



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

vaccinations

Question écrite n° 56520

Texte de la question

M. Michel Destot attire l'attention de Mme la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés sur les préoccupations liées à l'obligation vaccinale des personnels de santé. En effet, dans la lignée du remaniement du code de la santé publique, l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 parue au Journal officiel du 22 juin 2000 prévoit de porter au rang de délit le refus de vaccination. Ainsi, le refus de la part des personnels de santé de se soumettre au DT polio ou au vaccin contre l'hépatite B serait passible de 25 000 francs français d'amende et trois mois de prison, cette sanction étant portée à six mois de prison dans le cas du BCG. Or, une partie de ces personnels perçoit l'obligation vaccinale comme une atteinte tant à la liberté individuelle, qu'au respect et à l'intégrité du corps humain affirmés par la loi du 29 juillet 1994 et par le code de déontologie médicale. Ils soulignent que nos voisins européens, dont les conditions de vie sont semblables aux nôtres, ont progressivement abandonné l'obligation vaccinale. La Grande-Bretagne, les Pays-Bas, la Norvège et le Danemark n'ont jamais pratiqué la vaccination du BCG de manière systématique et ont un taux de tuberculose comparable à celui de la France. Leur inquiétude se voit doublement renforcée : d'une part, par les déclarations d'une partie de la communauté scientifique qui remet en question l'efficacité et l'innocuité de certains vaccins ; d'autre part, du fait des troubles consécutifs au vaccin contre l'hépatite B relayés par les médias. Ainsi, ils se demandent si des pistes alternatives ne sont pas préférables à la vaccination obligatoire. Ils citent notamment le nouveau programme de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la santé appelé DOTS, sans vaccins et dont les résultats sont probants. A un moment où les questions liées à la sécurité sanitaire sont particulièrement sensibles pour l'opinion publique, il lui demande donc ce qu'elle entend répondre aux personnels de santé préoccupés par le fait que le refus de vaccination devienne un délit passible de si lourdes sanctions.

Texte de la réponse

La politique vaccinale en France se traduit par des obligations faisant l'objet de textes législatifs et des recommandations vaccinales qui s'appuient actuellement sur l'expertise scientifique du Comité technique des vaccinations (CTV). Le principe de l'obligation vaccinale remonte à 1938 pour la diphtérie, à 1940 pour le tétanos et à 1964 pour la poliomyélite, en population générale. Le BCG est obligatoire depuis 1950 pour les jeunes à l'entrée en collectivité et pour certaines catégories professionnelles, obligation rappelée par la loi du 18 janvier 1994. Ces obligations vaccinales ont été instituées à une époque où l'incidence de ces maladies était encore importante en France, entraînant de nombreux décès, des séquelles et des handicaps (il y avait chaque année plus de 40 000 cas de tuberculose, environ 1 500 cas de diphtérie et 1 000 à 5 000 cas de polio). Le niveau sanitaire général de la population nécessitait des mesures strictes qui justifiaient l'obligation vaccinale pour atteindre rapidement des taux de protection collective de la population. Certaines obligations vaccinales ont été supprimées grâce au succès de la vaccination elle-même (éradication de la variole) ou à l'amélioration des conditions de vie et des progrès thérapeutiques (typhoïde en population générale). Hormis le cas des personnels des établissements de soins et de prévention (particulièrement exposés aux agents infectieux et pour lesquels la vaccination contre l'hépatite B a été rendue obligatoire en 1991), les vaccins apparus après

1970 n'ont pas été rendus obligatoires en population générale, mais ont été recommandés. Les aspirations des individus à maîtriser eux-mêmes leurs choix de santé ont conduit à cette approche différente basée sur l'éducation pour la santé et la responsabilisation des personnes. Cependant, que la vaccination soit obligatoire ou recommandée, elle nécessite un taux de couverture vaccinale élevé pour être efficace dans la population. La lente et insuffisante progression du taux de couverture vaccinale pour certaines de ces maladies (rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B) montre que les messages de responsabilisation et de sensibilisation sur les risques individuels (gravité) et collectifs (risques d'épidémies) liés à ces maladies, de même que ceux sur les bénéfices de la vaccination, restent diversement perçus. Il a été démontré pour la rougeole que cette couverture vaccinale insuffisante a entraîné une augmentation inquiétante du nombre de personnes non immunisées et donc un risque de voir survenir des épidémies de rougeole, cliniquement plus sévères chez les adolescents et les adultes jeunes. Ce risque peut être majoré par la multiplication des échanges internationaux et la recrudescence de certaines de ces maladies dans des pays du continent européen. Les pays européens qui atteignent des taux efficaces de couverture vaccinale sans obligation législative sont ceux où les soins de prévention sont directement organisés et contrôlés par l'Etat et chez lesquels la culture de santé publique est largement partagée par les professionnels de santé (Norvège, Danemark, Grande-Bretagne). En ce qui concerne la tuberculose, la stratégie vaccinale a été réévaluée entre 1991 et 1994. Compte tenu de la recrudescence de la tuberculose constatée en France de même que dans certains pays d'Europe et en Amérique du Nord, de l'émergence de cas résistants aux antituberculeux ainsi que de l'efficacité du vaccin vis-à-vis des formes graves, la loi du 18 janvier 1994 a confirmé l'obligation vaccinale pour les enfants dès leur entrée en collectivité et pour certaines catégories professionnelles. Certains pays réservent la vaccination par le BCG à des groupes de population considérés à risques, notamment les migrants. D'autres, qui l'avaient abandonnée, l'ont réintroduite. L'incidence de la tuberculose en France se situe, ces dernières années, autour du seuil à partir duquel l'OMS considère que la vaccination en population générale peut être révisée. Le ministère chargé de la santé a donc demandé au CTV de réévaluer la stratégie vaccinale et d'étudier notamment les conséquences d'une vaccination ciblée sur les groupes à risques. Les conclusions du CTV doivent être remises en fin d'année. En ce qui concerne l'évolution des sanctions en cas de non-respect des obligations vaccinales, l'article L. 3113-1 du code de la santé publique prévoit l'application des dispositions des articles L. 1312-1 et L. 1312-2 du même code aux infractions aux articles relatifs à la vaccination obligatoire antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique, antityphoïdique, antiparatyphoïdique, antivaricelle, contre l'hépatite B et le typhus exanthématique. Contrairement à ce qui sous-tend la mise en cause de l'article L. 3116-1, l'articulation de ces trois articles ne crée pas de nouvelles sanctions pénales en cas de refus de se soumettre à l'une de ces vaccinations. La refonte du code de la santé publique n'a donc pas alourdi les sanctions aux infractions à l'obligation de vaccination antituberculeuse mais a actualisé la rédaction de l'article L. 217 conformément aux dispositions de l'actuel code pénal, en faisant notamment apparaître clairement dans le code de la santé publique le quantum des sanctions encourues alors qu'auparavant un simple renvoi aux articles du code pénal était mentionné.

Données clés

Auteur : [M. Michel Destot](#)

Circonscription : Isère (3^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 56520

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : santé et handicapés

Ministère attributaire : santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 15 janvier 2001, page 265

Réponse publiée le : 12 novembre 2001, page 6515