l'autre se retrouve dans 117 dossiers.

4.3.1. Réclamations associées à des groupes

L'examen des dossiers a permis d'identifier des réclamations qui étaient associées entre elles par l'exposition professionnelle à un même cas contagieux. Quatorze groupes ont été identifiés pour 78 réclamations (Tableau 6).

Tableau 6 : CAEQ vs réclamations par groupes de travailleurs

CAEQ	Nb de groupes
Autres industries de machinerie et équipement	1
Établissements de détention (provincial)	2
Service de police (local)	1
Autres services administratifs	1
Enseignement maternelle, élémentaire, secondaire	1
Enseignement universitaire	1
Centre hospitalier soins de courte durée	5
Centre hospitalier de soins prolongés (long terme)	1
Organisations religieuses	1
TOTAL	14

Contexte

Dans tous les groupes sauf un dont les travailleurs avaient participé à un programme de dépistage périodique (voir plus bas), il y avait eu présence documentée d'une personne avec une tuberculose en phase contagieuse dans le milieu de travail. Toutefois pour deux groupes, le dépistage s'était fait dans un contexte d'un ciblage élargi suite au dépistage initial des personnes contacts les plus exposées. Le seuil de positivité utilisé pour le TCT pour ces deux groupes était 10 mm plutôt que 5 mm⁵.

Dans un de ces groupes, parmi les 27 réclamations provenant de cette deuxième vague de dépistage, six ont été acceptées. Les réclamations acceptées contenaient généralement la documentation d'une exposition à la personne contagieuse, tandis que l'absence d'une telle documentation était généralement la justification du refus retrouvé dans la lettre envoyée au travailleur. Il est à noter que parmi les 6 réclamations acceptées, 4 avaient reçu une recommandation de traitement lors de l'évaluation médicale, tandis que parmi les cas refusés, 3 avaient aussi reçu une telle recommandation.

⁵ L'interprétation du TCT varie selon le contexte du dépistage.

Description des groupes

Cinq groupes provenaient de centres hospitaliers de courte durée, dont aucun de la région de Montréal. Pour quatre de ces groupes les dépistages ont été faits suite à un contact avec un patient contagieux. Pour le cinquième groupe, un dépistage élargi avait été offert aux travailleurs dans un hôpital suite au dépistage des employés ayant eu un contact direct documenté avec un cas de tuberculose contagieuse. Dans ce contexte, les réclamations de deux travailleurs de laboratoire ont finalement été refusées.

Quatre réclamations provenaient d'un établissement classé comme centre de soins prolongés. Il s'agissait d'employés qui avaient travaillé sur une unité de soins prolongés où avait résidé un patient subséquemment décédé et diagnostiqué avec tuberculose-maladie. La période contagieuse sur l'unité était estimée à environ trois mois. Deux réclamations avaient été acceptées et deux étaient « en cours ».

Un groupe de réclamations était associé à une organisation religieuse (Maison de retraite). Cinq employés (trois du personnel du nursing et deux de l'entretien ménager) ont subi un dépistage suite au diagnostic de tuberculose contagieuse chez un des bénéficiaires. La période contagieuse avant l'hospitalisation était considérée être d'environ un mois. Quatre des employés prodiguaient des soins directs dans la chambre d'un patient tandis que le cinquième travaillait sur le même étage alors que le patient était encore mobile et se promenait. Ce dernier n'avait pas initialement été ciblé pour le dépistage. Toutes les réclamations ont été acceptées.

En 2000, trois enseignants en contact avec une étudiante contagieuse sur une période d'environ trois mois ont produit des réclamations qui ont toutes été acceptées.

En 2002, quatre réclamations ont été reçues et acceptées sans perte de temps pour des employés universitaires ayant été avisés par une lettre de la Direction de santé publique qu'ils avaient été exposés à une étudiante porteuse d'une tuberculose très contagieuse.

Pour deux groupes l'exposition professionnelle s'est produite à l'occasion du travail avec un collègue contagieux. Un groupe de cinq employés d'un établissement classé « services administratifs autres » a fait des réclamations dans un tel contexte suite à des TCT positifs. Peu d'information se trouve dans les dossiers. Ainsi, pour ces personnes, on ne sait pas si un traitement a été recommandé et si leur réclamation a été acceptée.

Dix employés d'un secteur industriel ont aussi fait des réclamations après avoir eu à subir des tests de dépistage à la demande de la santé publique à cause de la présence d'un collègue contagieux. Sur les 10 employés deux ont été refusés après la documentation de TCT négatifs. (Ces réclamations semblaient viser une compensation pour la perte de temps de travail pour le dépistage qui s'est fait à l'extérieur du milieu de travail). Un traitement préventif a été recommandé pour 6 des 8 autres employés.

Un groupe de réclamations provenait de trois agents de services correctionnels qui faisaient partie d'un programme de dépistage périodique. Ils ont fait des réclamations suite à un test de dépistage périodique positif. Il n'y avait pas eu de présence documentée d'une personne contagieuse dans l'établissement. Dans deux cas, ces réclamations ont été acceptées par la CSST. Dans le cas de la troisième personne, le dossier était non disponible pour étude mais une IRR avait été versée.

Finalement, un groupe de trois employés a présenté des réclamations alléguant avoir été exposé à une personne porteuse d'une tuberculose contagieuse. Toutefois, aucune documentation de

l'exposition ni du statut tuberculinique (TCT) ni d'une consultation médicale n'était présente au dossier. Les trois réclamations ont été refusées.

4.3.2. Réclamations non associées à des groupes

Cinquante-cinq personnes ne faisaient partie d'aucun groupe.

La grande majorité d'entre elles (n=41, 74,5 %) ont fait une réclamation *suite à un contact connu dans le milieu de travail* (Tableau 7). Parmi ces 41 dossiers, la plupart d'entre eux étaient des professionnels de la santé (n=25, 61 %), provenaient des établissements de santé (n=28, 68,3 %), et provenaient de milieux de travail sur l'île de Montréal (n=23, 56,1 %). Les 13 réclamations de travailleurs de secteurs autres que la santé étaient répartis sur 11 secteurs (enseignement, organisation communautaire autochtone, services correctionnels, services d'immigration, transport aérien, production d'électricité (bureaux), impression, journaux, industrie sidérurgique, et une société sans portefeuille (contact lors d'un vol d'affaires). Parmi les 41 réclamations, 33 furent acceptées, 6 furent refusées, une était en cours de traitement et pour une autre cette information ne se trouvait pas au dossier.

Trois des six réclamations refusées provenaient d'ambulanciers et les dossiers contenaient extrêmement peu de documentation. Dans les trois autres cas refusés l'exposition ne semblait pas faire de doute. Un des dossiers ne contenait ni de documentation du diagnostic ni du TCT. Dans le deuxième cas le TCT est rapporté à 8 mm et un traitement préventif a été recommandé. Le motif du refus est : « Il n'y a ni blessure ni maladie contractée. Les soins sont à titre préventifs seulement ». Finalement, dans le troisième cas une réclamation est soumise tardivement pour une complication du traitement et, de plus, une réclamation n'avait pas été faite auparavant pour l'infection elle-même. Le motif du refus est « Nous ne pouvons établir de lien entre la (diagnostic) et l'événement décrit ».

Cinq personnes ont fait une réclamation *suite à un dépistage périodique* dans leur milieu de travail. Quatre de ces réclamations provenaient de centres hospitaliers de courte durée et une provenait d'un agent de services correctionnels. Dans tous les cas ces travailleurs avaient eu au moins deux tests antérieurs négatifs et avaient converti leur cutiréaction à la tuberculine. Il n'y avait pas de contact documenté. Ces réclamations ont toutes été acceptées.

Les six personnes qui ont fait des réclamations *lors d'un dépistage initial ou ponctuel* sans contact récent documenté provenaient du secteur de la santé, des services d'immigration ou de l'aide internationale. Toutes ont été acceptées.

Deux personnes ont fait une réclamation dans un contexte où un TCT positif a été trouvé *lors d'une investigation pour des symptômes*, mais une tuberculose active n'a pas été diagnostiquée. Une réclamation a été refusée et l'autre était encore en cours.

Finalement, l'information sur le contexte était *non disponible* pour une autre réclamation dont le dossier contenait peu d'information (aucune documentation sur l'exposition, ni sur le TCT « dit avoir passé un test positif »), ni sur le diagnostic. La réclamation a été refusée.

Tableau 7 : Réclamations non associées à un groupe

Contexte de la réclamation	N (%)
Dépistage suite à un contact connu	41 (74,5 %)
Dépistage périodique	5 (9,1 %)
Dépistage initial ou ponctuel	6 (10,9 %)
Investigation diagnostique de symptômes	2 (3,6 %)
Contexte non disponible	1 (1,8 %)
TOTAL	55 (100 %)

5. DISCUSSION

Les résultats présentés témoignent de situations où il y a eu transmission professionnelle de la tuberculose au Québec.

La tuberculose-maladie

Les cas de tuberculose-maladie acceptés comme maladies professionnelles dans le cadre de cette étude se retrouvent principalement chez des travailleurs d'établissements de santé de soins de courte durée. La plupart des cas étaient le résultat d'une transmission récente, mais dans un des dossiers on peut penser que l'infection aurait aussi pu avoir été acquise dans un emploi antérieur, aucun cas de tuberculose contagieuse n'ayant été rapporté dans le milieu de travail au moment du diagnostic.

Dans un cas, la maladie a été transmise d'un travailleur à un autre, dans un milieu de travail ne faisant pas partie des secteurs traditionnellement reconnus comme étant associés à un risque professionnel pour la tuberculose. Ce cas illustre la problématique de la transmission entre travailleurs, le risque était associé non pas au travail lui-même, mais aux caractéristiques des travailleurs présents (provenant de pays où la tuberculose est endémique), associé aux conditions qui rendent propice la transmission de la mycobactérie dans ces milieux de travail.

La tuberculose-infection latente

La majorité des réclamations pour tuberculose-infection latente a été produite suite à un contact documenté au travail avec une personne contagieuse. Dans un quart des cas, le contact était occasionné par un collègue de travail contagieux, plutôt que par un client, un patient, un étudiant, etc.

Toutefois, il est difficile d'interpréter quantitativement ces résultats puisque les travailleurs infectés et/ou traités suite à un contact en milieu de travail ne font pas tous des réclamations. De plus, certains milieux de travail peuvent présenter des conditions qui favorisent davantage la déclaration que d'autres, ce qui apporte des biais dans les secteurs représentés.

Facteurs de risque professionnel

Le secteur de la santé compte pour la majorité des dossiers, tant au niveau de la tuberculose-maladie que la tuberculose-infection. Même si la majorité des réclamations provenaient de CHSCD, un nombre important provenait d'autres milieux, incluant CHSLD, CLSC, bureaux de médecins et le secteur ambulancier. Les dossiers témoignaient de contacts survenus majoritairement avant le diagnostic et l'isolement respiratoire d'une personne contagieuse, confirmant l'importance du diagnostic précoce et du respect des critères d'isolement respiratoire en attente de la confirmation ou non du diagnostic.

La représentativité importante de ce secteur relativement à d'autres peut aussi refléter la connaissance du risque, l'accès relativement facile aux tests, et l'existence de programmes de dépistage dans certains milieux. Néanmoins, ces réclamations témoignent de l'existence au Québec de cas de transmission professionnelle de la tuberculose dans ce secteur.

Il est intéressant de noter que parmi les quatre réclamations pour une conversion du statut tuberculique dans le cadre de dépistages périodiques chez des employés de CHSCD, une des

réclamations provenait d'un commis à l'urgence, témoignant du risque de transmission associé à ce département hospitalier.

Malgré une forte présence du secteur correctionnel pour les réclamations de tuberculose-infection il n'y en avait aucune pour tuberculose-maladie. Le nombre de réclamations dans ce secteur a été fortement influencé par le programme de dépistage élargi qui a eu cours. En effet, 86,7 % des réclamations de ce secteur sont associées à l'opération de dépistage élargi qui a suivi la présence d'un cas contagieux parmi les personnes détenues⁶. La plupart a été refusée parce que les réclamants n'avaient pas eu un contact direct documenté avec le cas contagieux. Par contre trois réclamations effectuées dans les années subséquentes, résultant des dépistages périodiques qui ont été effectués dans d'autres établissements de détention à Montréal, ont été acceptées. En effet, malgré l'absence de contact documenté, les réclamants ont pu documenter une conversion de leur statut tuberculinique au cours de l'emploi par les TCT périodiques.

Parmi d'autres secteurs où on reconnaît un risque potentiel, on retrouve les centres d'accueil (incluant les maisons de retraite des organisations religieuses) et les services d'immigration et de transport aérien. Par contre les refuges pour personnes sans abri sont peu représentés. Une sous-représentation peut découler de plusieurs facteurs : sous-diagnostic, étiologie professionnelle sous-identifiée, sous-déclaration, difficulté d'identifier par le CAEQ les établissements appartenant à ce secteur, etc.

Par ailleurs on retrouvait plusieurs réclamations du secteur de l'enseignement, où la source infectieuse était toujours le « client », c'est-à-dire l'étudiant.

Montréal est la région la plus représentée, ce qui est compatible avec les caractéristiques de la maladie, c'est-à-dire une prévalence plus élevée dans les grands centres urbains.

La fréquence des effets secondaires et les coûts d'absences du travail (IRR)

La fréquence des effets secondaires et les coûts d'absences du travail (IRR) sont sujet à une surreprésentation dans une telle étude, puisque des complications au traitement générant des coûts ou des pertes de temps de travail inciteront davantage le travailleur à faire une réclamation que la situation qui ne présente aucune complication. Les informations présentes dans les dossiers ne sont pas assez précises pour aller très loin dans l'analyse. Toutefois les effets décrits témoignent du fait que les traitements, même préventifs, ne sont pas anodins.

Processus médico-administratif

L'admissibilité pour les réclamations à la CSST peut passer par le processus général ou par le Comité des maladies professionnelles pulmonaires lorsqu'il s'agit de maladies professionnelles pulmonaires.

Pour le processus général, selon les politiques en regard de l'admissibilité,

« L'article 29 de la LATMP précise que le travailleur atteint d'une maladie visée dans l'annexe I de la loi est présumé atteint d'une maladie professionnelle s'il a exécuté un travail correspondant à cette maladie d'après l'annexe. Ainsi la présomption s'applique lorsque deux éléments sont réunis : 1) un certificat médical attestant que le travailleur est atteint d'une maladie figurant sur la liste, et 2) une expérience de travail « correspondant

⁶ Pour plus de détails, voir Jochem K., Tannenbaum T.N., Menzies D., Prevalence of tuberculous skin test reactions among prison workers. Canadian Journal of Public Health, Vol 88, No 3, 202-6, 1997.

à cette maladie » d'après l'annexe de la loi, dont l'appréciation est du ressort de la Commission. » (10).

En effet, la tuberculose est visée à la section II (maladies infectieuses) de l'annexe I sous le titre général de « tuberculose ». Dans le tableau de la section II, l'expérience de travail correspondant à cette maladie est « un travail impliquant des contacts avec des humains, des animaux, des produits humains ou animaux ou d'autres substances contaminées ». Dans les dossiers acceptés, l'évènement accidentel ou les occasions d'exposition à des cas contagieux spécifiques ne sont pas toujours identifiés, en particulier dans le contexte de programmes de dépistage périodique. D'ailleurs, l'article 29 de la loi mentionne aussi la notion de risque : « Les maladies énumérées dans l'annexe I sont caractéristiques du travail correspondant à chacune de ces maladies d'après cette annexe et sont reliées directement aux *risques particuliers de ce travail*... ». Typiquement, les personnes atteintes d'une tuberculose-maladie sont contagieuses un certain temps avant d'être diagnostiquées. Ainsi le travailleur peut avoir été exposé sans le savoir et peut ne pas être identifié comme contact plus tard lorsque que le diagnostic sera éventuellement fait. Cela fait donc partie des risques particuliers et d'autant plus s'il y a beaucoup de variabilité dans les tâches du travailleur ou de roulement de la clientèle desservie chez qui on retrouve les cas de tuberculose.

Pour les maladies professionnelles pulmonaires, selon les politiques en regard de l'admissibilité, « La présomption s'applique lorsque deux éléments sont réunis : l'avis du comité spécial (article 231) et une expérience de travail « correspondant à la maladie professionnelle pulmonaire » selon l'annexe de la loi. La Commission doit donc attendre le rapport du comité spécial (articles 231 et 233) pour se prononcer sur l'admissibilité de la réclamation... » (10).

Dans les dossiers étudiés, on voit que les deux voies d'admissibilité sont utilisées puisqu'en ce qui concerne les réclamations pour tuberculose-maladie, trois des sept cas sont passés par le processus général uniquement et n'ont pas été évalués par le CMPP. Dans un quatrième cas, après un premier refus par le processus général, le travailleur a contesté la décision. Par la suite il a été évalué par le CMPP qui a reconnu l'étiologie professionnelle de la maladie.

Pour ce qui est de la tuberculose-infection latente, l'admissibilité passait par le processus général. Toutefois l'application de la présomption d'admissibilité n'est pas évidente. En premier lieu elle nécessite la présence d'un diagnostic relatif à la tuberculose alors qu'on retrouvait rarement un diagnostic explicite dans le dossier.

Toutefois, il ne semble pas que ce soit l'absence de documents médicaux qui fasse problème. En effet, même si on retrouvait le formulaire « attestation médicale » dans seulement 40 % des dossiers, dans les autres dossiers on retrouvait soit le formulaire « rapport médical » (12,8 %) soit un autre type de rapport médical (35,3 %). Seulement 16 dossiers (12 %) ne contenaient aucun document médical.

Par contre parmi les 117 dossiers qui contenaient l'un ou l'autre des différents types de document médicaux, on n'a retrouvé un diagnostic explicite relatif à la tuberculose que dans 19 dossiers. Dans les autres cas, on mentionnait un ou plusieurs des éléments suivants : contact avec un cas contagieux, résultats du test de dépistage, traitement recommandé ou initié, et parfois un diagnostic relatif aux effets secondaires du traitement sans l'identification du diagnostic sous-tendant le traitement. Tout de même, dans 35 dossiers, le document médical comportait trois éléments d'information : le contexte du dépistage suite à un contact, le résultat du TCT, et le fait d'avoir recommandé ou initié un traitement. Dans quatre autres dossiers le document médical

mentionnait une conversion du statut tuberculinique et l'initiation ou la recommandation d'un traitement, et dans encore quatre autres un traitement avait été initié lors d'un dépistage de routine sans contact particulier documenté. Dans ces dossiers les éléments réunis permettent quand même assez facilement de déduire le diagnostic. On pourrait donc dire que dans 62 des 133 dossiers (43 %) on estime avoir le diagnostic ou des éléments suffisants pour le déduire.

En l'absence d'une identification explicite du diagnostic, on observe donc que les responsables tentent d'utiliser la documentation disponible au dossier pour rendre une décision. Toutefois ces indicateurs ne peuvent pas toujours se substituer au diagnostic. Par exemple, l'absence de traitement ne contredit pas nécessairement le diagnostic de tuberculose-infection, un TCT positif ne confirme pas automatiquement une infection récente, le seuil de positivité du TCT diffère selon le contexte, etc⁷.

D'autre part, pour exercer la présomption d'admissibilité, il faut porter un jugement sur « l'expérience de travail correspondant à la maladie professionnelle », dans ce cas « un travail impliquant des contacts avec des humains, des animaux, des produits humains ou animaux ou d'autres substances contaminées ». Puisque l'appréciation de l'exposition est du ressort de la CSST, lorsqu'une personne source contagieuse a été identifiée dans le milieu de travail, cela nécessite que la CSST porte un jugement à savoir si le contact a été suffisant pour causer l'infection, ce qui n'est pas toujours évident. L'exposition accidentelle d'un travailleur à une personne source contagieuse connue se rapporte à une période de temps délimitée pendant laquelle on considère rétrospectivement que la personne source malade sera réputée « contagieuse ». La période identifiée est une estimation faite par la Direction de santé publique dans le but de cibler la population pour qui, à priori, le degré de contact justifie un dépistage dans le but de détecter des cas secondaires de tuberculose-maladie et les personnes récemment infectées qui devraient recevoir un traitement. Lors d'une réclamation, il s'agit de documenter historiquement l'exposition spécifique du réclamant à la personne source contagieuse, ce qui peut présenter des difficultés lorsqu'il n'y a pas de documentation ou de consensus entre l'employeur et le travailleur.

Par ailleurs, l'examen des dossiers démontre une confusion entre la notion d'exposition dans le cas d'une exposition accidentelle à un cas documenté, et le risque d'exposition à des cas contagieux pas toujours documentés dans certains secteurs professionnels. Plusieurs dossiers refusés présentaient ce problème.

En effet, certains dépistages ne font pas suite à un contact connu. Habituellement ces dépistages périodiques s'effectuent dans des milieux à risque. Leur but est de détecter des infections suite à une exposition non-identifiée à un cas contagieux. Dans ces contextes, le seuil de positivité du TCT est plus élevé (10 mm). Une interprétation du test doit être faite lors d'une évaluation médicale en tenant compte de l'ensemble des résultats et des différents facteurs professionnels et personnels afin de porter un jugement diagnostic (infection récente, infection ancienne, réactivité post-vaccinale, etc.). Une infection d'origine professionnelle peut aussi être « ancienne » si la personne travaille dans un emploi à risque depuis plusieurs années.

⁷ Rappelons que le TCT est un indicateur et ne peut se substituer au diagnostic. Dans certaines conditions, une personne avec un TCT négatif peut faire une tuberculose-maladie. Une personne qui a déjà un TCT positif antérieur (donc exclue du dépistage suite à un nouveau contact) peut être réinfectée, cette réinfection peut évoluer vers une tuberculose-maladie. Ainsi les personnes contacts dans cette situation peuvent se voir offrir une chimioprophylaxie sans qu'il y ait documentation d'un TCT récent.

Parmi les dossiers étudiés, il arrivait que certaines interventions fassent appel aux deux types de contexte. L'interprétation est complexe et source de confusion. On constate que lorsqu'il y a eu un contact documenté avec une personne contagieuse et un TCT positif, la plupart des réclamations sont admises. Parfois un dépistage élargi fait suite au premier. Dans ce contexte, si le contact avec la personne source n'est pas clairement documenté, les réclamations de travailleurs dépistés positifs ont souvent été refusées même lorsqu'il s'agit d'un secteur professionnel à risque et que le test positif est compatible avec une exposition professionnelle antérieure, tel que jugé par le médecin quand il propose une chimioprophylaxie. En effet, lorsqu'il y a des dépistages élargis suite à un cas connu dans un secteur à risque, ce n'est pas toujours évident comment aborder la notion d'exposition. Autrement dit, si on a changé le critère de positivité du TCT de 5 à 10 mm, la documentation d'un contact avec le cas contagieux récent n'est pas l'unique façon de documenter l'exposition professionnelle. Il faut aussi considérer le risque professionnel d'avoir été exposé antérieurement.

Une autre source de confusion dans le processus médico-administratif est le mot « maladie ». La reconnaissance d'une maladie professionnelle présuppose l'existence d'une maladie. Dans le cas de la tuberculose, on distingue entre autres la « tuberculose-infection latente » de la « tuberculose-maladie ». De plus, dans le traitement de la tuberculose-infection latente, on parle de chimioprophylaxie, ou traitements préventifs. En effet, les motifs de refus de plusieurs réclamations faisaient référence à « l'absence de maladie » ou au fait que « les traitements sont préventifs et donc non couverts ». Nous pensons toutefois qu'une tuberculose-infection latente doit être considérée comme une maladie quoiqu'en phase latente. Le traitement n'est pas « préventif » au même titre qu'un vaccin qui vise à prévenir l'infection elle-même. La chimioprophylaxie dans le cas de la tuberculose-infection latente vise à traiter une infection déjà installée afin d'en minimiser les conséquences.

Le tableau 8 décrit le statut d'admissibilité en fonction de notre classification à savoir si le dossier remplissait nos critères pour un diagnostic de tuberculose-infection latente ou non.

Il est intéressant de voir que malgré tout, pour les 127 dossiers où la décision d'admissibilité était connue, il y a correspondance entre la décision et nos critères de classification dans 86,6 % des dossiers.

Tableau 8 : Admissibilité vs Critères remplis ou insuffisants pour tuberculose-infection latente

	Critères remplis pour TBIL*	Critères insuffisants	Total
Accepté	81	10	91
Accepté	57	4	61
Accepté sans perte de temps	24	6	30
Refusé	7	29	36
En cours	1	1	2
Information non disponible	2	2	4
Total	91	42	133

* Voir section **Définitions** (page 6)

Limites

Complétude

La méthode de recrutement des dossiers (voir section **Méthodes : Source des données** - page 4) fait en sorte que certains dossiers encore actifs ou en contestation pourraient ne pas avoir été codés ou saisis dans la base de données. En effet, dans certains des dossiers examinés il est fait mention d'une autre réclamation pour laquelle nous n'avons pas trouvé de dossier. Plus particulièrement, nous ne savons pas parmi les six dossiers « papier » non disponibles combien faisaient l'objet d'une évaluation par le CMPP pour tuberculose-maladie.

En principe la liste fournie par la CSST ne contenait pas de dossiers refusés car ceux-ci n'auraient pas été codés. Nous trouvons quand même qu'environ le quart des dossiers examinés ont été refusés. Nous ne pouvons toutefois présumer avoir l'ensemble des dossiers acceptés ou refusés. Ainsi la proportion des dossiers refusés ou acceptés est peu fiable. Par contre l'examen des facteurs associés aux dossiers refusés est intéressant à titre indicatif.

La sous-déclaration

Tous les travailleurs ne sont pas assurés à la CSST et les assurés ne sont pas tous au courant de leurs droits et des processus à suivre. Des personnes atteintes de tuberculose peuvent ne pas savoir qu'elles ont été infectées au travail.

Souvent la tuberculose-infection ne nécessite aucun arrêt de travail ni de déboursé pour les médicaments, ce qui n'incite pas le travailleur à faire une réclamation. Nous avons plusieurs indicateurs de sous-déclaration. Entre autres, dans certains dossiers il était fait mention d'autres travailleurs sous traitement qui ne se retrouvaient pas parmi les réclamations. Et, tel que mentionné plus haut, on ne retrouve aucun CHSCD de Montréal parmi les réclamations associés à un groupe, ce qui pourrait refléter que les dépistages suite aux expositions accidentelles ainsi que les dépistages de routine sont gérés à l'interne. Cela fait partie des limitations d'utiliser des réclamations pour estimer un risque qui a peu d'impact immédiat sur la vie du travailleur. Le risque de sous-estimation est encore plus grand pour les secteurs moins reconnus pour ce risque « professionnel », c'est-à-dire où le risque provient de collègues de travail qui font souvent partie de groupes à risque, tel que les immigrants récents provenant de pays endémiques. Ce sont souvent les mêmes secteurs où les travailleurs sont moins bien informés de leurs droits selon la LATMP, où le statut tuberculinique peut être plus souvent difficile à interpréter et où les travailleurs sont plus vulnérables du point de vue de la sécurité d'emploi et voient plus de désavantages que d'avantages à faire une réclamation.

Beaucoup de médecins ignorent que leur responsabilité est de fournir au travailleur qui désire faire une réclamation une attestation médicale avec le diagnostic, même si le médecin lui-même ne peut se prononcer sur l'origine professionnelle. En effet, la responsabilité d'évaluer et de décider du lien avec le travail relève de la CSST et non du médecin, selon les règles d'admissibilité. Celle-ci a toutefois besoin d'un diagnostic pour amorcer cette évaluation.

On peut penser que la sous-déclaration est moins importante pour ce qui est de la tuberculose-maladie, surtout quand la personne ne présente pas de facteurs de risques personnels et qu'il s'agit d'emplois reconnus à risque par la nature du travail auprès d'une clientèle à risque. Toutefois cela est moins évident quand il s'agit d'une tuberculose-maladie résultant d'une infection à l'occasion d'un contact auprès d'un collègue contagieux, si la maladie active se développe, suite à une période latente, plusieurs années après l'infection.

Biais de sélection

Tel que mentionné plus haut, parmi les travailleurs connaissant leur diagnostic, pas tous ne feront une réclamation. Les facteurs favorisant une réclamation seront la présence de frais pour des soins médicaux ou pour des médicaments, ou encore pour des absences du travail reliées au diagnostic ou à une complication. La tuberculose-infection latente est asymptomatique et les médicaments sont gratuits. Il est possible qu'une proportion importante de personnes infectées au travail estime qu'il ne vaut pas la peine de faire une réclamation. On s'attend donc à retrouver parmi les réclamants une plus forte proportion de complications et d'absences au travail qu'on ne retrouverait chez l'ensemble des travailleurs avec cette condition. Par ailleurs, pour faire une réclamation (dont une copie va à l'employeur), le travailleur doit connaître ses droits selon la LATMP, il doit être en mesure de remplir des formulaires, de demander les formulaires médicaux nécessaires et ne doit pas craindre de mettre en jeu sa sécurité d'emploi par cette démarche qui pourrait être perçue négativement par son employeur, ou par des absences de travail répétées reliées au dépistage et à l'évaluation médicale. Ainsi les travailleurs peu éduqués, non-francophones, dans un milieu non-syndiqué seront plus vulnérables et moins susceptibles d'être représentés dans l'échantillon étudié.

6. CONCLUSION

La présente étude a permis de décrire les réclamations à la CSST pour tuberculose-maladie et tuberculose-infection latente entre 1995 et 2002. Elle confirme l'existence au Québec de la transmission professionnelle du *mycobacterium tuberculosis*. La maladie professionnelle qui en résulte se manifeste surtout sous la forme de tuberculose-infection latente, mais dans quelques cas l'infection acquise professionnellement a évolué vers une tuberculose-maladie. Dans les deux formes, c'est le secteur de la santé qui est le plus touché, mais la transmission se produit aussi dans d'autres milieux. Notamment, dans un cas de tuberculose-maladie, la maladie a été transmise au contact d'un collègue de travail contagieux, dans un milieu de travail ne faisant pas partie des secteurs traditionnellement reconnus comme étant à risque.

La majorité des réclamations pour tuberculose-infection latente résultaient d'un contact documenté, occasionné par la présence d'un client ou d'un patient contagieux, par exemple dans les milieux de la santé, des prisons, ou des écoles, tandis que dans un quart, le contact était occasionné par un collègue de travail contagieux.

Les réclamations suite à la conversion du statut tuberculinique dans le cadre d'un programme de dépistage périodique dans certains milieux à risque suggèrent une transmission de l'infection par une personne contagieuse alors qu'elle n'avait pas encore été diagnostiquée, ou que le travailleur n'avait pas identifié comme contact.

Ces données sont compatibles avec la littérature scientifique concernant le risque professionnel pour la tuberculose. Ainsi les principes de prévention qu'on retrouve dans les lignes directrices américaines et canadiennes sembleraient demeurer généralement pertinents pour le Québec, même si la fréquence des cas est moindre.

Dans cette étude, on observe une « forme émergente » du risque professionnel pour la tuberculose qui est celui associé aux milieux de travail où l'on retrouve une population de travailleurs provenant de pays où la tuberculose est endémique et chez qui il y a un risque accru de rencontrer des personnes avec la forme active de tuberculose-maladie. Le risque de transmission sera modulé par les facteurs environnementaux favorables à la transmission (par exemple proximité, durée et fréquence de contacts entre les individus, densité de population, ventilation, absence de lumière).

Finalement l'étude a permis de faire certaines constatations concernant le manque de documents dans les dossiers soulevant l'hypothèse qu'il y a un besoin d'informer les divers partenaires (travailleur, employeur, médecin et autres intervenants) concernant leur rôle, leurs responsabilités et leurs droits dans l'application de la LATMP pour ce problème spécifique.

Malgré ses limites, cette étude fournit des informations concernant la transmission professionnelle de la tuberculose pour l'ensemble des secteurs économiques, des professions et des régions du Québec. Ces informations fournissent un complément d'information aux données de surveillance existantes afin de mieux connaître les facteurs de transmission de cette maladie au Québec.

RÉFÉRENCES

- (1) Santé Canada. Guidelines for preventing transmission of tuberculosis in Canadian health care facilities and other institutional settings. Health Canada. 22S1 ed. 1996.
- (2) Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care facilities, 1994. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 1994;43(RR-13):1-132.
- (3) Comité sur l'immunisation du Québec, sous-comité sur la tuberculose. La tuberculose - Prévenir et enrayer. Situation et recommandations. 2001.
- (4) Isler M, Rossignol M, Brunet J, Giron MF, Allard L, Lafleur S, Roch-Blouin C, Savard M. Rapport de dépistages cutanés tuberculiniques périodiques effectués dans les établissements carcéraux provinciaux à Montréal. Direction de santé publique de Montréal. Avril 2005.
- (5) Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Éditeur officiel du Québec. L.R.Q.C.A-3.001.
- (6) Loi sur la santé et la sécurité au travail. Éditeur officiel du Québec. L.R.Q.C.S-2.1. 2005.
- (7) Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatisme et causes de décès. Révision 1975. Organisation mondiale de la santé. Genève. 1977.
- (8) Classification des activités économiques du Québec, 1984. Révisée d'après la classification type des industries de statistique Canada 1980. Bureau de la statistique du Québec. Direction de la consultation et des méthodes. Division de normalisation. Mai 1984.
- (9) Classification Canadienne Descriptive des Professions (CCDP). Direction générale des informations sur les professions et les carrières. Ministre des Approvisionnements et Services Canada. 1989.
- (10) Commission de la Santé et Sécurité du Travail du Québec, Recueil des politiques en matière de réadaptation-indemnisation. 2004.

B O N D E C O M M A N D E

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
----------	-------------------------	--------------------------------------	-------

Étude des réclamations à la CSST pour
tuberculose - 1995 à 2002

5 \$

NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN

2-89494-475-6

Nom

Organisme

Adresse

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 1M3

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

