

SUSPENSION DE L'OBLIGATION DE VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE DES PROFESSIONNELS DES CARRIÈRES SANITAIRES ET SOCIALES

Rappel du contexte

- OBLIGATION
 - 1 seule vaccination
 - suppression de l'obligation de revaccination si IDR négative (*Décret du 30 juin 2004 et Arrêté du 13 juillet 2004*)
- Personnes concernées : étudiants et professionnels listés aux articles L 3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du CSP
 - **2 objectifs différents**
 - Protection contre un risque professionnel : personnels de santé (PS), pénitentiaires, foyers pour migrants...sapeurs pompiers
 - Protection des personnes prises en charge « vaccination altruiste » : professionnels de la petite enfance, enseignants, éducateurs..

Rappel du contexte

- Incidence de la tuberculose en France
 - Années 50 : instauration de l'obligation de vaccination par le BCG \Rightarrow incidence $> 100 / 10^5$
 - Depuis 2004 $< 10/10^5$ mais disparités
 - Suspension de l'obligation de BCG pour les enfants avant entrée en collectivité : *décret du 17/07/2007*
 - Recommandation de vaccination des enfants à risque (*cf. calendrier vaccinal*)
- \Rightarrow **Evaluer l'opportunité du maintien de l'obligation vaccinale par le BCG chez les professionnels ?**
- \Rightarrow **2 saisines par le DGS**

Les avis du HCSP

Pertinence du maintien de l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels listés aux articles L3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du Code de la santé publique

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL DU COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS
présenté aux séances du Comité technique des vaccinations du 18 février 2010
et de la Commission spécialisée maladies transmissibles du 5 mars 2010



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels listés aux articles
L.3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du Code de la santé publique

5 mars 2010

Les avis du HCSP (2)



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels de santé listés aux articles L. 3112-1, R. 3112-1 C et 2 du code de la santé publique

10 mars 2017

Avis du HCSP du 7/10/2016 : conditions pour rendre une vaccination obligatoire pour les PS

- Toute décision de rendre ou maintenir une obligation de vaccination pour des professionnels ne doit s'appliquer qu'à :
 - La prévention d'une maladie potentiellement grave
 - Avec risque élevé d'exposition du PS et risque de transmission au patient
 - Et avec un vaccin efficace dont la balance bénéfice risque est largement en faveur de son utilisation

Risque de Tuberculose chez les PS

- 3 méta analyses (*Seidler, 2005; Menzies, 2007; Baussano, 2011*)
 - Personnel de santé : morbidité tuberculeuse $\times 2$ à 3
 - Sur-risque notamment chez les professionnels travaillant dans les services prenant en charge des patients ayant une tuberculose, les infirmières, les kinésithérapeutes respiratoires
- Tendances à la diminution
 - Incidence des TM chez les IDE de l'AP/HP
 - 1987-1991 : incidence moyenne estimée = $40/10^5$ (*Florentin et al. 1994*)
 - 2004-2008 : $18,32 / 10^5$
 - 2008-2012 : $11,69 / 10^5$ } (*Données médecine du travail et statutaire APHP*)
 - Enquête réseau CRIHAN \Rightarrow TM en 2010, 2011 ou 2012 (*Gehanno 2017*)
 - 27 TM sur 3 ans pour 218 835 personnels non médicaux
 - Incidence annuelle = $4,12 / 10^5$
 - DO : 98 à 126 cas entre 2012 et 2015 chez des personnes travaillant en établissements de santé : incidence $< 10/10^5$

Risque de tuberculose chez les PS (2)

- Réduction du risque lié à :
 - Efficacité des mesures de protection
 - ⇒ Réduction du RAI (conversions d'IDR) aux USA parmi les PS après implantation des mesures de protection (*MMWR 2005 - Menzies 2007*)
 - Chute de l'incidence dans la population générale
 - 2015 : Incidence moyenne en France = 7,1 / 10⁵ habitants
- Mais tuberculoses multirésistantes (MDR et XDR)
 - en augmentation depuis 2012 (une centaine de cas par an)
 - Pas plus contagieuses mais durée de contagiosité beaucoup plus longue
 - Un cas en France de tuberculose pré-XDR chez une infirmière (*Appelgren et al. Journal of hospital infection 2018*)

Efficacité du BCG chez l'adulte

- **En population générale**
 - La protection assurée par un BCG administré dans l'enfance
 - TM pulmonaire : 56% (*Mangtani P. Clin Infect Dis 2014*)
 - Diminue avec le temps : persiste jusqu'à 10-15 ans (*Abubakar I. Health Technol Asses 2013*)
 - Peu de données sur protection conférée par le BCG administré à l'âge adulte
 - Données issues de :
 - Rieder H. Interventions for tuberculosis control and elimination (2002) <http://www.tbrieder.org/>
 - Expertise collective Inserm. Tuberculose – Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie (2004) <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/55>
 - Efficacité entre 0 et 30 % dans 4 études
 - Efficacité > 50% dans 3 études

Efficacité du BCG chez l'adulte (2)

- **Professionnels de santé**

- Synthèse des études d'efficacité du BCG chez les professionnels de santé non vaccinés dans l'enfance, publiée par Brewer et Coldtitz (*CID*, 1995)
- Etudes conduites de 1920 – 1950 de qualité méthodologique médiocre ; rares études avec groupe témoin
- Efficacité : au moins 65%
- Conclusion des auteurs de la synthèse : « elles suggèrent que le BCG puisse être efficace chez les professionnels de santé tuberculino-négatifs »

Sécurité du BCG

Tableau 9.1 : Estimation de l'incidence des effets indésirables de la vaccination par le BCG, étude rétrospective en Europe (d'après Lotte et coll., 1988)

Complications	Incidence pour 1 million de vaccinations	
	âge < 1 an	âge 1-20 ans
Abcès sous-cutané au site d'injection, lymphadénite régionale	387	25
Atteinte musculo-squelettique	0,39-0,89	0,06
Lymphadénites multiples, lésions disséminées non fatales	0,31-0,39	0,36
Lésions disséminées mortelles	0,19-1,56	0,06-0,72

- AFFSAPS 01/08/2002 au 31/12/2006
 - 1700 notifications / 13 millions de flacons de BCG SSI soit 13 /100 000 ⇒ **bon profil de sécurité**
 - 100 (5,9%) concernent des adultes avec une majorité de **réactions loco-régionales** : évolution favorable

Politique vaccinale BCG pour les PS des autres pays

- 29 pays européens Projet VENICE (*Vaccine European New Integrated Collaboration Effort*)
 - Aucune obligation
 - 6 recommandations de BCG pour les professionnels exposés au BK
- Canada (*Comité consultatif national immunisation – 2004*)
 - personnels exposés de façon répétée à des personnes non traitées ou à des multirésistants ou si impossible d'appliquer correctement les mesures barrière
 - Au cas par cas et en rappelant les incertitudes sur l'efficacité du BCG
- USA (*CDC BCG vaccine 2011*)
 - Personnels des services à haut risque (tuberculose multi-résistante)
 - sur une base individuelle, en leur laissant le choix

Suspension de l'obligation de vaccination BCG

- Vu
 - Diminution de l'incidence de tuberculose en France et chez les professionnels de santé
 - L'efficacité prouvée des mesures de prévention
 - Peu de données sur l'efficacité du BCG chez l'adulte, montrant des degrés variables de protection
 - La pratique de 30 autres pays
 - Les effets secondaires certes rares mais non négligeables
 - Les conséquences de l'obligation vaccinale sur le contrat de travail ou la poursuite d'études dans une filière visée par l'obligation

⇒ *Décret n°2019-149 du 27 février 2019*

**Suspension de l'obligation pour l'ensemble des personnels listés
aux articles L 3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du CSP**

Calendrier vaccinal 2019

- **Possibilité de recommandation par le médecin du travail, au cas par cas, selon l'évaluation des risques chez des professionnels très exposés, notamment :**
 - Personnels ayant des contacts répétés avec des patients tuberculeux contagieux notamment atteints de tuberculose multi-résistante
 - Personnels de laboratoires travaillant sur des cultures de mycobactéries ou des modèles animaux.

Recommandations du HCSP

Avis des 18/02 et 5/03/2010 et du 10/03/2017

⇒ **Renforcement de la prévention primaire et secondaire**

- Strict respect des mesures barrière (précautions complémentaires air)
- Réduction des retards à l'isolement
- Dépistage et du suivi médical rigoureux des personnels exposés

⇒ **Elaboration d'un guide pour les médecins du travail**

En conclusion

- Enfin, le BCG n'est plus obligatoire pour les PS
- Devient une vaccination qui peut être recommandée chez des professionnels très exposés (*Art R.4426-6 CT*)
- Nécessité d'établir une stratégie :
 - Pour optimiser les signalements précoces des cas de tuberculose contagieuse, réduire au minimum les retards à l'isolement et appliquer correctement les précautions AIR
 - Pour dépister les TM et ITL chez les PS
 - Nécessité d'actualiser les recommandations de suivi des professionnels exposés : avis du CSHPF de 2003 (dépistage IDR et radiologique systématique)
 - ⇒ intérêt des tests de détection de l'interféron γ (*Recommandations HAS Décembre 2006*)