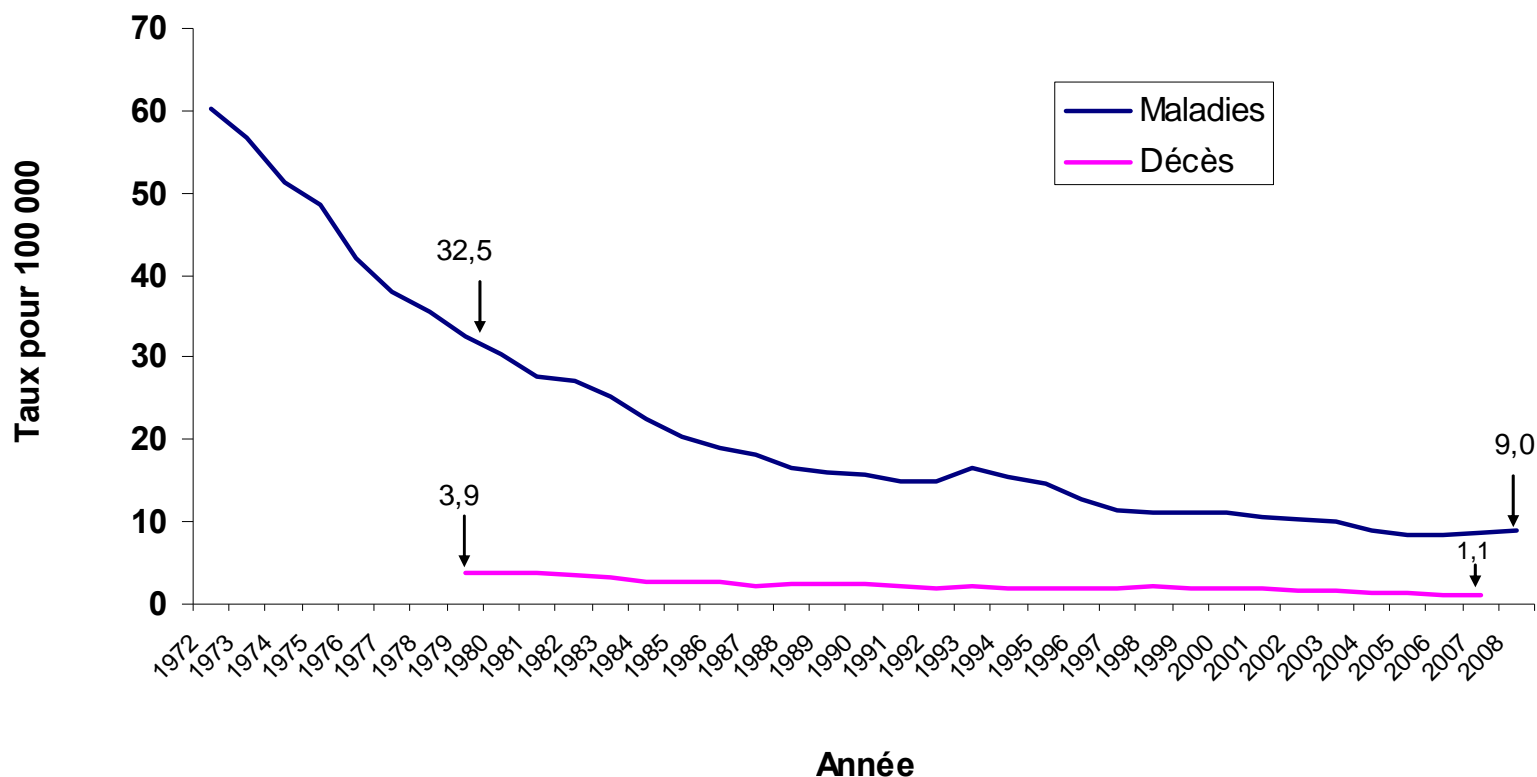


Couverture vaccinale BCG et épidémiologie de la tuberculose chez l'enfant depuis la levée de l'obligation vaccinale en France

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

Journées Nationales d'Infectiologie
Montpellier, 11 juin 2010

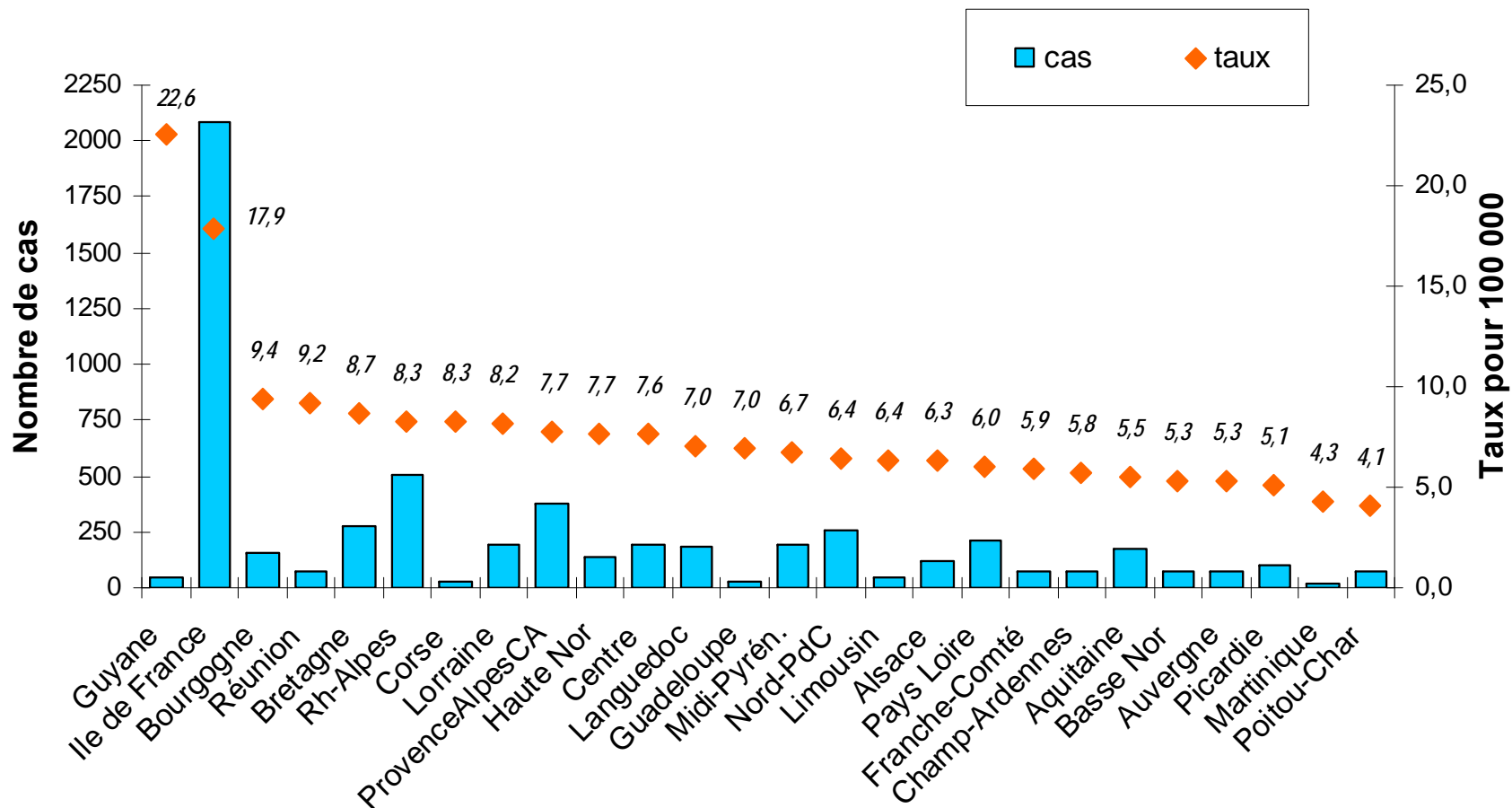
Morbidité et mortalité* liées à la tuberculose, France métropolitaine, 1972-2008



* Tuberculose en cause principale de décès

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

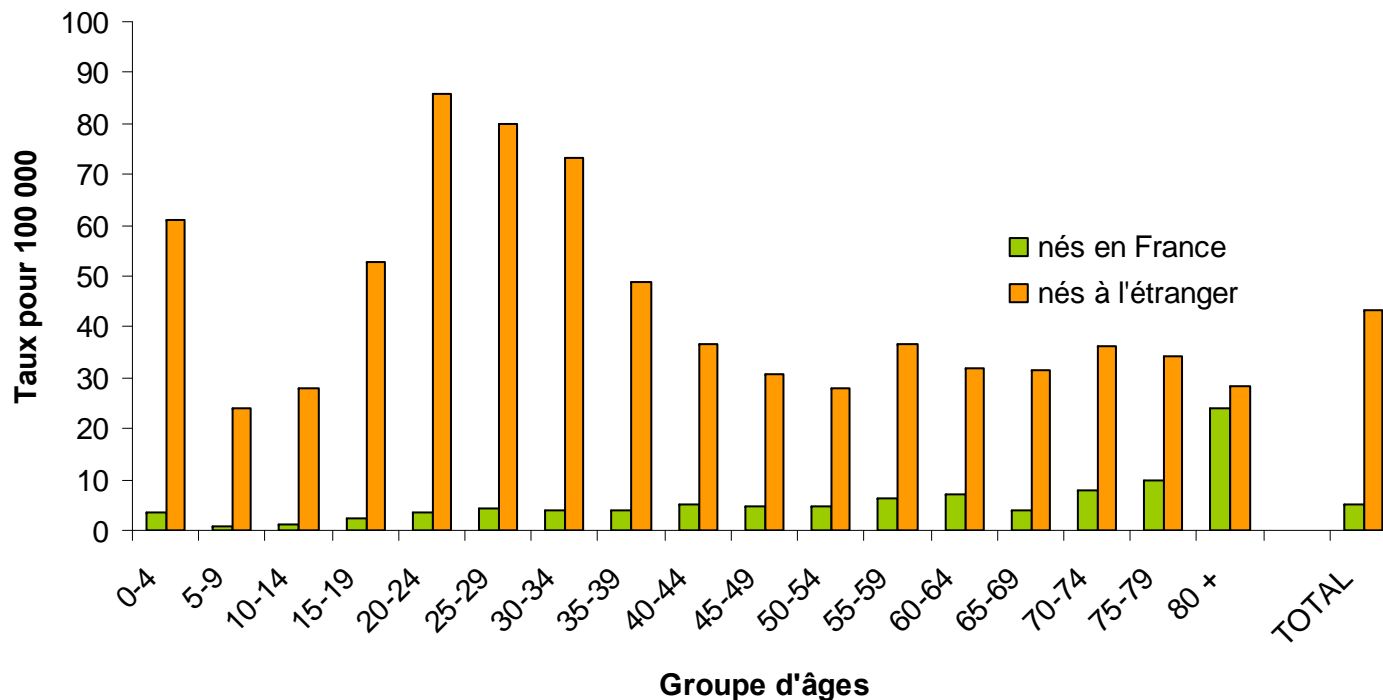
Cas déclarés de tuberculose maladie par Région *, 2008 (Nombre de cas et taux)



* 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^e 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. mère 4. autre 5. chômeur

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 ^{re} 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"/>
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 ^e mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui :
 intoxication brûlures chute/traumatisme

Autres (précisez) : _____

Nombre d'hospitalisations depuis le 9^e 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 Périmètre 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^e 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 _____

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 | 1. agriculteur exploitant | 4. profession | Mère | 1. artisan | 5. chômeur |

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. virale B	Pneumo-coque
1 ^{re} 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"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ^e mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui :
 intoxication brûlures chute/traumatisme

Autres (précisez) : _____

Nombre d'hospitalisations depuis le 9^e 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



Données de couverture vaccinale BCG

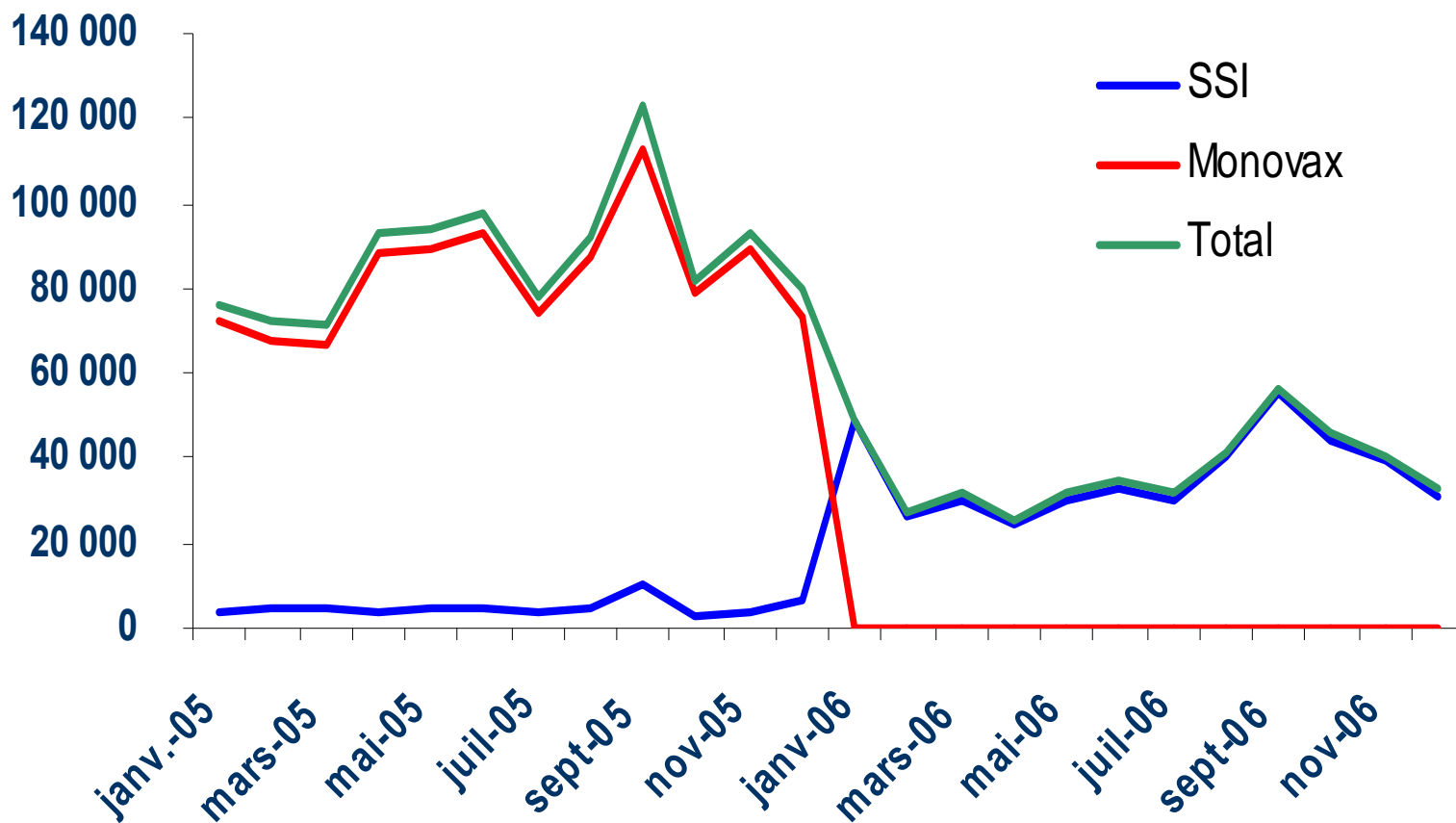
Enquête en secteur libéral, février 2008

- 285 médecins participants, 2596 enfants recrutés

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

Source: ACTIV, InVS

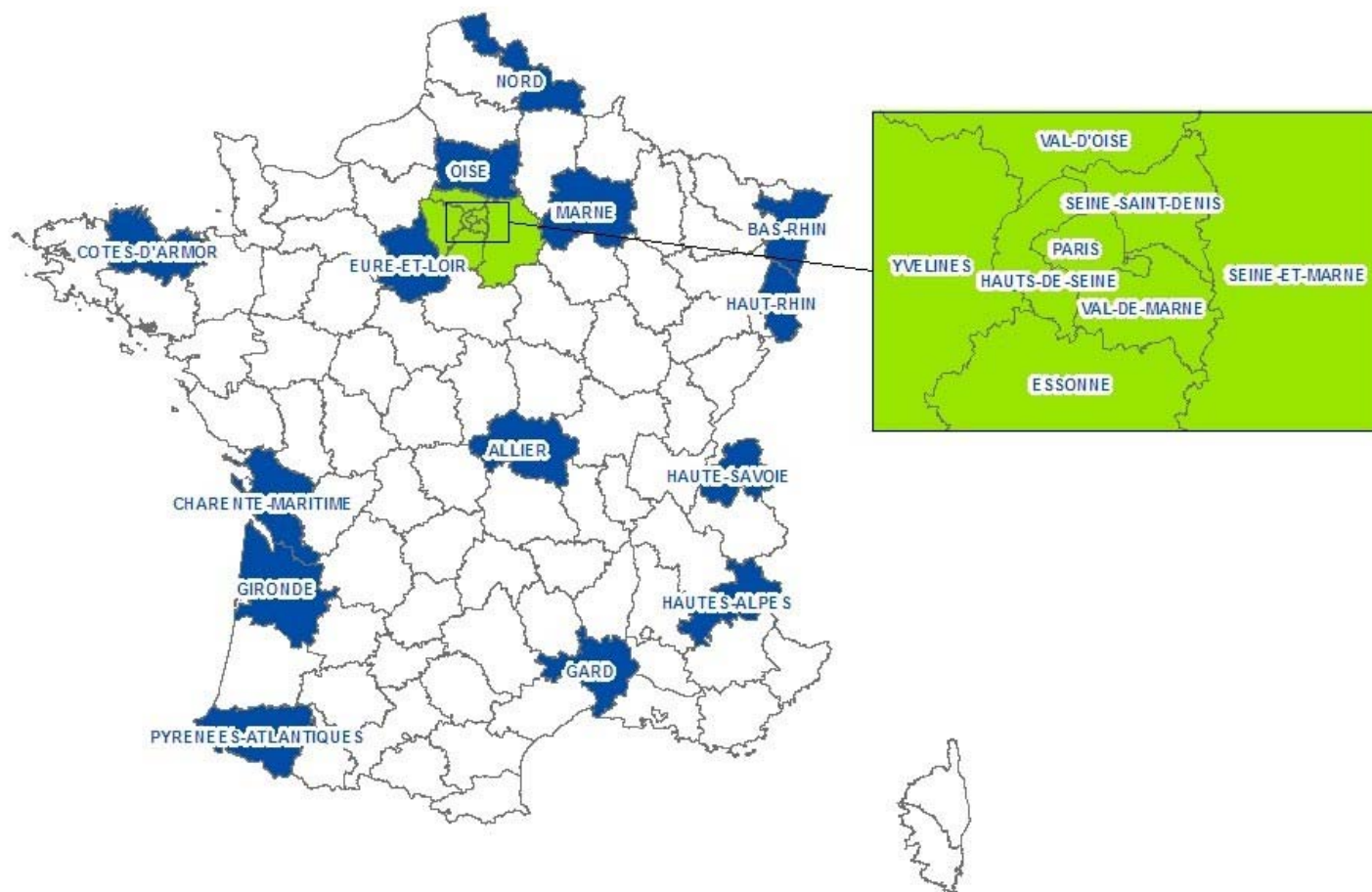
Baisse des ventes de BCG dès la disparition de la multipuncture



(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%
2-12 mois	66,2%	59,1 – 72,7	86,7%	75,0 - 93,4	53,1%	44,6 - 61,5
> 12 mois	83,0%	74,2 – 89,2	95,0%	86,3 - 98,3	75,5%	62,5 - 85,1
Total	72,6%	66,3 - 78,0	89,8%	81,4 - 94,7	61,7%	53,8 - 69,0

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	
	Total	169 904	97 623	94 611	97 772	108 905	- 36%
Public	Monovax®	47 733	0	0	0	0	
	BCG SSI	16 959	63 705	53 548	53 739	57 989	
	Total	64692	63 705	53 548	53 739	57 989	- 10%
Total		234 596	161 328	148 159	151 511	166 894	- 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