

La vaccination : de l'individu à la collectivité, des enjeux en tension

Interview de **Béatrice Swennen**, docteur en médecine et chercheuse au département d'épidémiologie et de médecine préventive, université libre de Bruxelles.

Propos recueillis par **Gaëlle Amerijckx**, sociologue de la santé, université libre de Bruxelles.

1. Communauté germanophone exceptée.

Mots clefs : enfance, vaccin, accessibilité, évaluation, société, santé publique.

.....

Deux enquêtes sur la couverture vaccinale des enfants âgés de 18 à 24 mois ont été réalisées en 2012 dans le cadre du programme PROVAC dans la Fédération Wallonie-Bruxelles¹. Béatrice Swennen nous en livre les principaux enseignements tout en éclairant certains enjeux et débats entourant la vaccination.

.....

Quels sont les principaux constats en Fédération Wallonie Bruxelles en matière de vaccination des enfants ?

Le calendrier vaccinal en Fédération Wallonie-Bruxelles propose de vacciner les enfants contre douze maladies. Pour huit d'entre elles, à savoir la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B ainsi que contre les pneumocoques et le méningocoque C., les couvertures avoisinent les 90 %. Ces couvertures sont relativement stables par rapport à celles mesurées lors de la dernière enquête en Wallonie réalisée en 2009.

Pour le vaccin rougeole-rubéole-oreillon (RRO), la couverture est de 94,4 % (IC 92,4-96,4) et atteint donc, pour la première fois, la limite du seuil critique d'immunité collective de la rougeole (95 %), seuil indispensable à atteindre et maintenir pour envisager d'arrêter la transmission du virus dans notre population. La vaccination contre le rotavirus, seul vaccin non disponible gratuitement mais remboursé par l'Agence intermutualiste, atteint quant à elle un taux de 80 %.

Aucune différence significative n'a été notée entre les taux de vaccination de la Région bruxelloise et de la Région wallonne, à l'exception du vaccin contre le rotavirus qui n'atteint lui que 73 % de couverture à Bruxelles.

Tous les enfants entament correctement le schéma de vaccination (99 % de couverture pour les trois premières doses à 2,3 et 4 mois) ; mais un décrochage survient au cours de la deuxième année de vie. A titre d'exemple, on note en Wallonie une perte d'approximativement 9 % de taux de couverture pour la

Les trois écoles de santé publique de la Communauté française sont associées dans le projet PROVAC qui a pour mission :

- de promouvoir le programme de vaccination de la Communauté française, et notamment le calendrier vaccinal, parmi le grand public et les vaccinateurs ;
- de fixer par consensus des objectifs pour chaque vaccination, notamment pour accroître la couverture vaccinale générale de la population ;
- d'identifier les problèmes liés à la réalisation de ces objectifs - de mesurer l'évolution des couvertures vaccinales ;
- de mettre en œuvre les décisions du ministre chargé de la Santé en Communauté française dans le champ de la vaccination.

Un des enjeux important pour PROVAC est d'éviter que les inégalités sociales de santé se retrouvent dans le domaine de la vaccination.



La santé de l'enfant,
approche multidimensionnelle

poliomyélite (entre la dose des 6 mois et celle des 15 mois) et de 7 % à Bruxelles. Cette perte ne serait pas due à un refus franc de vaccination mais plutôt à des reports ou oublis de rendez-vous (par négligence ou en raison de problèmes mineurs de santé de l'enfant) ainsi qu'à des événements de vie (modification de la structure familiale, déménagement, etc.) entraînant une perte de contact avec le vaccinateur initial de l'enfant.

L'organisation de la relance constitue dès lors un point central, afin d'assurer le suivi de la vaccination des enfants pour l'ensemble des doses. Ce travail des professionnels nécessite une bonne maîtrise des échéanciers et un processus efficace de relance, ce qui pose particulièrement problème chez les médecins privés.

L'ensemble de ces résultats illustre la continuité des comportements d'adhésion des parents vis-à-vis de la vaccination, malgré l'augmentation de certains questionnements exprimés par rapport à la sécurité des vaccins et l'augmentation ces dernières années du nombre de vaccinations recommandées chez le jeune enfant.

Le programme de vaccination en Fédération Wallonie Bruxelles a-t-il un impact en termes d'inégalités sociales de santé ?

Ce programme a été conçu afin de tenir compte de la diversité de la population à couvrir, ce qui a eu pour effet de contrôler les inégalités sociales à défaut de les éliminer totalement ; les enfants régulièrement suivis par l'ONE sont généralement mieux vaccinés que ceux qui ne fréquentent pas ces consultations préventives. Cependant, les inégalités sociales apparaissent malgré tout : les enfants issus de milieux favorisés semblent mieux achever leur schéma vaccinal que ceux issus de milieux défavorisés

En 2012, une enquête de couverture vaccinale a également été réalisée par nos collègues en Flandre.

Si l'on s'attarde à la comparaison entre Communautés, il existe là bien une différence en faveur de la Flandre où les taux de la vaccination hexavalente sont de 93 % et ceux

du pneumocoque et du RRO de 96,5 %. On peut avancer deux types d'explication : l'une systémique, l'autre liée aux comportements de la population. Au niveau de l'organisation du programme, la structure préventive *Kind en Gezin* assure 84 % de la vaccination des enfants en Flandre (contre approximativement 60 % par l'Office de la naissance et de l'enfance en Wallonie et 65 % à Bruxelles). Le reste de la vaccination des enfants est assuré par les pédiatres privés, à raison de 20 % en Flandre et de 35 % en Fédération Wallonie-Bruxelles, les généralistes n'intervenant que pour moins de 5 % dans les deux communautés. Il est important de le noter dans la mesure où la couverture vaccinale des enfants est moins bonne chez les médecins privés que dans les consultations préventives. Il semble par ailleurs que l'opinion publique en Flandre soit quelque peu plus favorable à la vaccination qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ces dernières années, une série d'initiatives se développent en réaction au programme de vaccination. S'agit-il d'un phénomène en croissance ? À quoi l'attribuez-vous ?

Le refus affirmé de vaccination est en fait assez marginal et stable dans le temps. En 2012, il reste (toutes vaccinations confondues) inférieur à 2 %, sauf pour le vaccin Rotavirus (4 % de refus en Wallonie et 5 % à Bruxelles).

Mais il y a aussi des inquiétudes, des questionnements et la pandémie de la grippe AH1N1 que nous avons connue en 2009 a eu un réel impact : 20 % des parents affirment que la gestion de cette pandémie a modifié leur opinion sur les autorités sanitaires du pays - mais seulement 8 % disent que cela a modifié leur opinion sur la vaccination des nourrissons. A posteriori, il apparaît qu'une certaine surmédiation du risque de pandémie et le délai fort long de rectification des messages par les autorités publiques ont constitué un terrain idéal pour médiatiser l'argumentaire des groupes anti-vaccins qui sont beaucoup plus actifs qu'auparavant.

Si l'on considère le cas particulier de la poliomyélite, seule vaccination obligatoire

en Belgique et pour laquelle diverses actions ont été intentées en justice ces derniers mois, quels sont les enjeux à l'échelle de la population d'enfants ?

La vaccination est d'abord et avant tout une protection individuelle mais elle est également une protection collective. Pour les maladies contagieuses qui peuvent être prévenues par la vaccination, il est important de comprendre que la vaccination d'une partie de la population va avoir pour effet de modifier le profil de la maladie dans l'ensemble de la population. La décision de vacciner la population implique dès lors une responsabilité des autorités qui ont une obligation morale vis-à-vis de la population dans son ensemble, de s'assurer que la vaccination est mise en oeuvre correctement. En effet, lorsque le taux de couverture vaccinale est insuffisant, la circulation des pathogènes dans la population est seulement ralentie et l'objectif d'élimination ne peut être atteint. Des épidémies sporadiques peuvent apparaître au sein de groupes de sujets non ou insuffisamment immunisés.

En ce qui concerne la vaccination contre la poliomyélite, l'objectif est de maintenir un niveau de protection collective qui assure la non transmission de cette pathologie au sein de la population à partir d'un cas. L'obligation vaccinale fut prononcée en 1967 lorsque les taux de vaccination marquaient le pas et que le risque de voir resurgir des épidémies était présent.

L'obligation de vaccination en milieu d'accueil en Fédération Wallonie-Bruxelles vise à protéger les jeunes enfants qui ont perdu la protection par les anticorps maternels mais qui ne peuvent pas encore être vaccinés en raison de leur âge. Il s'agit donc ici de protéger ce groupe de sujets plus à risque. Certains parents s'insurgent contre cette obligation vaccinale du fait du risque vaccinal individuel ou par conviction personnelle - mais ils souhaitent néanmoins inscrire leur enfant en crèche. Il y a donc conflit entre la visée populationnelle de la santé publique et les libertés individuelles. Certains parents, dont l'enfant n'était pas

vacciné contre la poliomyélite sont d'ailleurs allés en justice. Le dernier jugement les a déboutés, arguant de la primauté de l'obligation vaccinale sur la 'loi du patient'.

En tant qu'expert de santé publique, que pensez-vous des arguments de libertés vaccinale et thérapeutique régulièrement invoqués par les groupes anti-vaccins ?

De par son champ d'action, à savoir la santé des populations, la santé publique nécessite un arbitrage spécifique entre l'intérêt collectif et l'intérêt individuel. Les principes de la bioéthique liée à la clinique ont une orientation individualiste, alors que la santé publique et ses préoccupations collectives et de réduction des inégalités sociales est plus proche de la politique. Il faudrait en ce sens très probablement faire preuve de davantage de créativité dans la définition des principes éthiques pour la santé publique. Celle-ci ne peut et ne doit pas être l'affaire des seuls experts ; le grand public doit également pouvoir faire entendre sa voix, sans que celle-ci ne soit prépondérante. Une forme de consensus doit pouvoir prévaloir. Cependant, si l'on attend des autorités sanitaires qu'elles réduisent la morbidité liée à certains problèmes de santé dans la population, on ne peut exiger en même temps le respect strict et total de l'autonomie des individus vis-à-vis des mesures nécessaires à la rencontre de cet objectif global.

Dans le dernier plan communautaire opérationnel de promotion de la santé en Fédération Wallonie Bruxelles, datant de 2004-2008, beaucoup d'actions visaient une meilleure diffusion de l'information sur la vaccination. Comment cela se fait-il et qu'est-ce qui a été fait ?

Dans la mesure où la gratuité est assurée - ce qui est essentiel pour obtenir des taux de couverture optimaux - l'un des principaux freins à la vaccination concerne l'accès à l'information. Avec les années, et la disparition de certaines maladies dans la population, la connaissance populaire de ces maladies s'est perdue ; il est donc primordial de continuer à



La santé de l'enfant,
approche multidimensionnelle

informer les familles sur ces maladies et sur l'importance de la vaccination. Nous avons à ce propos multiplié la diffusion de messages d'information, au travers de dépliants ou supports ciblés pour les différents âges : les nourrissons via la brochure *Vacciner, mieux comprendre pour décider* et des dépliants pour les 5-6, 11-12 ans, les adolescents, les jeunes filles contre le papillomavirus humains et les parents d'adolescents, etc.

Quel est le rôle particulier des médecins en matière de vaccination ?

Les enquêtes nous rappellent que les médecins restent la principale source d'information des familles en matière de vaccins, et nous mettons fort l'accent sur le rôle du médecin référent, c'est un axe essentiel de notre programme. Nous soutenons aussi la nécessité d'outils d'informations adaptés aux différents publics concernés, sur lesquels les intervenants peuvent appuyer leurs conseils. Il est également primordial de travailler sur la formation : les professionnels sont encore souvent trop peu formés à la vaccinologie et à ses enjeux en termes de santé publique.

En fait, ce programme ne peut atteindre ses objectifs que si l'information est bien faite, si l'adhésion des structures préventives et des médecins est maintenue et si les autorités publiques garantissent la gratuité des vaccins. C'est aussi une question de culture : nous défendons la diffusion d'une « culture de la vaccination » ; cela implique que la population envisage la vaccination comme une protection tout au long de sa vie, avec des temps forts à certains âges. Cela ne concerne donc pas que les enfants ; différentes maladies infectieuses peuvent être évitées grâce à la vaccination, il faut pouvoir en comprendre les mécanismes et les enjeux.

