



Prévention et surveillance *des maladies infectieuses*

Sommaire

- Edito p. 2
- Prévention et surveillance des maladies infectieuses p. 3
 - La surveillance des maladies infectieuses en Fédération Wallonie-Bruxelles p. 3
 - Un regard sur la vaccination, outil de prévention des maladies infectieuses p. 8
 - Rôles du médecin scolaire dans le contrôle des maladies infectieuses p. 11
- Que mange-t-on ce midi à la cantine ?
Vers une alimentation équilibrée, savoureuse et durable p. 13
- « Se mettre à table ! » : un outil de concertation collective autour de l'alimentation p. 16
- Un outil à votre disposition :
Synergies en santé – Cahier enfance p. 18
- La politique de santé : quoi de neuf ? p. 19

Un regard sur la vaccination, outil de prévention des maladies infectieuses

RÉSUMÉ : La prévention des maladies infectieuses par la vaccination est mise en tension entre l'évidence d'une efficacité reconnue et l'évolution de la perception des risques des maladies. L'article propose un regard sur l'évolution de ce rapport « risque /bénéfice» de la vaccination à titre individuel et à titre collectif.

Le point de vue que j'expose ici est celui d'une professionnelle du champ de la promotion de la santé, intégrée notamment dans une équipe pluridisciplinaire qui pilote le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles, depuis plus de 20 ans. Les valeurs qui fondent nos interventions sont, avant tout, l'équité, l'accessibilité à la prévention vaccinale de tous ceux qui la choisissent pour eux ou leurs enfants, la lutte pour éviter l'installation d'inégalités sociales de santé et l'accès à l'information pour tous.

Bref survol historique

Vacciner, c'est agir pour éviter l'apparition de maladies infectieuses présentant parfois des complications graves, et principales causes de mortalité jusqu'au XIX^e siècle. L'assainissement des habitations, de l'eau, l'amélioration des conditions de travail, les progrès de la médecine, la disparition des famines, ainsi que la vaccination, ont diminué la mortalité et la morbidité des maladies infectieuses chez nous, alors qu'elles restent la principale cause de mortalité dans les pays pauvres. Elles ont été progressivement supplantées, dans les pays économiquement riches, par les maladies dites « de civilisation », car suscitées précisément par l'amélioration des conditions et des modes de vie. L'ensemble des mesures limitant la transmission de certaines maladies ne permet cependant pas de les éviter complètement. L'acte vaccinal préventif a sa place, à côté du maintien de conditions de vie, notamment sanitaires, adéquates, d'une bonne hygiène de vie (alimentation saine, activité physique, ...) et de mesures d'hygiène spécifiques telles que se laver les mains, entretenir les toilettes, se couvrir la bouche quand on tousse, ne pas cracher, ...

Se vacciner, un acte de protection et de solidarité. Pas si évident !

L'acte vaccinal s'inscrit dans deux logiques intimement liées pour la grande majorité des maladies, celle de la protection individuelle, et celle de la protection collective. En effet, toute vaccination évite généralement à une personne de contracter la maladie, mais lui permet aussi de ne pas la transmettre à d'autres.

Faisant partie intégrante de l'évolution qui conduit à une nette diminution des maladies infectieuses, on assiste, de nos jours, à une perte de la conscience collective de la gravité des maladies contre lesquelles les vaccins protègent, tant chez les professionnels de santé qu'auprès du grand public. Ceci constitue un excellent terreau pour voir se développer une perte du sens de la vaccination, d'autant plus que les vaccins sont destinés à des sujets en bonne santé, le plus souvent des enfants, et que le moindre risque d'effet indésirable est jugé inacceptable, dans une société qui prône la recherche du risque zéro. La prévention des maladies infectieuses par la vaccination est mise en tension entre l'évidence d'une efficacité reconnue et l'évolution de la perception des risques des maladies. Les vaccins semblent eux-mêmes victimes de leur propre succès !

Ainsi, chacun, à titre personnel, met dans les plateaux de la balance les bénéfices attendus et les risques encourus, qu'il contracte la maladie ou qu'il se fasse vacciner. C'est au même exercice que se prêtent les experts scientifiques et les autorités sanitaires d'un pays quand il s'agit d'intégrer un vaccin particulier dans le calendrier vaccinal.

Leur décision prend en compte non seulement l'impact sur la protection conférée à chaque individu en particulier, mais aussi sur la circulation des pathogènes dans l'ensemble de la population. Car, quand la vaccination concerne une maladie à transmission interhumaine, elle en réduit la transmission par limitation de la circulation des agents infectieux. Des niveaux élevés de couverture vaccinale confèrent ainsi une protection indirecte à des personnes non vaccinées : aux nouveau-nés trop jeunes pour être vaccinés, aux personnes âgées dont les réponses immunitaires sont moins bonnes, à des personnes gravement malades ou allergiques qui, pour raisons médicales, ne peuvent pas recevoir de vaccins, ... Ainsi, à titre individuel, le fait d'appartenir à une population dans laquelle un nombre élevé de personnes sont immunisées, réduit le risque de contracter la maladie.

A long terme, le maintien de taux élevés de couverture vaccinale permet même de voir disparaître certaines maladies de nos continents, comme ce fut le cas de la variole au niveau planétaire, et actuellement pour la poliomyélite dans la majorité des pays. On parle alors d'élimination des maladies.

A titre collectif, quand les experts recommandent l'introduction d'un vaccin dans le calendrier vaccinal et que les autorités sanitaires et politiques décident de le financer en le rendant accessible dans le circuit de distribution gratuit des vaccins de la Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe, pour le programme, une obligation de résultats en termes de couverture vaccinale adéquate, et donc d'adhésion du grand public et des professionnels de santé. En effet, des taux insuffisants ou répartis de façon inhomogène dans la population modifient le profil épidémiologique des maladies, et peuvent, paradoxalement, avoir des conséquences néfastes en termes de santé publique. Les 3 exemples suivants illustrent que les conséquences se manifestent de façon différente selon les maladies.

Lors de l'épidémie de rougeole qui a sévi en 2011, près de 500 cas ont été recensés dans notre pays. En Flandre, malgré un taux de couverture proche de 95%, 50 cas se sont déclarés dans une école anthroposophique, à Gand, où la majorité des parents refusent la vaccination pour des raisons philosophiques. En Wallonie, les cas de rougeole se sont répandus au départ de la France. Malgré un moins bon taux de couverture qu'en Flandre, les cas y ont été plus disséminés, car on n'identifie pas de poches de non-vaccination. Cet exemple illustre que des taux de couverture inhomogènes provoquent des foyers épidémiques dans des groupes non vaccinés, à un âge où les complications de la maladie peuvent être plus graves.

Le « pattern » de transmission de la coqueluche s'est modifié sous l'effet de la vaccination. La protection n'étant pas pérenne, on observe, depuis quelques années, que ce sont les adultes de l'entourage qui contaminent les tout jeunes bébés, dont la protection vaccinale n'est acquise que vers l'âge de 6 mois. La stratégie vaccinale « cocoon »⁷ revêt un caractère « altruiste » car c'est par la vaccination des adultes qu'on protège les tout jeunes bébés.

Quant à la généralisation de la vaccination contre la rubéole, elle provoque un ralentissement de la circulation des virus avec un risque de déplacement des infections rubéoleuses à un âge plus avancé. Elle peut donc, paradoxalement, pour des jeunes filles enceintes et non immunisées (ni par la maladie ni par la vaccination) augmenter le risque de contracter la maladie et, en conséquence, augmenter le risque de rubéole congénitale pour leur fœtus.

Ainsi donc, si la plupart des personnes adhèrent à cette vision que l'intérêt individuel d'être vacciné rejoint l'intérêt collectif pour l'ensemble d'une population, certaines ne la partagent pas.

Calendrier de vaccination 2012

Maladie	Nourrissons					Enfants et adolescents			
	6 semaines	12 semaines	16 semaines	12 mois	15 mois	5-6 ans	11-12 ans	13-14 ans	15-16 ans
Poliomyélite	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Diphtérie	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Tétanos	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Coqueluche	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Streptocoque de type B	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Grippe B	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Nouveautés : La grippe des vaccins est maintenue malgré la suppression dès septembre 2012 de toutes les vignettes autorisatives de commande de vaccins pour les enfants en âge scolaire. Ce changement est lié à la mise en place d'un nouveau système de commande de vaccins et d'un registre de données vaccinales pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il est proposé que chaque vaccinateur de l'entourage à l'âge adulte, note les vaccinations qu'il réalise dans ce registre, dans le respect des règles de protection de la vie privée. Cette centralisation permettra d'évaluer des interventions vaccinales attestées à la porte de documents vaccinaux attestant d'une vaccination.

L'âge des rappels de vaccination : Les rappels de vaccination de votre enfant, le médecin vaccinateur vous fournira de plus amples informations.

Editeur responsable : Dr J. Gustin, Fédération Wallonie-Bruxelles, 44, rue de la Santé à Bruxelles.

En collaboration avec : le Ministère de la Santé et du Bien-être.

Leyns n° 1, de la Cour Pénale, CCFL/148.

N° d'impôt légal : 01.2012.70.13477

Logo de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Édition juin 2012

7. Le fait de vacciner les personnes de l'entourage proche susceptible de contaminer un bébé.

A quel conflit de valeurs sont confrontés les parents, les professionnels de la santé, les acteurs des programmes de vaccination au moment de la décision vaccinale ?

Un petit détour par deux jugements proclamés dans les tribunaux, l'un en 1997, l'autre en 2011, montre bien l'évolution de la notion d'intérêt individuel versus l'intérêt collectif à propos de l'obligation vaccinale contre la poliomyélite.

En 1997, la Cour de cassation condamnait des parents qui avaient refusé de soumettre leur enfant à la vaccination contre la poliomyélite, seule obligatoire en Belgique. Une des motivations de l'arrêt disait « l'obligation vaccinale est une mesure nécessaire à la protection de la santé (...), la polio est une maladie contagieuse produite par un virus (...) provoquant des paralysies graves ; le législateur a organisé la protection de la santé contre un mal aux conséquences sévères et pris les mesures qui s'inscrivent dans le cadre de ses compétences et dans les nécessités d'une politique de santé qui vise à protéger l'individu, et à travers lui, à empêcher la diffusion du virus (...) ».

Début 2011, le tribunal correctionnel de Tournai rendait, au contraire, un jugement en faveur de parents dans la même situation. Ce dernier jugement se basait notamment sur la loi de 2002 concernant les droits des patients qui stipule que, tout acte médical, en ce compris la vaccination, requiert le consentement libre, préalable et éclairé du patient. Ce qui contredit a priori le caractère obligatoire de la vaccination contre la polio. Le jugement ne prend nullement position sur l'efficacité ou la dangerosité éventuelle, réelle ou supposée, de la vaccination contre la poliomyélite, mais traite la question de l'obligation vaccinale sous un angle purement juridique. C'est l'obligation vaccinale qui deviendrait illégale.

Sans entrer dans la complexité du débat sur l'obligation vaccinale, il est manifeste que la vaccination, comme acte préventif, croise plusieurs problématiques qui ne relèvent pas seulement du champ de la santé publique.

On assiste à une mise en tension de valeurs : la liberté individuelle, le libre-choix du patient, le droit au consentement personnel à tout acte médical, les valeurs relatives à la protection d'une collectivité. Une tension entre le fait que l'obligation vaccinale pourrait constituer une violation des droits de l'individu et une confiance dans l'expertise des scientifiques, une prise en compte des aspects « altruistes » de la vaccination, une gestion de l'incertitude qui ne recourt pas de façon inconditionnelle au principe de précaution (l'intuition hippocratique : *Primum non nocere*), la création de conditions permettant de mieux accepter le risque...

Ces éléments de réflexion ne représentent que quelques jalons, quelques points de repères pour tenter d'éclairer la question de savoir si les bénéfices majeurs que l'on tire d'une vaccination valent les désagréments, le plus souvent mineurs, qu'elle cause, à titre individuel, et à titre collectif. Sans doute sommes-nous à la croisée de chemins où la société civile ne pourra faire l'économie d'une mise en débat démocratique de ces questions, à la recherche d'un nouvel équilibre entre les enjeux de « santé partagée » et la prise en compte des droits des patients à être acteur de leur santé, entre le droit de la collectivité de vouloir que l'intérêt général soit préservé et les difficultés à définir ses contours, entre les exigences de santé et d'autres aspirations ou besoins de tout être humain.

Au cours de la Semaine européenne de Vaccination, qui se déroulera du 20 au 27 avril prochain, le programme de vaccination tentera d'approfondir ce débat.

MC Miermans, psychologue
Provac-ULg

CONTACT :
PROVAC-ULg
Sart Tilman, B23 - B-4000 LIEGE
Marie-Christine MIERMANS
Psychologue
Tél: 0032/43.66.28.97 - mc.miermans@ulg.ac.be