

## Mises au point interactives – Polémiques de santé



**E. GRIMPREL<sup>1,2,3</sup>**

<sup>1</sup> Service de Pédiatrie Générale, Hôpital Armand Trousseau, PARIS,

<sup>2</sup> Sorbonne Université, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris VI,

<sup>3</sup> Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique de la Société Française de Pédiatrie. Membre de la Commission Technique des Vaccinations (HAS).

Depuis 2018, en France, l'obligation vaccinale, jusqu'ici limitée aux 3 vaccins diphtérie, tétanos et polio, a été étendue vers les 8 autres vaccins recommandés du calendrier du nourrisson c'est-à-dire coqueluche, *Haemophilus influenzae* b, hépatite B, pneumocoque conjugué, rougeole, oreillons, rubéole, et méningocoque C conjugué. Cette mesure ne s'appliquera qu'aux nourrissons nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les enfants plus âgés restant sous le régime précédent d'obligation qui restera donc en vigueur pour eux.

Quatre mois après la mise en application de cette mesure, on peut s'interroger sur les changements qui seront induits par cette mesure et sur les moyens que nous devons déployer pour restaurer la confiance de notre population envers la prévention vaccinale et envisager à terme, la suspension d'une telle obligation.

### ■ Ce qui n'a pas changé

Le calendrier vaccinal est resté inchangé par rapport à l'année précédente [1]. Seul, le périmètre de l'obligation a évolué, passant de 3 à 11 vaccins. Si l'obligation ne porte que sur le calendrier du nourrisson, il ne faut toutefois pas oublier l'importance du rattrapage vaccinal qui concerne les vaccinations méningococcique C conjuguée, hépatite B et rougeole-oreillons-rubéole. De même, la vaccination de l'adolescent contre les infections hPV reste une priorité de santé publique.

## Extension des vaccins obligatoires : comment gérer les refus ?

Ce qui n'a pas changé non plus est la place du médecin dans ce cadre : il demeure l'interlocuteur du patient et de sa famille et n'aura, pas plus qu'avant, de rôle sur le plan réglementaire, judiciaire, ou de police.

### ■ Les modifications

Les modifications principales portent sur les sanctions [2]. Celle répondant au code de santé publique (art L3116-4) qui prévoyait une peine maximale de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende pour le motif de "*refus de se soumettre à l'obligation vaccinale*" a été supprimée, dans un esprit d'apaisement. En revanche, l'autre sanction possible répondant, elle, au code pénal (art 227-15) au motif de : "*soustraction par un parent à ses obligations légales compromettant la santé [...] de son enfant*" demeure. Ce délit peut être puni d'emprisonnement (jusqu'à deux ans) et de 30 000 euros d'amende. Le maintien de cette sanction est essentiel car elle est cohérente dans le dispositif actuel. Elle a pour objet de protéger l'enfant et de permettre un recours éventuel en cas de responsabilité démontrée des parents.

L'autre modification par rapport au régime antérieur est la suppression des rappels polio qui étaient obligatoires jusqu'à l'âge de 13 ans. Cette obligation est désormais remplacée par une recommandation forte. On peut se demander quel serait le risque individuel en l'absence de rappel polio à 6 ans, voire à 13 ans, sachant que la circulation des virus polio sauvages persiste dans le monde entier en l'absence d'éradication. Quelques études publiées montrent une persistance des anticorps neutralisants à des taux protecteurs jusqu'à l'âge présco-

laire, quel que soit le schéma vaccinal initial effectué chez le nourrisson (3+1 ou 2+1) [3]. En revanche, nos connaissances ne vont pas au-delà de cet âge. Dans l'hypothèse d'une baisse éventuelle des taux d'anticorps résiduels en l'absence de rappels itératifs, la question posée est de savoir si la réponse anamnétique (possible grâce à la mémoire immunitaire établie lors de la primo vaccination), serait suffisante pour protéger le sujet en cas d'exposition tardive au virus sauvage.

### ■ Des précisions ont été apportées

Il est précisé que la vaccination doit être, au minimum, débutée pour l'entrée en collectivité et qu'un délai de trois mois est requis pour compléter le calendrier, faute de quoi, l'admission temporaire ne sera pas confirmée [2]. Le nourrisson ne pourra donc pas être admis à 2-3 mois en crèche si la première injection n'a pas été effectuée. Il est précisé également que, pour les nourrissons admis en collectivité dans les 18 premiers mois de vie, leur maintien au sein de la collectivité au-delà de cet âge impose qu'ils aient reçu l'ensemble du calendrier exigible selon leur âge. La conséquence est qu'une exclusion secondaire d'une collectivité est désormais mentionnée et explicite et devra être appliquée. Un document très complet de l'HAS décrit âge par âge, de la naissance jusqu'à l'âge de 18 mois et plus, la liste des vaccinations exigibles pour une admission définitive en collectivité [2].

L'autre élément important qu'il convenait de préciser est celui des contre-indications médicales à la vaccination. Elles constituent en effet les seules exemptions possibles vis-à-vis de l'obligation

vaccinale [4]. Il est ainsi rappelé que ces contre-indications sont uniquement celles des AMM respectives des différents vaccins [2]. Tous les vaccins ont comme contre-indication *“l’hypersensibilité à l’une des substances actives ou à l’un des excipients ou à des résidus à l’état de trace dans la composition du vaccin”*. Mais ce cas de figure est en réalité extrêmement rare. Les contre-indications du vaccin rougeole oreillons rubéole, vaccin vivant atténué, n’ont pas été modifiées. Elles concernent : la tuberculose active non traitée, les dyscrasies sanguines, leucémie, lymphomes de tout type ou tout autre néoplasme malin touchant le système lymphatique et hématopoïétique, un traitement immunosuppresseur en cours, un déficit sévère de l’immunité humorale ou cellulaire (primaire ou acquis), des antécédents familiaux d’immunodéficience congénitale ou héréditaire (sauf immuno-compétence démontrée).

### Les difficultés auxquelles il faut s’attendre

#### 1. Les “contre-indications” des vaccins coquelucheux acellulaires.

Rappelons que les contre-indications définies par les AMM sont historiques ; elles apparaissent aujourd’hui comme non justifiées et malheureusement sans espoir de modification à court terme. La totalité des vaccins combinés acellulaires a comme contre-indication *“l’encéphalopathie d’étiologie inconnue survenue dans les sept jours suivant une précédente vaccination coqueluche”*. D’autres vaccins ajoutent également *“l’existence de troubles neurologiques non contrôlés”* voire d’une *“épilepsie non contrôlée”* [2].

Le risque est grand que des fausses contre-indications à la vaccination coquelucheuse soient présentées par les familles ou les médecins opposés à la vaccination pour échapper “légalement” à l’obligation vaccinale. La diffi-

culté aujourd’hui est donc de définir ce qu’est une *“encéphalopathie”* voire *“des troubles neurologiques”*. Il est indispensable que des définitions plus claires et indiscutables soit rapidement établies pour justifier une vraie contre-indication, faute de quoi, toute convulsion fébrile ou anomalie même minime du développement pourra devenir une “contre-indication” abusive. Il faudra également définir une méthode d’expertise qui devra être mise en route lorsqu’une telle situation se présentera.

#### 2. Les faux certificats

Il faut rappeler ici la loi qui condamne la rédaction et l’utilisation des faux certificats médicaux. L’article 441-1 du Code pénal sanctionne l’usage du faux certificat par le patient, d’une peine pouvant aller jusqu’à 3 ans de prison et 45 000 euros d’amende. L’article 441-8 du code pénal concerne le rédacteur du certificat et prévoit cinq ans d’emprisonnement et 75 000 euros d’amende pour le médecin qui l’aura rédigé. Quant au conseil de l’ordre des médecins, il précise que *“Le médecin s’expose alors tout à la fois à des sanctions pénales et disciplinaires et peut être condamné à réparer sur le plan civil le dommage que son intervention fautive a causé ou favorisé”* [4].

#### 3. Les collectivités

Elles devront également mettre à jour leur règlement intérieur qui deviendra opposable du fait de cette extension de l’obligation vaccinale pour l’ensemble du calendrier du nourrisson. Le suivi du rattrapage des vaccinations nécessitera également d’être mis en place par les collectivités ainsi qu’une information des parents et une formation des personnels. Il faudra également que les responsables des collectivités se préparent à l’éventualité d’avoir à refuser des admissions, d’emblée ou bien après une période probatoire d’admission temporaire de 3 mois, ainsi qu’à l’exclusion secondaire des enfants qui ne satisferont pas à l’obligation vaccinale.

### La problématique de fond n’a cependant pas changé

En effet, la gestion des refus ne sera pas vraiment différente que dans le passé et l’on n’échappera pas à la nécessité d’améliorer notre communication avec les familles.

### Quelle image du médecin ?

Nous devons réfléchir sur l’image du médecin que nous souhaitons donner. Pour la plupart d’entre nous, nous avons été formés à la médecine scientifique, hippocratique, et répondant à un code de déontologie et au code de santé publique, avec une obligation d’honnêteté et de ne prescrire et distribuer que des traitements éprouvés et dont l’efficacité a été scientifiquement démontrée (*evidence-based medicine*). Cette médecine scientifique, héritée de Claude Bernard et de Pasteur, a dominé les débats et les esprits depuis de nombreuses années car, pour la première fois de l’histoire de la médecine, elle est apparue, à raison, comme redoutablement efficace.

Elle est cependant complexe et totalement inintelligible pour le profane. La réflexion de Louise Lambrichs, philosophe et historienne, est intéressante à cet égard [5]. Selon elle, *“La naissance de la médecine scientifique a introduit une coupure. Pour la première fois, les traitements sont devenus efficaces et pour certains d’entre eux d’une efficacité scientifiquement explicable. Le discours médical s’en est trouvé bouleversé : l’inexplicable a soudain perdu droit de cité, et l’empirique s’est trouvé relégué au rang des maux nécessaires dont on finirait bien un jour par venir à bout”*. Ce type de discours médical a pu être perçu comme autoritaire, et notre attitude comme parfois fermée vis-à-vis de nos patients. Or, si cette médecine scientifique et moderne a pu être perçue comme infaillible, elle garde cependant des zones d’ombre et reste parfois en échec, et la population, et donc nos

patients, peut être tentée de la réfuter et de chercher ailleurs la réponse à ses questions, ses craintes, ses angoisses. Or, selon Louise Lambrichs, l'adhésion de la population à cette médecine scientifique relève plus de la croyance que du savoir : *“Crédule sinon croyant, l'homme de notre époque s'est conduit comme il a toujours fait. Face à cette révolution du savoir, les mêmes ressorts psychologiques ont fonctionné : comme il avait cru pendant des siècles aux pratiques magiques et aux miracles, il a cru à l'efficacité scientifique. Il eut été bien étonnant qu'en quelques décennies à peine, les foules toujours mues par l'irrationnel suivent sans formation ni initiation préalable une voie rationnelle. L'homme n'a pas changé. Il est resté croyant. Seul l'objet de sa croyance s'est déplacé”*.

Ainsi, si l'on accepte l'idée que l'homme est par nature croyant, après avoir adhéré pendant des siècles à des pratiques aujourd'hui non reconnues, il a déplacé l'objet de sa croyance vers la médecine scientifique lorsqu'elle est apparue.

Mais aujourd'hui, survient une période de doute qui contribue à expliquer pourquoi la population a cru bon parfois de s'orienter vers d'autres croyances ou théories hétérodoxes de plus en plus attirantes, mais qui développent des post-vérités et poussent au-delà d'une croyance simple vers une forme d'obscurantisme.

### **Pour une médecine clinique et globale**

Par ailleurs, cette médecine s'est également spécialisée, morcelée, devenant souvent ultra technique au prix d'une perte parfois de son humanité. Toujours selon Louise Lambrichs, *“Contre l'éclatement de la médecine en spécialités, il est d'autant plus vain de s'insurger qu'il contribue dans tous les domaines concernés à l'extension des connaissances. Cet éclatement pourtant, qui, à la suite des progrès des sciences biolo-*

*giques s'est imposé peut-être trop rapidement pour être parfaitement maîtrisé, pose aujourd'hui des problèmes aux malades comme aux médecins. Les premiers sont ballottés d'un spécialiste à l'autre et le vivent comme un écartèlement et souffrent du fait du déclin de la profession de généraliste devenue la parente pauvre d'une médecine technicienne, de ne plus trouver d'interlocuteur qui les prenne complètement en charge. Les seconds s'inquiètent de ces cloisonnements toujours plus nombreux qui favorisent une parcellisation du pouvoir et une technicité de la pratique de plus en plus éloignée de l'idée qu'ils se faisaient au départ de la profession”*.

Cet éloignement intellectuel, spirituel et humain a pu ainsi rompre le contrat de confiance nécessaire entre le médecin et le patient. D'où l'importance aujourd'hui de maintenir cette médecine clinique globale des médecins traitants de terrain, généralistes et pédiatres que nous sommes et en qui, malgré tout, la population place encore sa confiance.

### **La place des croyances**

Pour une personne qui n'est pas de formation scientifique, les modes de raisonnement et de compréhension ne peuvent pas être de même nature que les nôtres, et sont donc en réalité, plus proche d'une croyance.

Si la population a, pour une grande partie, perdu foi en sa croyance passée envers la toute-puissance de la médecine scientifique et se tourne de plus en plus vers d'autres croyances simplistes, sans base scientifique, et irrationnelles, voire proches d'une certaine forme d'obscurantisme, la relation humaine et professionnelle avec le médecin, qui reste aujourd'hui celui en qui notre population fait le plus confiance, doit permettre de reconstruire une autre forme de croyance. Cette reconstruction pourra se faire, cette fois-ci, sur des bases honnêtes et scientifiques que nous garantirons et

qui légitimeront l'intervention médicale. D'où la nécessité pour nous médecins, de changer de discours avec une communication améliorée passant par une pratique différente de l'entretien et de la relation médecin-patient. L'objectif essentiel est ici de restaurer la confiance qui a été parfois perdue.

### **L'entretien motivationnel**

Cette méthode d'entretien apparaît aujourd'hui comme le mode de relation le plus adapté entre un médecin et son patient ou sa famille pour créer une relation de confiance, restaurer le dialogue, réaffirmer et légitimer le savoir médical et scientifique, et développer chez le patient un mouvement positif de réflexion et finalement de décision.

Les bases de ce type d'entretien ont été largement décrites et acceptées. Elles reposent sur quatre éléments essentiels : l'empathie, l'absence d'argumentation systématique, l'exploration de l'ambivalence et le respect de l'autonomie du sujet [6]. Il s'agit somme toute, d'une forme aménagée de dialogue où réapparaît l'écoute et un équilibre restauré dans la relation médecin-malade faisant une plus grande place à l'humain. Ce type d'entretien permet de s'adapter au mode de raisonnement et de compréhension de son interlocuteur et de rétablir une relation de confiance.

### **La communication des autorités de santé**

C'est l'autre forme de communication qui devait être restaurée et notre ministre, Agnès Buzyn, a marqué un tournant dans la communication gouvernementale. Elle communique, et abondamment. Elle s'est exprimée sur ce sujet de façon répétée et inlassable, et a développé de façon successive, des éléments essentiels. Elle manifeste d'abord son écoute et sa réception des différentes critiques et des craintes de la population,

## I Mises au point interactives – Polémiques de santé

ce qui ouvre l'idée de dialogue et montre son humanité.

Mais elle exprime ensuite qu'elle prend en considération des notions qui lui paraissent importantes, comme le risque infectieux chez l'enfant vulnérable et le risque de transmission collective en l'absence de vaccination. Ces considérations s'appuient systématiquement sur des données scientifiques pertinentes et validées, ce qui affirme son autorité scientifique. Ces considérations ont aussi un sens intelligible pour la population, éthique et moral, terrain sur lequel notre ministre se trouve également parfaitement dans son rôle.

Elle explique enfin qu'elle prend des décisions et qu'elle les assume et manifeste alors sa juste place et son autorité politique.

Quelques phrases tirées d'un enregistrement de l'émission santé "Magazine de la santé" en octobre 2017 montrent bien le verbatim et le développement de ces aspects de communication [7]. "Je me mets à la place des familles qui peuvent perdre un enfant de méningite parce qu'ils avaient un doute"; "Je regrette que toutes ces personnes qui sèment le doute ne soient pas pénalement respon-

sables par rapport au risque qu'elles font courir à ces familles"; "On oppose des faits scientifiques à des croyances"; "La science n'est pas démocratique : on peut voter pour ou contre, la Terre est ronde, pour ou contre, la Terre est plate, c'est la même chose pour le vaccin qui est le médicament qui a sauvé le plus de vies dans l'Humanité"; "Je ne supporte pas que des enfants meurent parce que des parents ont eu un doute"; "Je me substitue à ces parents qui sont angoissés, et je leur dis je prends mes responsabilités, c'est obligatoire, c'est comme ça, je protège vos enfants, soyez rassurés".

### BIBLIOGRAPHIE

1. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\\_vaccinations\\_2018.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf).
2. Haute Autorité de Santé. Nécessité des rappels vaccinaux chez l'enfant – exigibilité des vaccinations en collectivité. Novembre 2017. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/reco\\_vaccinale\\_necessite\\_des\\_rappels\\_vaccinaux\\_chez\\_l'enfant\\_exigibilite\\_des\\_vaccinations\\_en\\_collectivite\\_2017-12-26\\_18-37-41\\_83.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/reco_vaccinale_necessite_des_rappels_vaccinaux_chez_l'enfant_exigibilite_des_vaccinations_en_collectivite_2017-12-26_18-37-41_83.pdf).
3. VIDOR E, PLOTKIN SA. Poliovirus vaccine. in Vaccines. Stanley A. Plotkin, Walter A. Orenstein, and Paul A. Offit Eds. Elsevier/Saunders, ©2013. p. 1429.
4. BOISSIN H, ROUGEMONT D. Les certificats médicaux. Règles générales d'établissement. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2006. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats.pdf>.
5. LOUISE L. Lambrichs. La vérité médicale - Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud: légendes et réalités de notre médecine. Hachette Pluriel Editions, 2013.
6. VENNE S, TRUDEAU G. L'entretien motivationnel – un vaccin contre la résistance du patient. *Le Médecin du Québec*, 2009;44:33-37. <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/033-037DreVenne-Trudeau11.pdf>
7. APM Dépêche - 12/10/2017. Sécurité des vaccins: Agnès Buzyn hausse le ton. <http://www.apmnews.com/depêche/85883/310291/securite-des-vaccins--agnesbuzyn-hausse-le-ton>.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.