

## **Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG .**

**levée de l'obligation vaccinale ? (14 novembre 2006)**

### **Intervention de Bruno PERCEBOIS, pédiatre en PMI (Seine Saint-Denis).**

D'abord en introduction quelques données sur la Seine St-Denis :

- Environ 24000 naissances par an sur le département
- Plus de 50% d'enfants suivis en PMI.
- Une population très diverse. Beaucoup de pauvreté, de précarité sociale, des problèmes de logement .
- Des phénomènes migratoires importants avec des familles venant de tout les continents.
- Mais aussi une population d'origine étrangère stabilisée depuis longtemps et de nombreux collègues témoignent que l'on commence à voir en PMI les enfants de jeunes parents qui ont été suivis comme enfants.

Enfin quelques mots sur l'environnement sanitaire en rapport avec le sujet de ce jour :

Le service de PMI voit son budget menacé par les propositions de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie en matière de contribution financière. Je le dis d'autant plus que nous sommes aujourd'hui dans les locaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

On a parlé dans une intervention précédente des maternités et de préconiser le BCG à la maternité : personnellement je n'y crois pas du tout surtout quand on connaît la question des sorties "précoces", les difficultés de fonctionnement des maternités publiques et le fait qu'elles semblent débordées. On voit d'ailleurs de nombreuses femmes qui sortent de maternité avec la recommandation d'aller dès le lendemain à la PMI pour la surveillance du poids ...

Quand on aborde la question du BCG chez l'enfant, de la levée de l'obligation et des recommandations à formuler, on voit bien que cette question est largement dépendante du dispositif de prise en charge et de dépistage de la tuberculose dans toute la population.

Or aujourd'hui la reprise par l'État de la question de la lutte antituberculeuse est toute récente et l'on ne mesure pas encore les effets que cela va produire. Personnellement j'aurai envie de dire qu'il faudrait attendre pour voir.

#### Sur la question de l'obligation vaccinale

On constate bien, au vu des chiffres nationaux d'incidence, avec le seuil de l'OMS qui est approché, que la question mérite d'être posée.

D'ailleurs cela permettrait d'être en conformité avec la loi sur les droits des malades qui dit qu'aucun acte médical ne peut être imposé, article L 1111-4 du code de la santé publique (sauf les cas très particuliers de l'urgence).

Pour ma part cela ne me pose pas de problème majeur d'envisager la levée de l'obligation.

#### Sur la question des recommandations

La réflexion se porte sur la question des alternatives et donc des recommandations à formuler.

Je remarque qu'à l'occasion de ce débat, c'est un changement de stratégie qui se dessine.

Jusqu'à présent on avait une obligation vaccinale basée sur une stratégie "territoriale" concernant tout le monde vu une incidence jugée trop élevée au niveau du territoire national.

Aujourd'hui, et c'est ce que j'ai entendu dans différentes interventions, on proposerait la levée de l'obligation pour tous avant 6 ans et son remplacement par une recommandation basée non plus sur l'incidence territoriale, mais, populationnelle sur la base du constat d'un différentiel d'incidence concernant les populations d'origine étrangère.

Sur cette nouvelle base, on aboutit ainsi à proposer de recommander "fortement" la vaccination des enfants étrangers ou nés d'au moins un parent étranger ou faisant des séjours prolongés dans des pays de forte incidence tuberculeuse.

Cela m'amène à formuler deux remarques :

1) Cela pose évidemment une question éthique :

Dans un contexte politique et social donné, les questions de préconisations sanitaires ne peuvent être prises en faisant abstraction de ce contexte et des réactions qu'elles peuvent entraîner.

Je dis cela en pensant à la tribune libre publiée dans *Le Monde* il y a quelques mois, de MM. Didier SICARD et Jean-Claude AMEISEN à propos de l'expertise de l'INSERM sur le "trouble des conduites" et intitulée « L'expertise médicale otage de l'obsession sécuritaire ».

2) La cible proposée contribue-t-elle à définir un périmètre populationnel pertinent au regard des impératifs de la lutte antituberculeuse ?

On nous propose une approche basée essentiellement sur la famille de l'enfant.

C'est oublier un peu vite deux éléments :

- Les enfants ne vivent pas qu'en famille : ils sont en crèche, en halte-garderie, prennent éventuellement les transports en commun.
- Les malades susceptibles de contaminer, eux non plus, ne vivent pas reclus, ils circulent, travaillent... et rencontrent des enfants de toutes nationalités.

Joël GAUDELUS évoquait ce matin la stratégie d'enquête autour d'un cas de contamination et la notion des trois cercles. Cette enquête s'étend à l'école, au travail, auprès de toute personne ayant eu un contact suffisamment important.

Cela démontre qu'on ne peut en rester au niveau familial strict pour préconiser une vaccination BCG.

Je me pose la question de savoir pourquoi cette démarche n'est pas reprise au niveau de la prévention : c'est-à-dire proposer la vaccination à tout enfant susceptible de rencontrer dans son environnement un malade contaminateur, de manière statistiquement significative, ce qui renvoie non pas simplement à la famille mais au lieu où vit cet enfant.

On nous propose de recommander la vaccination des enfants étrangers ou nés de parents étrangers.

Mais que faire avec ces enfants d'origine "étrangère" dont la famille est là depuis très longtemps ?

Jusqu'à quel moment est-on d'origine étrangère ?

Et puis il y a les enfants à bas risque d'après l'approche basée sur le risque populationnel mais qui peuvent être amenés à vivre dans un milieu à risque. Je connais personnellement plusieurs femmes d'origine haïtienne en situation irrégulière qui tous les

matins prennent le RER pour aller garder toute la journée les enfants des familles de cadres supérieurs ou professions libérales de l'ouest parisien : ils sont au contact de leur nounou, peut-être plus longuement qu'avec leurs parents mais le critère proposé les exclue de la recommandation.

Autre exemple : dans une crèche collective les parents rentrent tout les jours, passent quelques instants, il y a la période d'adaptation, bref les enfants non vaccinés ne sont-ils pas exposés quelques soit leur nationalité si un des parents ou grands-parents, étranger ou pas, est malade et contaminateur. ?

Je crois même qu'il y a des cas qui ont été décrits.

L'étude que nous a présentée hier l'INVS montre que, dans l'hypothèse d'une vaccination à 95% des seuls enfants considérés à risque, on pouvait s'attendre à voir entre 80 et 200 cas supplémentaires de tuberculose infantile qui apparaîtraient donc essentiellement dans la population non vaccinée considérée comme à bas risque. (et cette hypothèse d'un taux de vaccination à 95% des enfants dits à risques paraît hautement improbable).

Je m'interroge d'ailleurs sur la manière dont a pu être pris en compte le risque lié au fait que des adultes étaient susceptibles de contaminer des enfants non vaccinés dans des lieux comme les crèches ou les haltes-garderies.

Compte tenu de tous ces éléments, au risque de stigmatisation de population dont plusieurs personnes ont parlé avant moi, il faut ajouter un risque d'inefficacité du programme proposé et de recul dans la lutte contre la tuberculose.

Vous l'avez compris, c'est plutôt pour une approche territoriale que je plaiderai ici.

C'est-à-dire **qu'il me paraît plus logique et donc plus efficace de continuer à travailler sur les zones géographiques où l'incidence reste très élevée sur la base d'une recommandation pour tous les enfants vivants dans cette zone.** Cela me semble plus correspondre à la réalité de la vie des jeunes enfants.

J'ai bien entendu les problèmes de frontières de déménagements etc. Mais cela existe déjà sur les frontières nationales.

Enfin il serait paradoxal d'imaginer que la population infantile d'origine européenne ne se voit pas recommander et proposer la vaccination quand elle vit dans une zone géographique à risque comme l'est de l'Île de France (au-delà des questions de santé publique cela constituerait un problème éthique voire de responsabilité individuelle)

Cette hypothèse d'une recommandation sur une base "géographique" me paraît avoir été peu étudiée, et écartée un peu vite.

Enfin sur les risques pour la place en crèche dont on a parlé ce matin : bien sûr la réglementation ne pourrait pas exiger le BCG si l'obligation n'existe plus légalement. Mais la question pourrait se poser sous une autre forme lors de la visite médicale d'admission, ou plus largement pour toutes structures collectives comme un centre de loisirs ou une colonie de vacances. Au nom du principe de précaution, ne risque-t on pas de voir revenir une certaine forme d'obligation pour certains enfants ou alors pointer la tendance à voir éclore des crèches communautaires ?