

De l'incohérence de la politique vaccinale à la pratique clinique

R. Cohen
service de microbiologie, CHI Créteil

INFECTIOLOGIE



Le dernier communiqué de la Direction générale de la santé (DGS), daté du 14 décembre 2005, perpétuant la vaccination par le BCG SSI® avant l'entrée en collectivité n'est que la suite d'un ensemble de décisions incohérentes sur les vaccins. Depuis la polémique de la vaccination anti-hépatite B et sclérose en plaques, les décisions de la DGS concernant les vaccinations apparaissent à nombre de pédiatres et de médecins de terrain comme fondées sur des raisons obscures, en tous cas non scientifiques. Le principe de « précaution des décideurs » (éviter le maximum d'ennuis médiatiques et juridiques) et l'immobilisme semblant les deux règles de bases. La troisième règle appliquée est d'opposer à des faits réels et observés des résultats de modèles mathématiques hypothétiques et d'accorder à ces derniers la valeur de preuve, en quelque sorte de confondre le réel avec le virtuel, la santé des enfants n'étant que rarement au centre des préoccupations.

Depuis plus de quinze ans maintenant, les lecteurs de *Médecine et enfance*, nombre de pédiatres ambulatoires et hospitaliers m'accordent une certaine confiance. Je suis reconnu par différentes instances nationales et internationales comme un expert dans le domaine de la pathologie infectieuse pédiatrique, de l'antibiothérapie et de la vaccinologie. J'écris cet article en mon nom propre et je n'engage aucunement les différentes instances officielles, associations, sociétés scientifiques ou groupes auxquels je participe et auxquels je n'ai demandé aucun avis. L'article qui va suivre est mon analyse de la politique vaccinale française, que j'estime délétère pour la santé des enfants. Quelques exemples édifiants vont suivre.

LA FAUTE ORIGINELLE : LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

Après une campagne de vaccination peut-être excessive, dans les années 94-

96, de l'ensemble de la population et l'observation d'associations fortuites de cas de maladies démyélinisantes survenues chez des adultes au décours de la vaccination, en 1998, le ministre de la Santé de l'époque (Bernard Kouchner) décide, du jour au lendemain, d'arrêter la vaccination contre l'hépatite B dans les collèges. Cette décision semble avoir été prise sans avis préalable, ni du Comité technique des vaccinations (CTV), ni du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF).

Alors que la relation entre vaccination contre l'hépatite B et maladies démyélinisantes n'a été reconnue dans aucun pays jusqu'à ce jour, cette décision a jeté en France une suspicion définitive sur la vaccination contre l'hépatite B. Ils s'en suivra tout une série d'enquêtes, de procès, d'émissions de télévisions diverses et multiples, dont on connaît aujourd'hui le résultat : un fiasco ; moins de 30 % des nourrissons français sont vaccinés contre l'hépatite B.

Alors qu'en première instance, ou en appel, différents juridictions avaient condamné les firmes productrices de

CONCLUSIONS DE LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR L'HÉPATITE B, SEPTEMBRE 2003

Une conférence de consensus, organisée par l'Anaes et l'Inserm s'est tenue les 10 et 11 septembre 2003, à la demande du ministre de la Santé. Les recommandations issues de la réunion sont les suivantes (<http://www.anaes.fr> ou <http://www.inserm.fr>) :

- vaccination **universelle de tous les nourrissons**, en raison du bénéfice attendu, de la qualité et de la durée de la protection immunitaire, et de l'absence de données actuelles permettant de suspecter un risque d'effet secondaire grave ;
 - programme temporaire de **rattrapage** de la vaccination à destination **des enfants et des adolescents**, en raison du bénéfice attendu et de l'évaluation du rapport bénéfices-risques qui apparaît nettement favorable ;
 - sérovaccination obligatoire à la naissance des nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs**, antigène dont le dépistage obligatoire au cours de la grossesse doit être respecté ;
 - renforcement de la vaccination des personnes exposées à un risque élevé de contamination ;
 - accompagnement de la **mise en œuvre de ces recommandations par des mesures d'information du grand public et des professionnels** de santé, d'une part, et de suivi de leur application et des éventuels effets secondaires de la vaccination, d'autre part.
- En ce qui concerne les éventuels effets indésirables du vaccin, il est précisé :**
- vaccination chez l'enfant** : il n'existe à ce jour pas d'argument en faveur de l'existence d'une association entre la vaccination et les pathologies démyélinisantes ou non, alors qu'un très grand nombre d'enfants ont été vaccinés dans de très nombreux pays ;
 - atteintes démyélinisantes en cas de vaccination chez l'adulte**. Des séries de cas et des observations à partir du système de pharmacovigilance français ont généré une alerte. Ces données n'ont cependant pas de valeur suffisante pour évaluer la causalité d'une relation. Les études épidémiologiques publiées de qualité méthodologique fiable n'ont pas montré d'association convaincante, mais ne permettent pas d'exclure formellement une association de faible ampleur.

vaccin lors des procès intentés par des patients souffrant de SEP, en septembre 2003, la Cour de cassation a estimé que le lien entre vaccination contre l'hépatite B et la survenue de SEP n'était pas démontré et a cassé les deux arrêts de la cour d'appel de Versailles qui avaient condamné une firme pharmaceutique, mettant fin, on l'espère, à ce feuilleton juridique. L'intrusion de juges d'instruction au niveau d'une administration ou d'un ministère a été semble-t-il difficilement vécue par les responsables et on le comprend ; d'où le fameux principe de précaution du décideur : il faut que toutes les décisions aient un environnement juridique et médiatique impeccable. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les avis du CSHPF ressemblent plus à des avis juridiques qu'à des avis scientifiques...

Toujours en septembre 2003, une conférence de consensus internationale commanditée par les autorités françaises a fortement recommandé la vaccination des nourrissons et des enfants, sans que cela soit suivi d'aucune mesure effective des mêmes instances.

Cette conférence de consensus avait été précédée de la commission Dartigues (elle aussi commanditée par les autorités de santé), et différents avis ont abouti aux mêmes conclusions (voir encadré). A la suite de l'article de Hernan, le jury de la conférence de consensus (voir encadré) s'est de nouveau réuni en octobre 2004 et a confirmé la nécessité de vacciner les nourrissons, les enfants et les adultes à risque. Que s'est-il passé au décours... rien.

Les vaccins hexavalents n'ont jamais été remboursés et le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B reste toujours aussi faible en France : 25 à 30 %. A ce niveau, on peut même discuter de l'intérêt de maintenir la recommandation vaccinale généralisée si elle n'est pas suivie. Un responsable a-t-il démissionné à la suite de ce fiasco vaccinal ? Compromis ou compromissions ?

Décryptage : Il ne fallait surtout pas que l'on reparle de nouveau d'une vaccination généralisée contre l'hépatite B, ce qui n'aurait pas plu à ses détracteurs et aurait

CONCLUSIONS DE L'AUDITION PUBLIQUE D'EXPERTS DE NOVEMBRE 2004

Une **audition publique d'experts** a été organisée par l'Afssaps, l'Anaes et l'Inserm le 9 novembre 2004 à la demande du ministre de la Santé (<http://afssaps.sante.fr/html/10/hepatite/indhepa.htm>). Elle avait pour but de **réexaminer les recommandations de la conférence de consensus de septembre 2003**, en examinant les dernières données disponibles.

La commission a tenu à rappeler que « la mise en évidence d'une association causale requiert des arguments stricts. L'existence d'une série ou d'un regroupement de cas... constitue un signal qui mérite considération, mais ne saurait en elle-même constituer une preuve suffisante d'une association causale ». « Sans une évaluation rigoureuse, la société pourrait être méconduite par de multiples rumeurs, allégations ou hypothèses non prouvées (concernant possiblement les vaccinations, mais aussi les traitements médicamenteux, l'alimentation, les expositions environnementales, etc.) ».

La commission confirme la pertinence des stratégies d'action recommandées en septembre 2003 dans la mesure où les informations présentées (étude Hernan et étude Kidmus) ne conduisent pas à remettre en question ce programme.

Promouvoir une politique de vaccination relève d'une responsabilité de l'Etat. La commission regrette que les recommandations faites en 2003 par le jury de la réunion de consensus n'aient pas encore été mises en œuvre un an après qu'elles ont été émises.

peut-être entraîné un tapage médiatique.

Avec beaucoup de mauvaise foi, un certain nombre de responsables se réjouissent des ennuis de l'Hexavac® (réduction de l'immunogénicité de la valence hépatite B), justifiant ainsi a posteriori leur immobilisme. Cela est inacceptable car, d'une part, l'autre vaccin hexavalent n'est pas touché et, d'autre part, si le taux de couverture de la vaccination contre l'hépatite B atteignait les taux obtenus en Italie ou en Allemagne, la réduction d'immunogénicité de l'Hexa-

vac® n'aurait probablement aucune conséquence en terme de santé publique.

Enfin, les médias ont cru voir que les décisions de recommandations avaient été influencées par des conflits d'intérêts d'un certain nombre d'experts et n'ont fait que renforcer la suspicion. En vérité, les autorités françaises fonctionnant essentiellement sur une expertise externe (non rémunérée), il est obligatoire que l'ensemble des experts aient eu, à un moment ou à un autre, des rap-

ports (financement d'études, congrès, participation à des formations post-universitaires, rédaction d'articles...) avec un quelconque fabricant de vaccins ou de médicaments. Si cela n'était pas le cas, cela signifierait que, soit les experts n'en sont pas, soit les déclarations d'intérêts étaient incomplètes. L'expertise dans le domaine du vaccin ou du médicament ne repose pas uniquement sur une formation théorique méthodologique ou épidémiologique, mais sur la conception et la réalisation d'études, sur la connaissance bibliographique, enfin et surtout sur le contact avec les patients qui peuvent bénéficier des traitements étudiés.

Depuis, une grande partie des décisions vaccinales témoignent de la même opacité, de l'absence de transparence et de l'absence de justification scientifique.

LE VACCIN PNEUMOCOCCIQUE CONJUGUÉ

Les indications de Prevenar® en représentent l'exemple typique. Alors que tous les enfants de moins de deux ans sont à risque d'infections invasives à pneumocoque (le CTV s'était prononcé clairement pour une vaccination généralisée de ces enfants), un « groupe parallèle » sur ce vaccin a été créé de toutes pièces et a cherché à trouver à tout prix des groupes à risques pour ne pas dire que cette vaccination devait être généralisée.

Sur quoi reposent ces recommandations chez l'enfant de moins de deux ans sans pathologie sous-jacente : sur rien ou presque. Un article de Levine et al. montrait effectivement un risque augmenté pour les enfants vivant en collectivité et moindre pour les enfants allaités de façon durable, mais les groupes définis dans cette étude ne correspondent en rien, ou presque, à ceux définis dans les recommandations. Il faut d'ailleurs bien noter que les recommandations sur Prevenar® (voir encadré) se gardent bien d'être gradées. De plus, si cette recommandation était effective-

INDICATION DE LA VACCINATION ANTI-PNEUMOCOCCIQUE CONJUGUÉE CHEZ L'ENFANT (CALENDRIER VACCINAL 2005)

Chez l'enfant de moins de deux ans, la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent 10 est fortement recommandée, à partir de deux mois, pour les enfants présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'infection invasive à pneumocoque :

- asplénie fonctionnelle ou splénectomie ;
- drépanocytose homozygote ;
- infection par le VIH ;
- déficits immunitaires congénitaux ou secondaires à : une insuffisance rénale chronique ou un syndrome néphrotique ; un traitement immunosuppresseur ou une radiothérapie pour néoplasie, lymphome ou maladie de Hodgkin, leucémie, transplantation d'organe ;
- cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque ;
- pneumopathie chronique (à l'exception de l'asthme, sauf les asthmes sous corticothérapie prolongée) ;
- brèche cérébro-méningée ;
- diabète.

La vaccination par le vaccin anti-pneumococcique heptavalent conjugué est également recommandée pour les enfants âgés de moins de deux ans exposés à un ou des facteurs de risque liés au mode de vie identifiés dans la littérature : enfants gardés plus de quatre heures par semaine en compagnie de plus de deux enfants en dehors de la fratrie, enfant ayant reçu moins de deux mois d'allaitement maternel, enfant appartenant à une fratrie d'au moins trois enfants (d'âge préscolaire).

Enfin, la vaccination par le vaccin anti-pneumococcique heptavalent conjugué est recommandée pour les candidats à l'implantation cochléaire et les porteurs d'implants cochléaires âgés de moins de deux ans (grade de recommandation C).

ment suivie, cela représenterait 80 à 90 % des enfants de moins de deux ans.

Décryptage : Quelles sont les raisons de ce choix : sûrement pas des économies, ce qui aurait pu se comprendre vu l'état des finances de notre système de santé (cela aurait été cependant politiquement incorrect), plutôt ne pas avoir à promouvoir, après les remous induits par la vaccination contre l'hépatite B, une vaccination généralisée pour laquelle les autorités auraient eu à s'investir.

Les résultats de cette politique désastreuse sont une suspicion sur l'efficacité et la tolérance du vaccin, une implantation lente du vaccin en France, un retard à l'administration du vaccin, qui, malheureusement, se fait rarement dès l'âge de deux mois, et par conséquent peu de schémas vaccinaux complets sont en fait réalisés.

Pourtant l'Observatoire des méningites en France montre bien que le pic de fréquence de celles qui sont dues au pneumocoque est à cinq mois et l'on sait que,

pour être efficace, deux doses au moins sont nécessaires, d'où l'importance d'une vaccination précoce et complète.

De ce fait, si les pédiatres se sont mis progressivement à vacciner et que le taux de couverture des enfants suivis par eux est maintenant élevé (> 80 %), ce n'est pas le cas chez les généralistes, qui, du fait de la diversité des patients qu'ils prennent en charge, ont besoin de recommandations simples : moins de 50 % des enfants en France ont reçu au moins une dose et beaucoup moins sont correctement vaccinés pour leur âge.

Alors que d'autres pays, comme les Etats-Unis ou le Canada, grâce à une politique vaccinale volontariste et efficace, ont vu rapidement réduire leur nombre d'infections systémiques à pneumocoques, tant chez les vaccinés que dans leur entourage. Le CDC estime que plus de 10000 cas d'infections invasives ont été prévenus chez les vaccinés et que 20000 cas l'ont été dans les autres tranches d'âges grâce à l'effet

RECOMMANDATION DU CSHPF CONCERNANT LA VARICELLE

[...]

- ne recommande pas la vaccination généralisée contre la varicelle des enfants à partir de l'âge de douze mois,
- rappelle que s'appliquent les contre-indications précisées dans le libellé de l'AMM des vaccins, et parmi elles, le CSHPF attire l'attention sur la grossesse : toute vaccination contre la varicelle chez une jeune femme en âge de procréer doit être précédée d'un test négatif de grossesse,
- recommande la vaccination post-exposition dans les trois jours suivant l'exposition à un patient avec éruption chez les adultes (à partir de l'âge de dix-huit ans) immunocompétents sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse), le contrôle de la négativité de la sérologie étant facultatif,
- recommande pour les professionnels de santé :
 - la vaccination à l'entrée en première année des études médicales et paramédicales aux étudiants sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative,
 - qu'un rattrapage soit effectué auprès de l'ensemble du personnel de santé sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, à l'embauche ou à défaut déjà en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, gynéco-obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, maladies infectieuses), les sujets vaccinés étant informés de la nécessité d'une éviction de 10 jours en cas de rash généralisé,
- recommande la vaccination contre la varicelle pour tout professionnel en contact avec la petite enfance (crèches et collectivités d'enfants notamment) sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative,
- recommande la vaccination contre la varicelle pour toute personne sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, en contact étroit avec des personnes immunodéprimées. Les sujets vaccinés doivent être informés de la nécessité, en cas de rash généralisé, d'éviter les contacts avec les personnes immunodéprimées pendant 10 jours [...].

«troupeau» induit par une vaccination massive des enfants. Si l'on rapporte à la France ces chiffres, cela correspondrait à au moins 5000 cas prévenus et probablement à des dizaines voire des centaines de vies sauvées.

Mais qu'en est-il en France ? Du fait de l'absence de lisibilité des recommandations et de ses conséquences, la faible implantation du vaccin, en particulier chez les généralistes, fait que l'on ne voit pas encore clairement de bénéfice de la vaccination en terme de santé publique.

Un responsable a-t-il démissionné à la suite de ce fiasco vaccinal ? Compromis ou compromissions ?

Avec la mauvaise foi qui les caractérise, un certain nombre de responsables font remarquer que la France a été un des premiers pays européens à avoir remboursé Prevenar®. On avait d'excellentes raisons pour cela ; nous sommes, comme chacun sait, le premier pays européen pour la consommation des antibiotiques, le premier pour la résistance du pneumocoque et un des premiers où les enfants entrent le plus tôt en crèche. Au lieu de profiter de l'opportunité que constituait l'implémentation de Prevenar® pour réduire à la fois la consommation d'antibiotiques et la résistance du pneumocoque, rien, ou presque, n'a été fait dans ce domaine, en dehors de quelques documents édités par la Cnam.

LE VACCIN VARICELLE

Depuis plus de dix ans, les Etats-Unis se sont lancés avec succès dans un programme de vaccination généralisée des nourrissons et des enfants contre la varicelle. Peu de pays occidentaux les ont suivis pour l'instant, et l'on comprend que la DGS ne se soit pas lancée dans un programme de vaccination généralisée. Mais comment comprendre les recommandations complexes, alambiquées, coûteuses, inutiles, inefficaces auxquelles nous sommes parvenus (voir encadré). Le point 3 de la recommandation, qui concerne le plus grand nombre de patients, est particulièrement édifiant.

Il souligne que la varicelle est plus grave après la puberté : un adulte qui n'a pas d'antécédent de varicelle et qui est en contact avec un patient atteint de la maladie doit être vacciné dans les trois jours suivant l'exposition, ce qui crée pour ces patients un climat de panique inutile...

Comment définir l'exposition ? Les patients atteints de varicelle sont contagieux par voie respiratoire au moins vingt-quatre heures avant la sortie du premier bouton. Comme chacun sait, nombre d'enfants présentant la varicelle ne nous sont pas amenés le premier jour, mais le deuxième voire troisième, rendant l'attente du résultat de la sérologie (1 à 4 jours) inopérante et conduisant à vacciner des adultes certes sans antécédent de varicelle mais dont 80 à 90 % sont déjà immunisés. N'aurait-il pas été plus simple de proposer, comme en Suisse, la vaccination des adolescents (futurs adultes) et des adultes jeunes sans antécédent de varicelle et séronégatifs, au calme, à l'occasion d'une consultation habituelle, ce qui permettait, par ailleurs, de couvrir aussi les futurs professionnels de santé ou de la petite enfance.

Décryptage : Quelles sont les raisons de ce choix : ne pas avoir à promouvoir, après les remous induits par la vaccination

contre l'hépatite B, une vaccination généralisée des adolescents, peut-être au collège, qui avait laissé un mauvais souvenir pour l'hépatite B.

LE BCG ET LA TUBERCULOSE : UN FIASCO ANNONCÉ

Depuis plusieurs années tout le monde savait que :

- le Monovax® allait disparaître, obligeant à utiliser un vaccin plus difficile à réaliser et de toute façon moins bien toléré : le BCG SSI® ;
 - la France avait rejoint les autres pays occidentaux en terme d'incidence de la tuberculose ;
 - tous ces pays, sauf le Portugal (incidence plus élevée), soit ne l'utilisent pas du tout, soit le réservent aux populations à risque ;
 - une expertise collective de l'Inserm en 2004 avait montré que 15 % des enfants appartenant à des groupes à risque représentaient les trois quarts des cas de tuberculose pouvant être prévenus par le vaccin.
- Comme dans d'autres pays, ces groupes à risque sont relativement bien définis :
- enfant provenant de pays de forte prévalence de tuberculose ;

COMMUNIQUÉ DE LA DGS DU 14 DÉCEMBRE 2005 CONCERNANT LA VACCINATION CONTRE LA TUBERCULOSE

Un communiqué de presse émanant d'un groupe de travail de l'Académie nationale de médecine alerte sur l'abandon en janvier 2006 de la commercialisation en France du vaccin contre la tuberculose par multipuncture qui sera remplacé par un vaccin administré par injection intradermique. Ce groupe considère que cette technique d'administration risque de soulever des difficultés en l'absence de formation préalable des médecins, alors que la vaccination antituberculeuse est obligatoire en France et exigée pour tous les nourrissons dès qu'ils fréquentent un mode de garde collectif. Il demande que l'administration adresse sans délai des instructions aux pédiatres et aux médecins généralistes.

La Direction générale de la santé tient à apporter les précisions suivantes :

l'abandon de la mise sur le marché de la présentation du vaccin par multipuncture est une décision du laboratoire Sanofi Aventis Pasteur à laquelle l'administration ne peut s'opposer. Par ailleurs, notre pays est le seul à utiliser cette méthode et la voie intradermique a toujours été considérée comme la technique de référence (étant la seule permettant de maîtriser la dose réelle de vaccin injecté) ;

à partir de juillet 2004, le laboratoire a averti les médecins et les autres professionnels de santé de la cessation de commercialisation du vaccin par multipuncture en janvier 2006, afin notamment de permettre aux professionnels non habitués à cette pratique d'anticiper cette situation ;

le laboratoire a développé, à la demande des pouvoirs publics, des outils de formation à l'attention des médecins et les a diffusés à partir du printemps 2005 ; il a, en outre, organisé à leur intention des séances d'entraînement ;

des instructions ont été adressées aux directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) afin que des actions d'information et de formation soient organisées localement pour les professionnels de santé qui le souhaiteraient. Par ailleurs des orientations ont été données pour que la vaccination soit réalisée à la maternité pour les enfants qui le nécessitent du fait de risque particulier. Pour les nourrissons qui doivent être vaccinés avant l'entrée dans un mode de garde collectif, il est recommandé, si le médecin traitant ne peut la réaliser, de s'adresser aux services de protection maternelle et infantile ou de lutte antituberculeuse.

S'agissant de la politique de vaccination contre la tuberculose en France, la Direction générale de la santé a demandé à l'Inserm de réaliser une expertise collective dont les conclusions sont consultables sur le site de l'institut. Celles-ci ont fait l'objet d'une analyse du CSHPF.

Dans un avis du 30 septembre 2005, celui-ci recommande préalablement à toute modification de la politique de vaccination contre la tuberculose, le renforcement des moyens de dépistage et de prise en charge de la tuberculose. Un programme est en cours d'élaboration et des mesures destinées à renforcer les modalités de lutte contre la tuberculose en France seront annoncées au cours du premier trimestre 2006.

enfant né de famille provenant de pays de forte prévalence de tuberculose ;
 enfant présentant un antécédent familial de tuberculose.

Les pays de forte endémie sont aussi ciblés : ensemble de l'Afrique, de l'Asie sauf le Japon, les pays baltes, l'Europe de l'Est et la majorité des pays d'Amérique du Sud.

Il était donc temps, à la fois, de mettre en place un plan de lutte contre la tuberculose (diagnostic et traitement rapide des patients et dépistage des cas secondaires dans leur entourage) et d'arrêter la vaccination généralisée pour se concentrer sur une vaccination optimale des sujets à risque.

Le communiqué de la DGS sur la vaccination antituberculeuse daté du 14 décembre 2005 (voir encadré) est tout à fait scandaleux. Il précise, en particulier, que notre pays était le seul à utiliser la multipuncture, ce qui était parfaitement vrai, mais il oublie de préciser que

l'ensemble des pays occidentaux avait arrêté la vaccination systématique des nourrissons. Il précise aussi que les médecins et les autres professionnels de santé étaient prévenus depuis juillet 2004 de l'arrêt du BCG et qu'ils auraient dû se former dans ce délai (en vaccinant par exemple les nouveau-nés sur un bras par le Monovax® et sur l'autre par le BCG SSI® ?). Implicitement, cela veut dire que les adénites ou les suppurations qui ne manqueront pas de survenir leur seront attribuables... bien entendu. Ce qu'oublie de préciser ce communiqué, c'est que l'arrêt du Monovax® était connu des autorités depuis plusieurs années et que le plan tuberculose aurait eu tout le temps d'être mis en place. Un point particulièrement cocasse de ce communiqué précise que les pouvoirs publics (si soucieux habituellement de leur indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques) avaient demandé au laboratoire commerciali-

sant le BCG intradermique de mettre en place les outils de formation !

Ce communiqué suggère en outre que la vaccination par le BCG soit effectuée pour les patients à risque en maternité (éventuellement par les sages-femmes) ou dans des centres spécialisés alors qu'aucun moyen supplémentaire ou formation particulière n'a été mis en place.

Enfin, dernier détail, les doses nécessaires pour vacciner l'ensemble d'une classe d'âge (plus de 700 000 doses) ne seront probablement pas disponibles...

Le plan tuberculose n'étant officiellement pas prêt, pour des raisons administratives de répartition des rôles entre l'Etat, les régions et les départements, on décide donc de continuer, en connaissant l'opposition des vaccinateurs de terrain, la vaccination généralisée. Tout cela sans prendre en compte le fait que le rapport bénéfice-risque n'est probablement plus favorable pour les patients sans facteurs de risque particuliers et que cette décision risque, par la cicatrice quasi obligatoire qu'elle entraîne, par ses effets indésirables inévitables, de remettre en cause l'adhésion des médecins et des familles à l'ensemble du programme vaccinal.

Compromis ou compromissions ?

Décryptage : Mélange d'immobilisme et de lutte interne à l'intérieur des institutions.

On continue la vaccination systématique tant que vous ne mettez pas les fonds dans une vraie politique de lutte contre la tuberculose. Tu me donnes le plan tuberculose, je te rends l'arrêt de la vaccination obligatoire...

Par ailleurs, la vaccination ciblée pourrait apparaître comme une mesure marquant la population la plus défavorisée. A notre sens, c'est une réelle mesure de discrimination positive.

Dans le prochain numéro de *Médecine et enfance*, je poursuivrai l'analyse de cette politique vaccinale et je proposerai des solutions pour sortir de cette situation.

Références

- <http://www.anaes.fr> ou <http://www.inserm.fr>.
- Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 17-18/2005, 3 mai 2005 (<http://www.sante.gouv.fr>).
- HERNAN M.A., JICK S.S., OLEK M.J., JICK H. : « Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis : a prospective study », *Neurology*, 2004 ; 63 : 838-42.