

BCG: suppression de l'obligation vaccinale en France

2^{ème} Journée Jean-Gérard Guillet de vaccinologie clinique,
Hôpital Cochin, Paris, 20/4/09

Jean-Paul Guthmann, Daniel Lévy-Bruhl

Département des Maladies Infectieuses, Institut de Veille Sanitaire



Contexte

- Décret (17 juillet 2007) entérine la suspension de l'obligation vaccinale
- Circulaire (14 août 2007) précise les conditions de son application
- Saisine à l'InVS (19 juillet 2007) demandant de suivre l'impact de cette mesure



Limite des certificats de santé

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9^e MOIS.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986, Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases tranchées



N°12597 *01

Enfant

Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____ Sexe : Fém. Masc.
Lieu de naissance : _____ Commune _____
Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile :
M. Mme Mlle Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille

Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____
Nombre d'enfants vivant au foyer _____
Si vous faites actuellement garder votre enfant :
 Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie structure multi-accueils chez vous par un tiers
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre
Garde à temps complet, (Jour ET nuit) : Assistant(e) familial(e) pouponnière

Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)

Mère	1 Agriculteur exploitant	4 Profession intermédiaire
père	2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	5 Employé
	3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure	6 Ouvrier

Activité professionnelle :

Mère	1 Actif	5 Chômeur
Père	2 Retraité	6 Elève, étudiant ou en formation
	3 Au foyer	7 Autre inactif
	4 Congé parental	

Examen médical

Conclusions, précisions et commentaires : _____
Effectué par : _____
 un omnipraticien
 un pédiatre
 un autre spécialiste

Réalisé dans :
 un cabinet médical privé
 une consultation de P.M.I.
 une consultation hospitalière
 autre

L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui
Je demande une consultation médicale spécialisée non oui
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non oui
Je, soussigné(e) Dr : _____
atteste avoir examiné l'enfant le : jour _____ mois _____ an _____

Médecin : cachet - téléphone _____
Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		

Autres vaccins (précisez) : _____

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité < 33 sem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections broncho-pulmonaires à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui :
Intoxication Brûlures Chute/traumatisme
Autres (précisez) : _____

Nombre d'hospitalisations en période néonatale : _____
Précisez les causes : _____
Après la période néonatale : _____ (précisez) : _____

Affections actuelles

	Non	Oui
Si oui : Anorexie et/ou troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spina bifida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmité motrice cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucoviscidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux gastro-œsophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie métabolique *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie endocrinienne *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Tient assis sans appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réagit à son prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répète une syllabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisit un objet avec participation du pouce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pointe du doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joue à « coucou, le voilà »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesures

Poids : _____ kg
Taille : _____ cm Périmètre crânien : _____ cm
Examen de l'œil : Normal non oui
Exploration de l'audition : Normale non oui

Autres informations

Allaitement au sein non oui
Si oui :
durée de l'allaitement au sein en semaines : _____
dont allaitement exclusif : _____
Présence d'un risque de saturnisme non oui

Appareil génito-urinaire

Malformation urinaire
Malformation génitale
Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire

Luxation de la hanche
Autre *

Affections dermatologiques

Eczéma
Autre *

Maladies hématologiques

Maladie de l'hémoglobine
Autre *

Fente labio-palatine

Mucoviscidose
Autre *

Syndrome polymalformatif

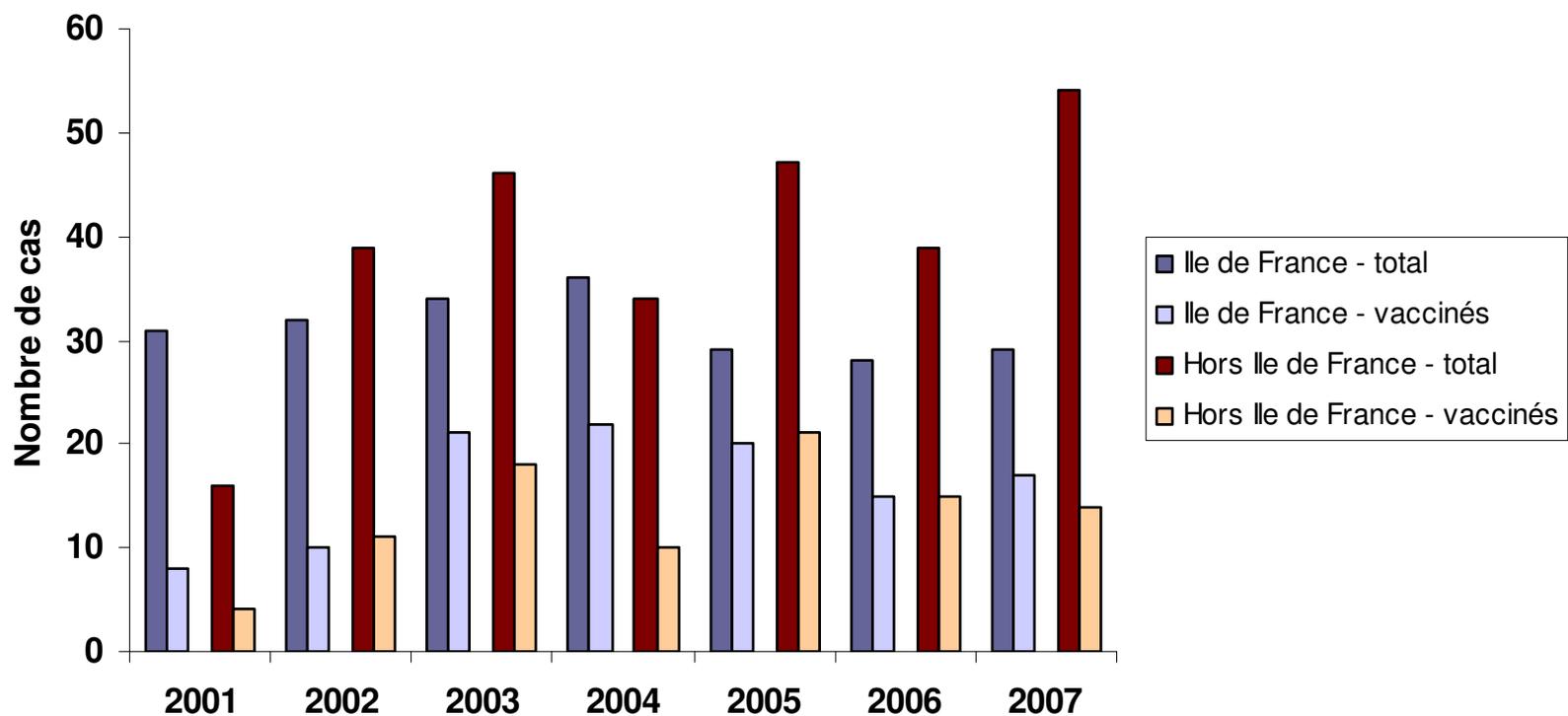
Aberrations chromosomiques
Trisomie 21
Autre *

Autre pathologie décelée *

* Précisez : _____

Tuberculose chez le petit enfant

Nombre de cas de tuberculose maladie, enfants de moins de 2 ans, selon le lieu et le statut vaccinal, France entière, 2001-2007



Source: InVS



Enquête en médecine libérale (1)

- Objectifs
 - Estimer la CV BCG chez les enfants de 2-7 mois et de 8-23 mois suivis en médecine libérale
 - Décrire la pratique de ces médecins et l'attitude des familles vis-à-vis de la vaccination BCG
- Enquête menée en février 2008 auprès des 4372 membres actifs d'Infovac-France



Enquête en médecine libérale (2)

Couvertures vaccinales BCG chez les 802 enfants présentant au moins un critère de vaccination en IDF ($n = 517$) et hors IDF ($n = 285$), médecins en exercice libéral, enquête BCG InVS/Infovac/Activ, France, février 2008.

	Île-de-France		Hors Île-de-France		Total	
	Effectif	% ^a	Effectif	% ^a	Effectif	% ^a
Total libéraux (exclusifs + mixte)						
Total	517	73	285	61	802	68
2-7 mois	259	68	154	48	413	58
8-23 mois	258	77	131	77	389	77
Libéraux exclusifs						
Total	286	67	122	57	408	62
2-7 mois	144	51	64	40	208	45
8-23 mois	142	80	58	83	200	81
Libéraux mixtes						
Total	231	78	163	65	394	73
2-7 mois	115	82	90	58	205	71
8-23 mois	116	75	73	73	189	74

^a Données redressées.



Enquête en médecine libérale (3)

Attitude des médecins vis-à-vis du BCG chez les enfants ayant des critères de vaccination et qui n'ont pas encore été vaccinés le jour de la consultation ($n = 425$), enquête BCG InVS/Infovac/Activ, France, février 2008.

Attitude du médecin	Île-de-France		Hors Île-de-France		Total	
	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
A proposé le BCG de façon neutre	57	22	15	5	72	12
A recommandé le BCG	110	64	139	81	249	74
N'a pas parlé du BCG	20	3	6	7	26	5
A déconseillé le BCG	50	6	6	5	56	6
Autre attitude	9	5	13	2	22	3
Total	246	100	179	100	425	100

^a Données redressées.



Enquête en médecine libérale (4)

Attitude des parents d'enfants non vaccinés par le BCG et ayant un critère de vaccination lorsque le médecin l'a proposée ou recommandée ($n = 321$), enquête BCG InVS/Infovac/Activ, France, février 2008.

Attitude des parents	Île-de-France		Hors Île-de-France		Total	
	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
A accepté la vaccination	95	65	136	84	231	76
N'a pas accepté la vaccination	54	24	13	8	67	14
Ne s'est pas prononcé	18	11	5	8	23	10
Total	167	100	154	100	321	100

^a Données redressées.

Conclusions

- Résultats suggèrent une forte baisse de la CV

MEME SI

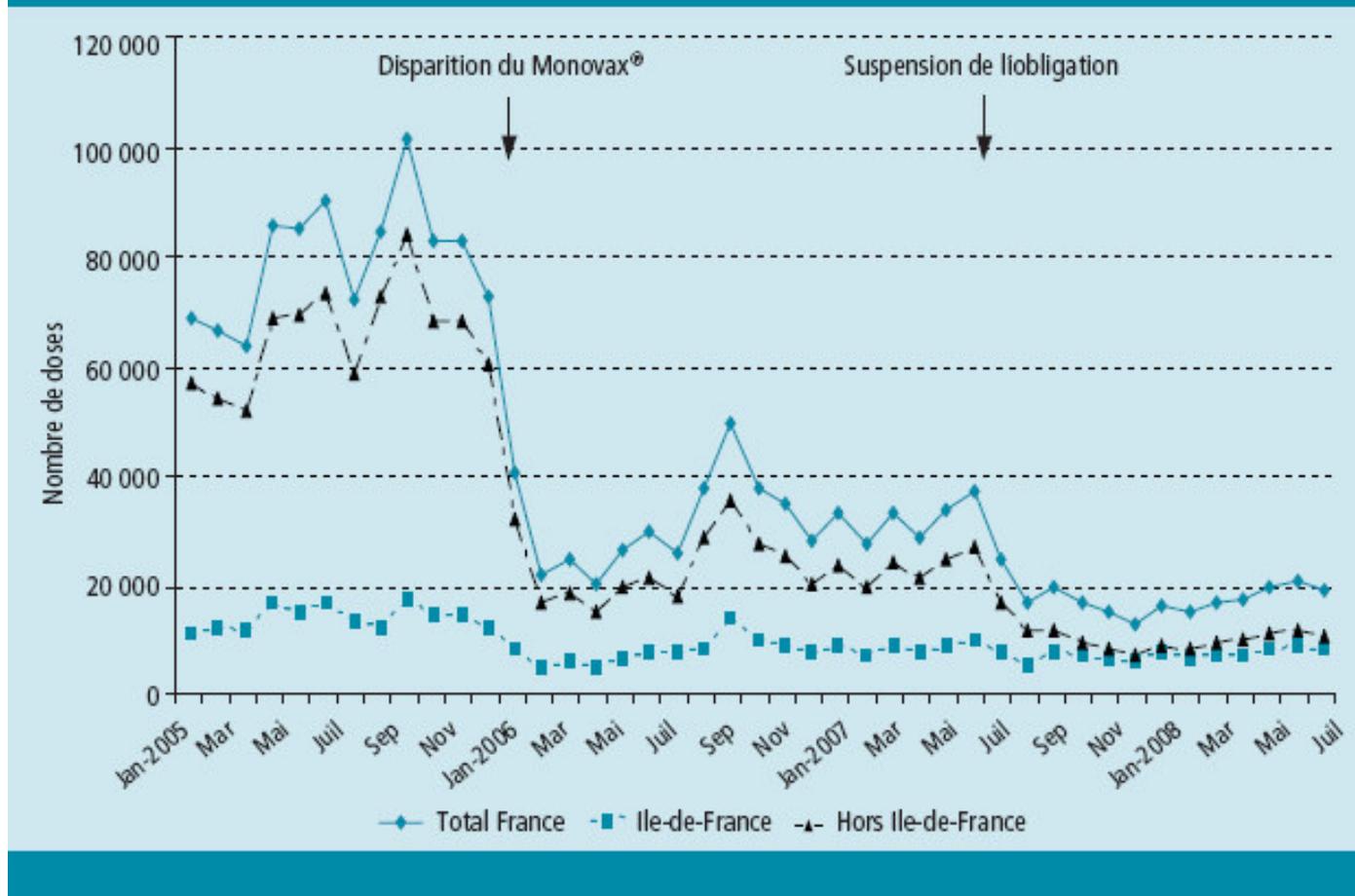
- Pas de sélection aléatoire des médecins
- Médecins sensibilisés à la vaccination
- Participation faible (6,5%)

 **Renforcement de la communication vis-à-vis des médecins vaccinateurs**



Achats de vaccin BCG

Figure Ventes de vaccin BCG aux officines, France métropolitaine, Île-de-France et hors Île-de-France, janvier 2005-juillet 2008 (Source : GERS) / *Figure BCG vaccine sales to pharmacies, metropolitan France, Île-de-France and outside Île-de-France, January 2005-July 2008 (Source: GERS)*





Achats de BCG en Ile-de-France

(source GERS et Sanofi-Pasteur MSD)

Tableau 2 Estimation de l'évolution du nombre d'enfants vaccinés en Île-de-France (Source : GERS et Sanofi-Pasteur MSD), 2005-2007 / *Table 2 Estimated trends in the number of children vaccinated in the Île-de-France (Source : GERS and Sanofi-Pasteur MSD), 2005-2007*

	Enfants vaccinés			
	2005	2006	2007	Variation 2007/2005 %
Privé				
Monovax®	158 108	0	0	
SSJ®	11 796	97 623	94 611	
Total	169 904	97 623	94 611	- 44
Public (PMI)				
Monovax®	47 733	0	0	
SSJ® *	16 959	63 705	53 548	
Total	64 692	63 705	53 548	- 17
Total	234 596	161 328	148 159	- 37

* Extrapolations en nombre d'enfants vaccinés sur la base de 1,5 enfants en moyenne vaccinés par flacon de vaccin multi doses en secteur public.



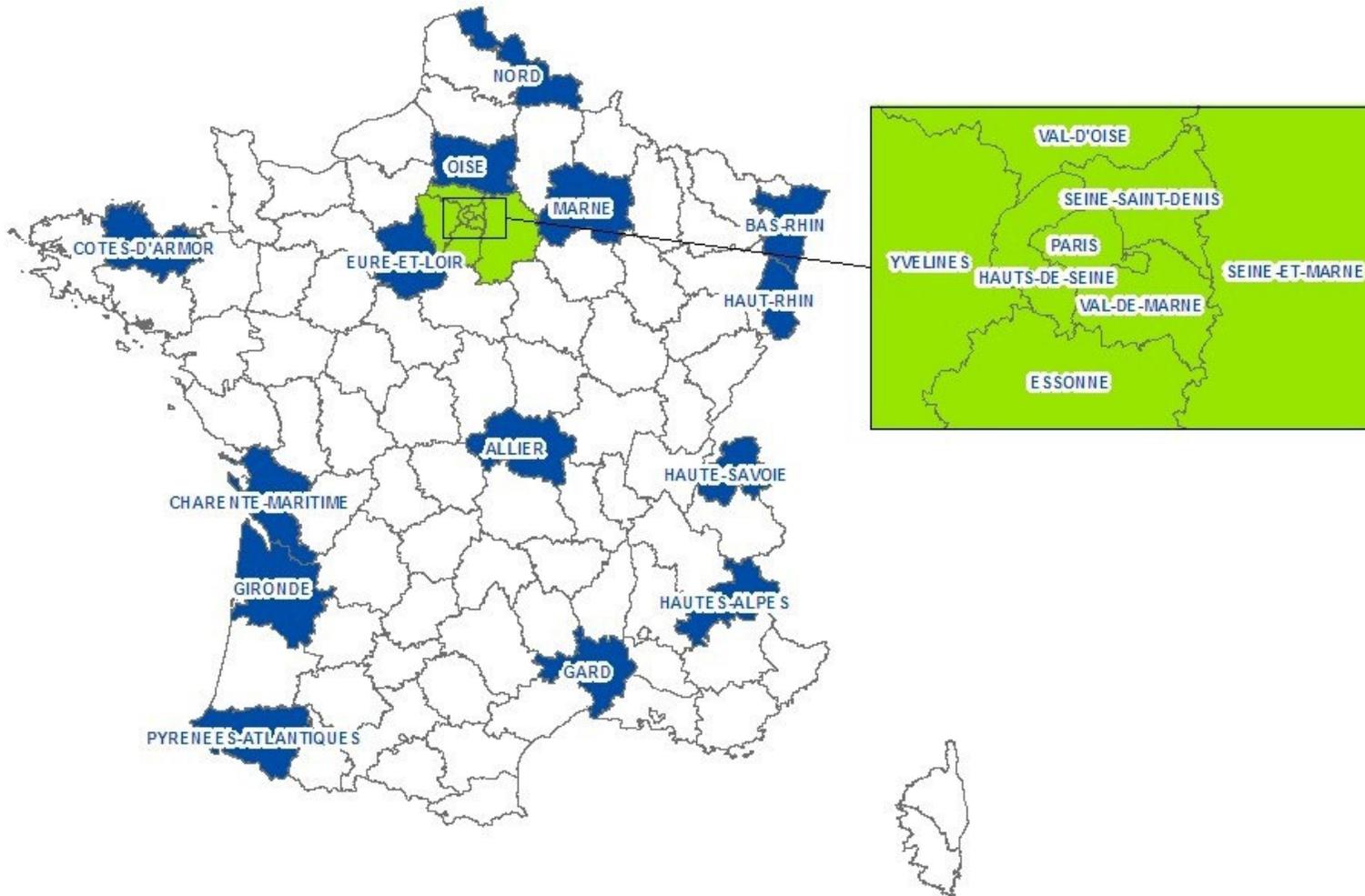
Enquête de CV BCG en PMI, France, 2009

- Enquête nationale par sondage aléatoire à deux degrés
- Tirage au sort: 56 centres dans 14 départements hors IDF, 48 centres dans les 8 départements d'IDF
- Autorisation CNIL n° 909008
- Début en avril 2009, premiers résultats prévus cet été



Enquête de CV BCG en PMI, France, 2009

Départements participant à l'enquête de couverture vaccinale BCG en PMI,
France, avril-mai 2009





Conclusions

- CV insuffisante chez les enfants qui doivent être vaccinés (même si pour l'instant pas d'impact important sur le nombre de cas de tuberculoses de l'enfant de moins de 2 ans)
- Importance de disposer de certificats de santé de l'enfant modifiés
- Nécessité de renforcer la communication auprès des médecins vaccinateurs