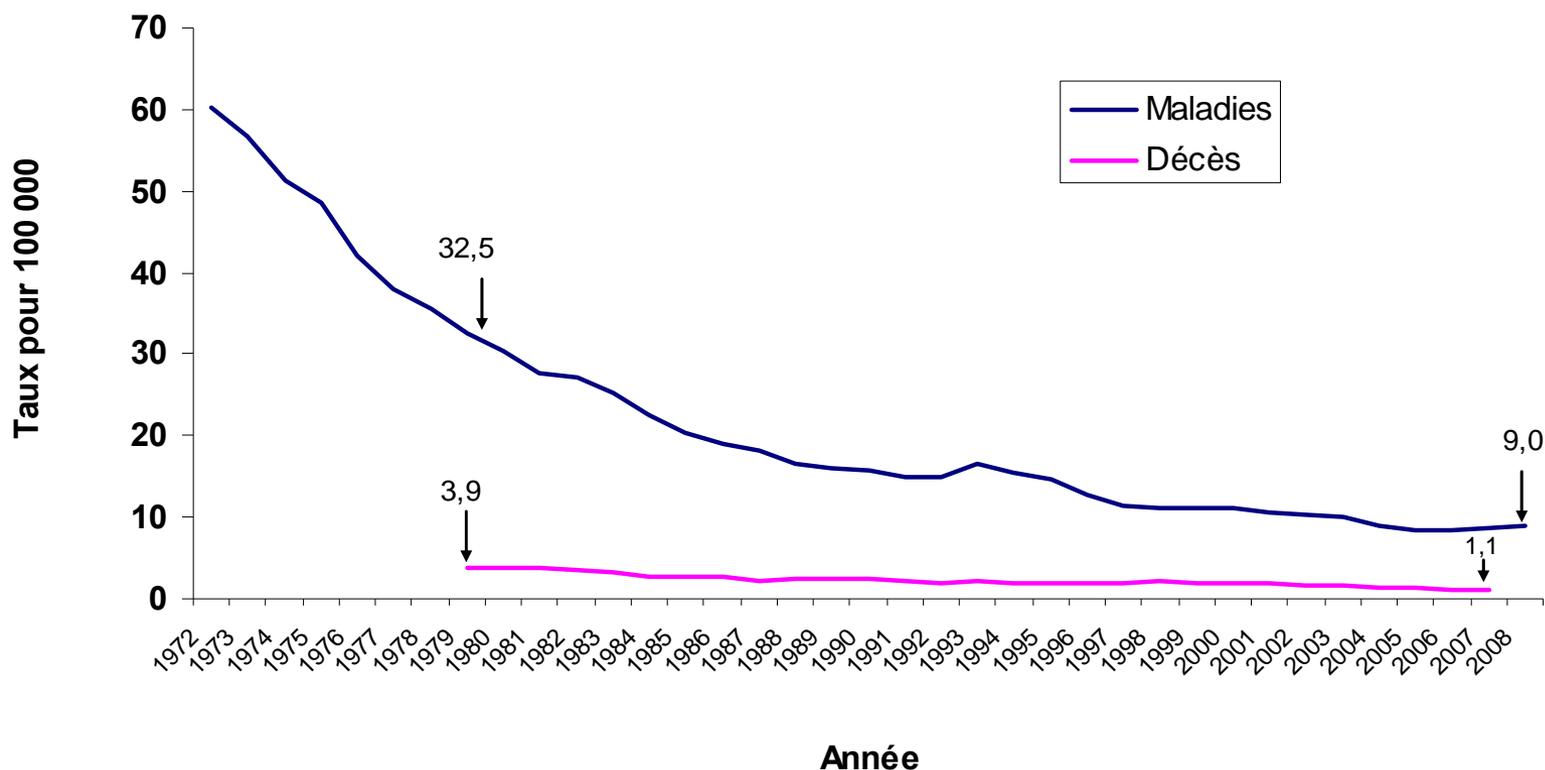


# Couverture vaccinale BCG et épidémiologie de la tuberculose chez l'enfant depuis la levée de l'obligation vaccinale en France

JP. Guthmann, L. Fonteneau, D. Che, D. Antoine, D. Lévy-Bruhl

Journées Nationales d'Infectiologie  
Montpellier, 11 juin 2010

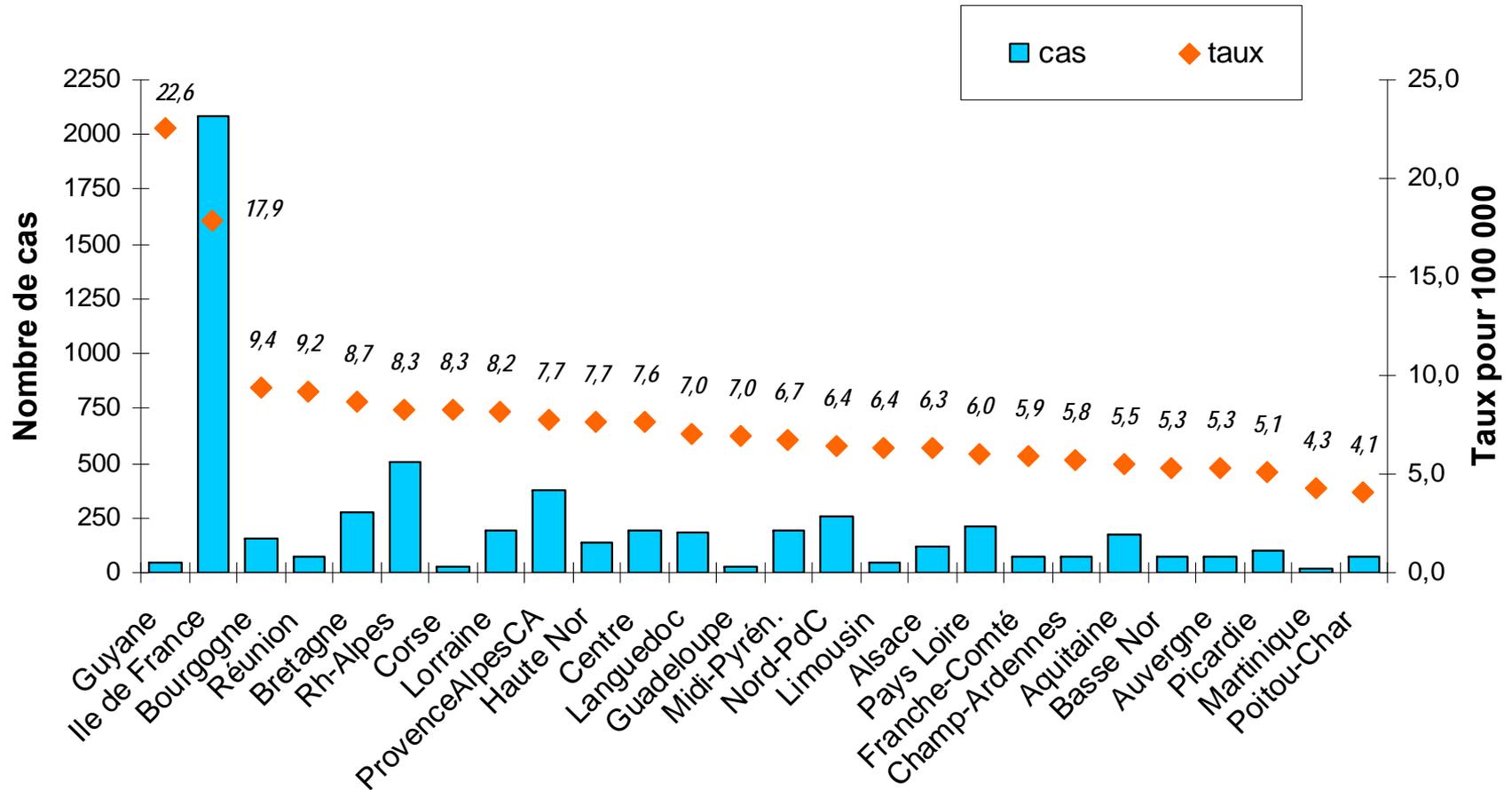
# Morbidité et mortalité\* liées à la tuberculose, France métropolitaine, 1972-2008



\* Tuberculose en cause principale de décès

Sources: InVS (déclaration obligatoire), INSERM (CépiDc)

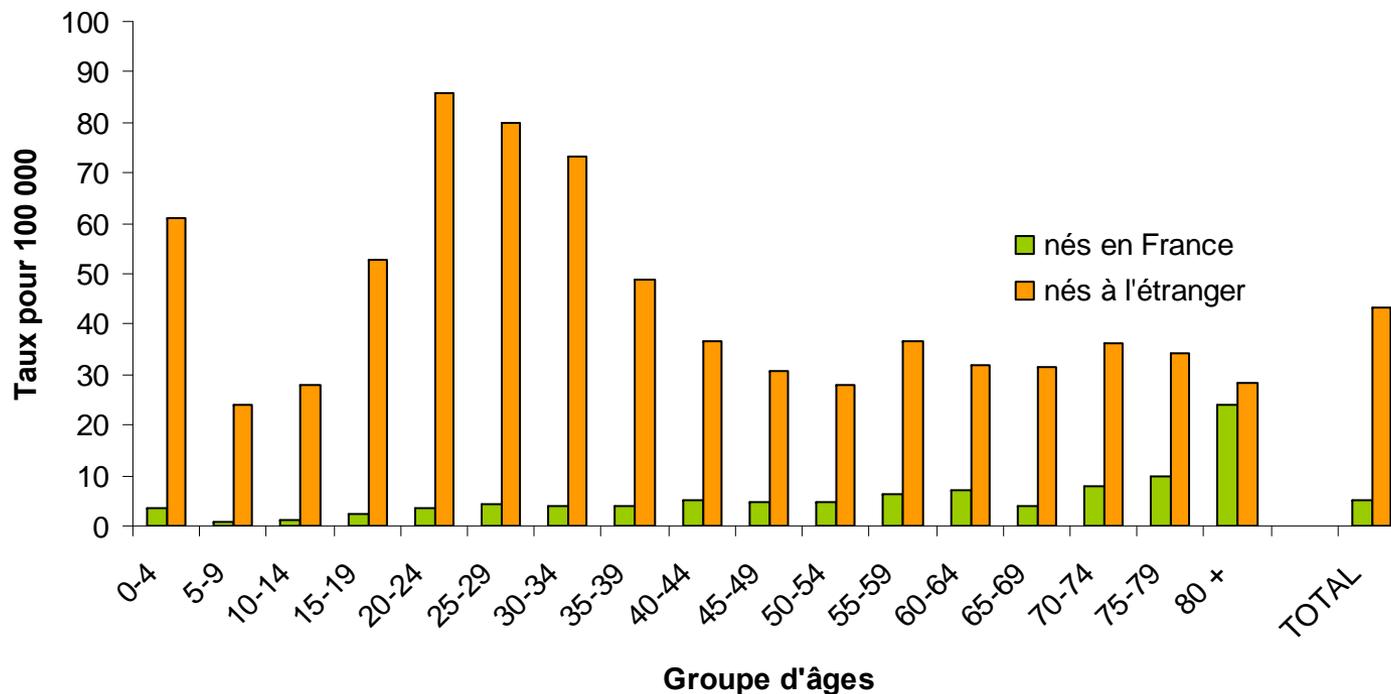
# Cas déclarés de tuberculose maladie par Région \*, 2008 (Nombre de cas et taux)



\* Région de déclaration

Source: InVS, déclaration obligatoire de tuberculose, INSEE, Estimations localisées de population

# Taux de déclaration de tuberculose maladie selon l'âge et le lieu de naissance France métropolitaine, 2008



Source: InVS, déclaration obligatoire de tuberculose

# Politique vaccinale BCG

## Nouvelle politique vaccinale BCG: juillet 2007

- Suspension de l'obligation vaccinale pour tous les enfants
- Forte recommandation pour les enfants à risque élevé
  - Enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse
  - Dont au moins l'un des parents est originaire d'un tel pays
  - Enfant devant y séjourner au moins 1 mois d'affilée
  - Enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose
  - Enfant vivant en Ile-de-France ou en Guyane
  - Enfant dans toute situation jugée à risque par le médecin (*conditions de logement ou socio économiques défavorables ou contact régulier avec adultes originaires pays forte incidence*)
- S'accompagnant de la mise en œuvre du plan national de lutte contre la tuberculose

# Certificat de santé, outil de base pour évaluer la CV chez le petit enfant

**TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ**  
 À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24<sup>e</sup> MOIS.  
 Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.  
 Ne pas remplir les cases traitées

 N°12598\*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 2. profession 3. sans profession 4. autre

**Activité professionnelle** :  
 Mère : 1. actif 2. chômeur 3. autre

**PARTIE MÉDICALE**

**Vaccinations** Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 <sup>re</sup> dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>e</sup> dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>e</sup> dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	1 dose <input type="checkbox"/>		2 doses <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 dont plus de 3 affections « sifflantes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestiques depuis le 9 <sup>e</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui :  
 intoxication  brûlures  chute/traumatisme

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Nombre d'hospitalisations depuis le 9<sup>e</sup> mois : \_\_\_\_\_  
 Précisez les causes : \_\_\_\_\_

**Développement psychomoteur**

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superpose des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associe deux mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui à quel âge ? _____ mois		

**Mesures**

Poids  kg  Taille  cm

IMC  Péri-mètre crânien  cm

Examen de l'œil : Normal non  oui

Exploration de l'audition : Normale non  oui

Dents cariées / Nombre total de dents  /

**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

# Certificat de santé, outil de base pour évaluer la CV chez le petit enfant

**TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ**  
À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24<sup>e</sup> MOIS.  
 Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.  
 Ne pas remplir les cases tramées

  
N°12598\*02

---

**Enfant**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe: Fém.  Masc.

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Adresse du domicile: \_\_\_\_\_

M.  Mme  Melle  Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

**PARTIE MÉDICALE**

**Vaccinations** Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. virale B	Pneumo-coque
1 <sup>re</sup> dose	<input type="checkbox"/>				
2 <sup>e</sup> dose	<input type="checkbox"/>				
3 <sup>e</sup> dose	<input type="checkbox"/>				
Rappel	<input type="checkbox"/>				

ROK 1 dose  2 doses

BCG fait Non  Oui

il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non  Oui

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 dont plus de 3 affections « siffantes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestiques depuis le 9 <sup>e</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui :  
 intoxication  brûlures  chute/traumatisme

Autres (précisez) .....

Nombre d'hospitalisations depuis le 9<sup>e</sup> mois \_\_\_\_\_

Précisez les causes : .....

**Développement psychomoteur**

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superpose des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associe deux mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui à quel âge ? _____ mois		

**Mesures**

Poids \_\_\_\_\_ kg Taille \_\_\_\_\_ cm

IMC \_\_\_\_\_ Périètre crânien \_\_\_\_\_ cm

Examen de l'œil: Normal non  oui

Exploration de l'audition: Normale non  oui

Dents cariées / Nombre total de dents \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**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

---

**Famille** Nom de naissance de la mère \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

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 : (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)  
 Mère | 4. Animateur polyvalent | 4. Profession | Mère | 1. Artif | 5. Châneur |



# Données de couverture vaccinale BCG

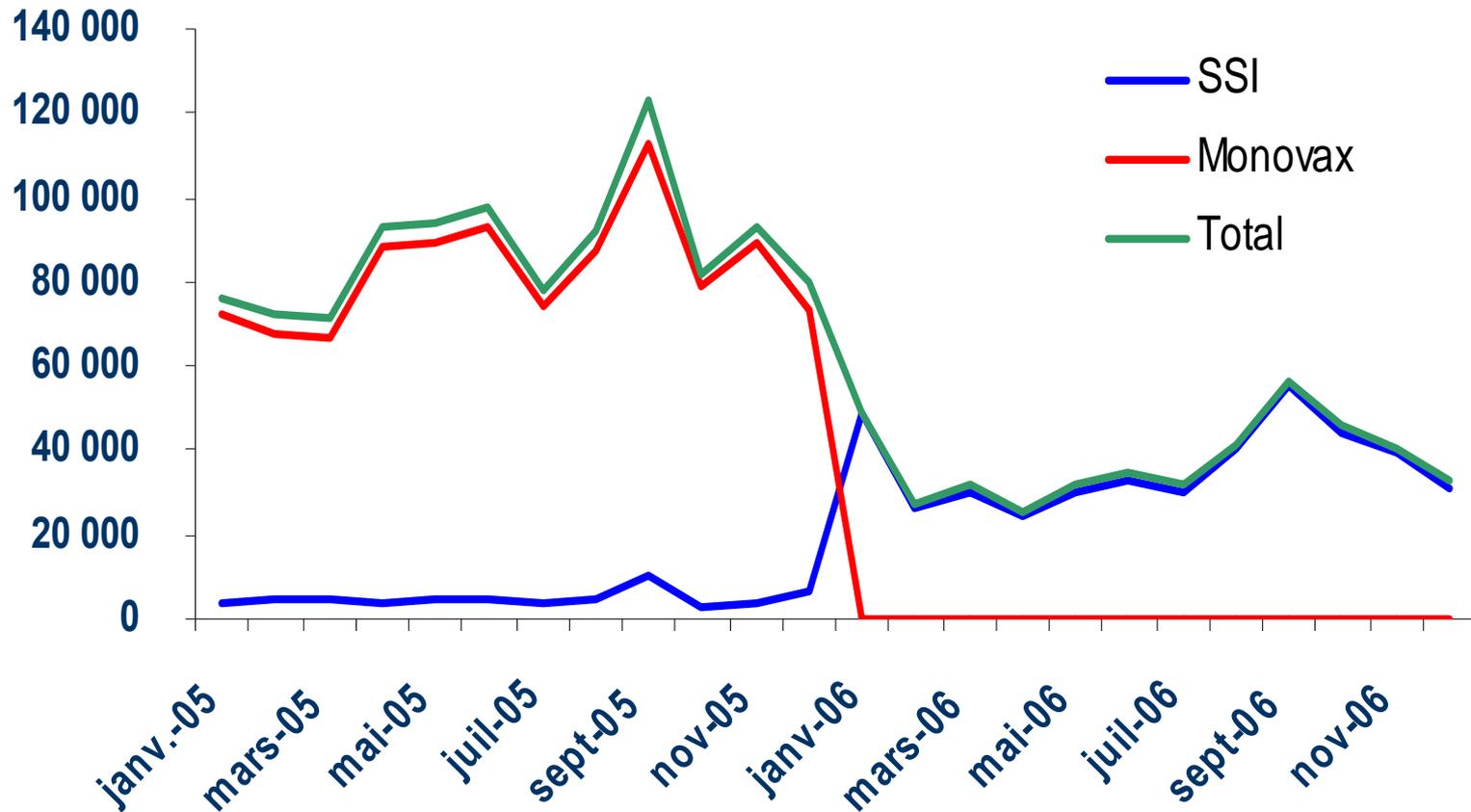
# Enquête en secteur libéral, février 2008

- 285 médecins participants, 2596 enfants recrutés

		IDF		Hors IDF		Total	
		à risque		à risque		à risque	
		N	%	N	%	N	%
Libéral exclusif	Global	286	<b>67</b>	122	<b>57</b>	408	<b>62</b>
	2-7 mois	144	<b>51</b>	64	<b>40</b>	208	<b>45</b>
	8-23 mois	142	<b>80</b>	58	<b>83</b>	200	<b>81</b>
Libéral+salarié	Global	231	<b>78</b>	163	<b>65</b>	394	<b>73</b>
	2-7 mois	115	<b>82</b>	90	<b>58</b>	205	<b>71</b>
	8-23 mois	116	<b>75</b>	73	<b>73</b>	189	<b>74</b>

Source: ACTIV, InVS

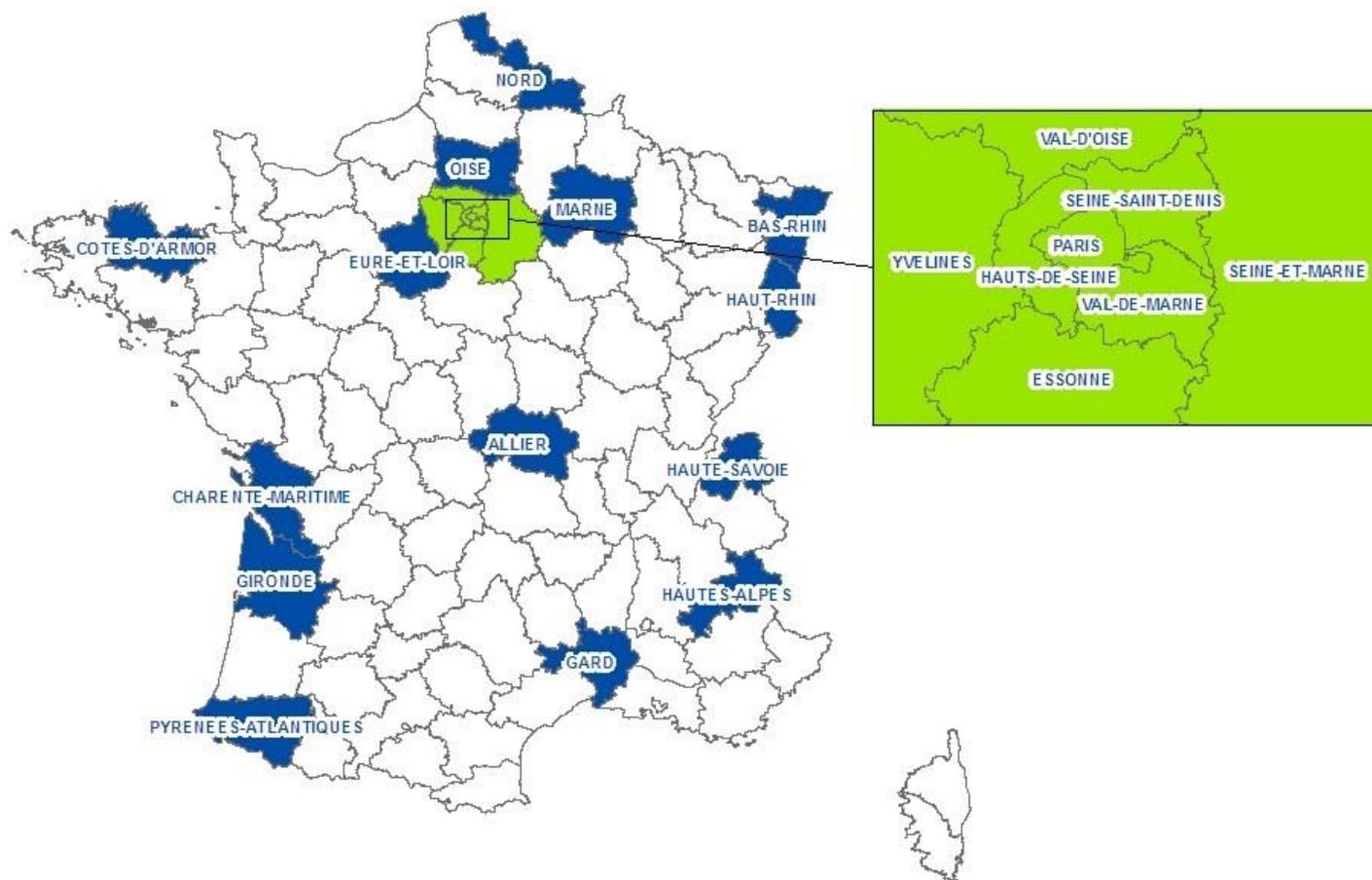
# Baisse des ventes de BCG dès la disparition de la multipuncture



(source GERS)

# Enquête dans le secteur public, avril 2009

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



# Couverture vaccinale en secteur public, avril 2009

Groupe d'âge	France (N=856)		IDF (N=481)		Hors IDF (N=375)	
	CV	IC95%	CV	IC95%	CV	IC95%
<b>2-12 mois</b>	66,2%	59,1 – 72,7	86,7%	75,0 - 93,4	53,1%	44,6 - 61,5
<b>&gt; 12 mois</b>	83,0%	74,2 – 89,2	95,0%	86,3 - 98,3	75,5%	62,5 - 85,1
<b>Total</b>	<b>72,6%</b>	<b>66,3 - 78,0</b>	<b>89,8%</b>	<b>81,4 - 94,7</b>	<b>61,7%</b>	<b>53,8 - 69,0</b>

Source: InVS

# Ventes de vaccin BCG en Ile-de-France, 2005-2009

Sector		Number vaccinated					Δ 09-05
		2005	2006	2007	2008	2009	
Private	Monovax®	158 108	0	0	0	0	
	BCG SSI	11 796	97 623	94 611	97 772	108 905	
	<b>Total</b>	<b>169 904</b>	<b>97 623</b>	<b>94 611</b>	<b>97 772</b>	<b>108 905</b>	- 36%
Public	Monovax®	47 733	0	0	0	0	
	BCG SSI	16 959	63 705	53 548	53 739	57 989	
	<b>Total</b>	<b>64692</b>	<b>63 705</b>	<b>53 548</b>	<b>53 739</b>	<b>57 989</b>	- 10%
<b>Total</b>		<b>234 596</b>	<b>161 328</b>	<b>148 159</b>	<b>151 511</b>	<b>166 894</b>	- 29%

(Source: GERS, Sanofi Pasteur MSD)



# Données d'incidence de la tuberculose chez l'enfant

# Cas chez les enfants de moins de trois ans

Région	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Guyane	0	0	1	0	0	2	2	1	0
Ile de France	60	41	42	44	43	39	31	35	43
Hors Ile de France / Guyane	36	26	51	59	44	60	49	62	62
Total France entière	96	67	94	103	87	101	82	98	105

**Parmi les 43 cas d'IDF:** 47% vaccinés, 12% non vaccinés, 42% à statut vaccinal non renseigné

**Parmi les 62 cas hors IDF:** 36 (58%) étaient éligibles à la vaccination et parmi ceux-ci 14% vaccinés, 64% non vaccinés, et 22% à statut vaccinal non renseigné

# Les formes graves

Méningites tuberculeuses - France entière	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Adultes	112	101	117	113	81	98	98	85	92
Enfants de moins de 3 ans	3	4	1	3	2	3	4	1	1

# Conclusions

- Impact épidémiologique de la suspension de l'obligation vaccinale pour l'instant limité
  - Pas d'augmentation des cas chez les < de 3 ans
  - Pas d'augmentation des formes graves
- Couvertures vaccinales insuffisantes sauf chez les enfants suivis dans les PMI d'Ile-de-France
- Faible recul: suivi régulier nécessaire