

Audition publique sur la vaccination des enfants
par le BCG : levée de l'obligation vaccinale ?
Société française de santé publique
13-14 novembre 2006

Vaccination universelle, vaccination ciblée

Patrick Zylberman

Suspendre la vaccination généralisée par le BCG ? « Cibler » les populations à risque ? Décision grave, et qui inquiète.

Les motifs d'inquiétude sont variés. Pour l'Académie, la raison principale tient à la faible proportion (moins de 30%) de praticiens prêts à vacciner les enfants par la voie ID¹. Pour le Conseil supérieur d'hygiène, il s'agit avant tout du faible impact du BCG sur la transmission, mais aussi du risque d'une augmentation de la fréquence de certains effets adverses dus à la modification de la méthode vaccinale. Les uns et les autres conditionnent le changement de politique à la mise en place de mesures rigoureuses de dépistage, de recherche des cas secondaires et contamineurs et de surveillance du traitement, notamment dans les populations à risque.

Suspendre la vaccination obligatoire par le BCG ? La question est sur la table depuis au moins vingt-cinq ans. Dès les années 1970,

des groupes de travail planchaient déjà au ministère de la Santé afin d'adapter la politique de lutte anti-tuberculeuse à la disparition des tuberculoses graves chez l'enfant—conséquence de la bonne couverture vaccinale par le BCG—et à la baisse sensible de la prévalence, hormis dans certaines populations immigrées qui laissait les dispensaires fonctionner en sous-capacité (de 16 à 17 000 nouveaux cas chaque année chez les adultes en France) ². Les instructions ministérielles du 29 mai 1973 appelaient donc à renforcer le diagnostic précoce des malades contagieux et à concentrer les efforts de dépistage sur les populations à haut risque ³. Fallait-il abandonner la primo-vaccination obligatoire, commençait-on à se demander ? Epidémiologistes (pour le ciblage des groupes à risque) et cliniciens (pour le maintien de la vaccination systématique des nouveau-nés) divergeaient sur ce point. Certaines municipalités, comme Toulon, s'efforçaient alors d'orienter leur action vers le dépistage des tuberculoses infection et maladie et le traitement préventif précoce, la recherche systématique des contacts, voire la surveillance plus étroite des sujets à risque par la mise en place de fichiers ⁴.

Je voudrais rappeler aujourd'hui quelques-unes des difficultés d'une telle réforme de la lutte antituberculeuse en France.

Parmi les trois risques « sociétaux » (jargon d'aujourd'hui) d'une vaccination « ciblée », trois me paraissent retenir tout particulièrement l'attention :

- Le risque d'un désengagement encore accru des pouvoirs publics à l'endroit de la santé des populations marginales
- Le risque d'une perte de confiance du public dans les vaccinations en général
- Le risque de stigmatisation des populations « ciblées »

Impossible en un quart d'heure d'aborder sérieusement chacun de ces trois points. J'ai donc choisi de me concentrer sur le dernier cité : le risque de stigmatisation, puisque c'est celui qui, semble-t-il, suscite le plus d'inquiétude, en abandonnant les deux autres à leur triste sort.

Avant d'aborder la question de la discrimination, il me faudra toutefois écarter un faux problème : je veux parler du principe d'égalité, discussion qui, très logiquement, nous allons le voir, nous servira d'introduction à la question de la stigmatisation.

La thèse que j'aimerais illustrer est la suivante. Une la politique « ciblée » de vaccination par le BCG est possible qui soit en même temps conforme à l'Etat de droit, à condition de séparer absolument politique de santé des migrants et politique de

l'immigration. Il ne s'agira pas pour moi de discuter ici des politiques de l'immigration, juste de souligner qu'aujourd'hui cette séparation n'est pas faite.

En conclusion, je voudrais montrer qu'en proposant la suspension de l'obligation, la vaccination « ciblée » revient aux origines de la vaccination par le BCG jusqu'en 1950. Cruciale dans l'histoire des vaccinations en France, l'obligation était peut-être étrangère aux buts des promoteurs du vaccin.

Un faux problème : le principe d'égalité

Ecartons d'abord un faux problème. Le ciblage de certaines populations tant pour la vaccination par le BCG que pour le dépistage pourrait être considéré comme une rupture du principe d'égalité face au service public.

En fait, le Conseil constitutionnel et le Conseil d'Etat admettent sans réserve des discriminations fondées sur des différences objectives dans la situation des personnes, et même, depuis les années 1960, fondées « au regard des objectifs poursuivis par les pouvoirs publics ». En matière de prévention, les mesures inégalitaires reposent donc sur un fondement juridique solide ⁵. Elles découlent de la *citoyenneté positive* (du droit des citoyens à

bénéficiaire de la protection de l'Etat contre certains risques naturels ou sociaux) accordée par l'Etat-providence à tous—citoyens ou même étrangers vivant sur son sol—en compensation des contraintes qui pèsent sur eux pour satisfaire le but premier de l'Etat : protéger la société toute entière. En 1950, l'universalisation de la vaccination par le BCG ne se comprenait d'ailleurs qu'ainsi : comme une « mutualisation des risques », pour reprendre le vocabulaire solidariste qui a présidé à l'essor du droit de la santé publique dans notre pays.

Il est d'ailleurs frappant de constater que, si le vocabulaire a disparu, l'idée tient toujours : c'est elle, en effet, qui motive les conclusions du CCNE qui souhaite que la suspension de l'obligation vaccinale ait pour préalable indispensable le dépistage *généralisé* de tous les enfants d'âge scolaire et non seulement des enfants à risque ⁶. Chassé par la porte, le principe d'égalité rentre ainsi par la fenêtre. Mais, à présent, le problème n'est ni le vaccin ni la méthode vaccinale, ni les variations de l'épidémiologie de l'infection et de la maladie. Le problème, c'est que la santé publique est une discipline collective, une mutualisation du fardeau et du risque—ou alors elle n'est rien.

Cette conception solidariste de la santé publique ⁷—vaccination et solidarité sont deux notions très proches ⁸—fonde l'analyse du CCNE. L'abandon de la vaccination systématique aurait le grand inconvénient, selon lui, de libérer le plus grand nombre de l'obligation de contribuer à la protection de la société ; il reporterait « sur les seules populations à risque un effort de santé publique qui pourrait paraître discriminatoire ⁹ ». Ce n'est pas simplement la manipulation de critères vagues et élastiques en vue de définir les populations « à risque » qui semble au CCNE grosse de dangers, mais bien le déséquilibre même d'une politique de dépistage et de prévention qui, si elle doit bénéficier aux individus les plus vulnérables, ne peut se concevoir finalement que comme un fardeau partagé par la société toute entière.

Pareil raisonnement semble assez fragile, lorsqu'on sait que 60% au moins des cas de tuberculose sont totalisés en France par les groupes à risque ¹⁰. Le cas de la Suède est ici parlant. L'arrêt de la vaccination généralisée ayant entraîné une augmentation globale de l'incidence chez l'enfant, notamment, mais pas seulement parmi ceux vivant dans des milieux à risque, le gouvernement a renforcé les mesures visant à vacciner *les enfants à risque*, réduisant ainsi l'incidence de la tuberculose pédiatrique ¹¹. Néanmoins, selon le

CCNE, et à l'encontre, notons-le, de l'avis rendu par la HALDE, beaucoup plus legaliste ¹², la vaccination « ciblée » par le BCG porterait *en son principe* un risque de discrimination.

Le risque de stigmatisation

Un tel risque, en effet, n'est pas à exclure, ainsi que le montrent certaines mésaventures de la notion de groupe à risque. Je donnerai ici un exemple étranger à la tuberculose et néanmoins fort proche : le risque d'infection par le VIH ¹³.

Au début des années 1990, il est vite apparu, en effet, que la fiabilité des tests ELISA et Western Blot laissait beaucoup à désirer en raison de l'incidence élevée des « faux positifs » parmi les populations où la prévalence de l'infection par le VIH était faible. Nombre de pays d'où provenait la majorité de ces immigrants étaient en outre hors d'état de financer et d'administrer le dépistage systématique des émigrants. La ligne de défense scientifique établie aux Etats-Unis serait donc rapidement débordée, et la frontière US, soi-disant absolue, de plus en plus poreuse ¹⁴.

Parallèlement, dès 1984, un certain nombre de groupes à risque se voyaient exclus par les autorités américaines des dons du sang. Les immigrants haïtiens, identifiés en 1982, au tout début de la

pandémie, par les CDC, comme un sous-groupe de personnes (hétérosexuelles) à risque, les immigrants provenant d'Afrique centrale (1986) puis d'Afrique sub-saharienne (1990). Si, en l'absence de tests diagnostiques fiables, cette délimitation de groupes à risque n'apparaissait pas à première vue déraisonnable, l'identification du risque se réduirait vite toutefois à l'identification des porteurs de risque, raison pourquoi Haïti serait bientôt stigmatisé en bloc. De la recherche des *conduites* à risque on passerait ainsi subrepticement à celle des *groupes* à risque, pour aboutir à celle des *nationalités* à risque. Par le biais de l'épidémiologie, ethnicité et contagion devenaient synonymes ¹⁵.

La nationalité, n'est-ce pas là, justement, le seul facteur de risque que fournit la déclaration obligatoire en France ? A vrai dire, le problème ne tient pas seulement à la définition des groupes à risque. Il tient à une question préalable : en l'espèce, l'Etat a-t-il le droit de créer des « classes » d'individus en manipulant des critères plus ou moins élastiques (ethnie, lieu de résidence, revenu familial, habitat) ¹⁶ ? La chose a été relevés par le CCNE qui s'en inquiète. Le Groupe de travail de la DGS « Tuberculose et migrants » (2005) recommande par exemple « d'élargir la cible » (ce sont ses mots) du dépistage aux différentes populations de migrants. Or de quelles

populations parle-t-on ? Il s'agit en fait des migrants légaux, des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants illégaux ¹⁷, autrement dit de classes ou de catégories *administratives*, dont les critères sont par définition à l'entière discrétion des autorités. Veut-on un exemple d'élasticité des critères ? Dans un peu moins de deux mois, les immigrants roumains et bulgares sans permis de séjour ne pourront plus être considérés comme illégaux lors de leur entrée sur le territoire de l'Union européenne. Or, sur le plan épidémiologique, quelle sera la différence entre les immigrants roumains de janvier 2007 (citoyens de l'Union européenne) et leurs prédécesseurs de novembre 2006 (dont beaucoup forme un gros contingent parmi les sans domicile fixe ¹⁸) ? De telles pratiques administratives sont, on le sait, monnaie courante. Il y a là un problème de philosophie du droit : en l'occurrence, de philosophie des droits de l'homme ¹⁹.

La notion de groupe à risque déborde, on le voit, le cadre épidémiologique. En cas de vaccination « ciblée », de nouveaux sites s'ajouteront aux foyers de migrants, centres d'hébergement sociaux et autres centres de détention visés par la circulaire ministérielle de mai 1995 ²⁰. L'accès des services médico-sociaux aux enfants à risque se fera majoritairement lors de leur admission en collectivité (crèche, maternelle, école) ; le cas est précisément celui des

dispositions prévues par la loi de 1950, qui elle-même s'inspirait de la législation sur la vaccination antivariolique remontant à certaines instructions de Jules Ferry. Et donc, accès des structures de prévention aux contacts et aux adultes infectants : par quelles moyens ? Obligation, dont relèvent jusqu'ici certaines vaccinations ? Interdiction, dont relève encore la vaccination par le BCG (interdiction de fréquenter une collectivité infantile faute d'être vacciné) ? Contrôle et constitution de fichiers, dont relevaient également certaines vaccinations ? Sanctions pénales ou matérielles, dont là encore relevait le régime des vaccinations obligatoires ²¹ ? La loi ne laisse pas le choix : en matière de *vaccination*, « ciblée » ou non, et en l'état actuel de la législation, le volontariat n'est pas une option.

Certaines méthodes, comme l'éloignement des enfants du foyer familial infecté—la méthode Calmette—recommandé par les CDC de préférence à l'emploi de la vaccination par le BCG dans les milieux sociaux de haute prévalence ²², pourraient induire des effets stigmatisants, par exemple en raison du risque pour ces familles de se voir retirer leurs enfants si elles ne coopéraient pas avec les autorités sanitaires ²³. Et plus encore que les méthodes, les politiques de santé publique présentent certains risques.

La suspension de l'obligation de la vaccination par le BCG ne signifie nullement, bien entendu, que soit levée l'obligation du dépistage de la tuberculose à l'entrée sur le territoire ²⁴. Faut-il ou non maintenir ce dépistage obligatoire pour les migrants, alors que, d'une manière générale, comme le note le CCNE, en France « la politique systématique du dépistage est en voie de disparition ²⁵ » ? La chose ne se justifie vraiment que si la prévention et le traitement, plus encore que la détection, est le but poursuivi ²⁶. Or c'est justement ce que dément l'histoire du dépistage de la tuberculose à la frontière.

Chez nos voisins anglais, le débat refait surface aujourd'hui au niveau politique. La législation en vigueur de l'autre côté de la Manche est toujours celle de 1971, qui laisse au fonctionnaire de l'immigration la possibilité d'ordonner au migrant, après son entrée sur le territoire, une visite médicale au lieu de résidence si l'intérêt de la santé publique l'exige. Ce système fonctionne mal : un quart seulement des immigrants sont dépistés et 60% échappent à la visite. Une première fois, en mars 1962, sous la pression de la British Medical Association, l'obligation du dépistage a failli être adoptée. En février 2005, le gouvernement a annoncé qu'il se proposait d'exiger un dépistage (et un traitement en cas de tuberculose active)

dans le pays d'origine. Un an auparavant, appuyé par des voies émanant de la British Thoracic Society, le parti conservateur avait appelé à l'obligation du dépistage des immigrants pour la tuberculose (et le VIH) et au refus d'admission sur le territoire en cas de tuberculose en phase évolutive ²⁷. Ces deux dernières dispositions sont d'ailleurs celles qui régissent les conditions médicales d'entrée en France pour les étrangers en vertu de l'arrêté du 6 juillet 1999 ²⁸. Etranges demandes quand on sait que, en 1962, de l'aveu même du Ministry of Health, 50% des immigrants contractaient la tuberculose après leur entrée au Royaume-Uni ; une proportion équivalente, selon certains auteurs, développent de nos jours une tuberculose maladie après l'immigration ²⁹, ce qui souligne à l'encontre le faible impact sur la transmission du dépistage à l'entrée sur le territoire ³⁰.

On voit que le dépistage n'est pas seulement un élément dans « un plan de lutte globale contre la tuberculose », comme le voudraient le Groupe de travail « Tuberculose et migrants » de la DGS et le Conseil supérieur d'hygiène ³¹ ; il est aussi et plus encore un élément d'une politique de l'immigration. Le cas le plus extrême d'un pilotage de la santé des migrants par la politique de l'immigration est bien sûr celui de l'Australie, où l'obligation du

dépistage (et du traitement) dans le pays d'origine, en vigueur depuis 1958, vient d'être encore durcie par une directive du 26 mars 2004 suite à l'épidémie de SRAS du printemps 2003.

Cela ne signifie pas que les contrôles médicaux à l'arrivée aient toujours eu en vue d'exclure. Certains historiens ont suggéré que la réglementation US du contrôle médical des étrangers n'est devenue à dominante d'exclusion qu'après la loi sur les quotas d'immigration de 1924 (loi abrogée en 1965) ³². Et cependant, un certain degré de discrimination—qu'on pourrait dire ici « positive »—semble irrémédiablement associé aux règlements relatifs aux conditions médicales d'entrée et de séjour des étrangers. Voyez l'exception consentie aux ressortissants du Commonwealth en Angleterre jusqu'en 1962 (Commonwealth Immigrants Act), exception hautement diplomatique, on le devine ³³ ; voyez encore l'exception, de nos jours, réservées aux citoyens de l'Union européenne, parmi lesquels, pourtant, se trouvent des personnes originaires de pays à forte incidence ³⁴. Dans le cas où les examens sont effectués dans le pays d'origine (comme l'exigent Australie, les Etats-Unis et le Canada ³⁵), la catégorisation des pays d'endémie selon une échelle de risque, tout comme le niveau d'équipement médical de ces pays, sont

des critères qui retentissent indirectement sur la composition nationale, partant ethnique, de l'immigration ³⁶.

Le dépistage de la tuberculose chez les migrants reste donc jusqu'à nos jours un épisode dans une histoire de la frontière. En France, aujourd'hui, parmi les obstacles à l'accès et à la continuité des soins, les difficultés financières sont seulement devancées par l'obligation de domiciliation imposée pour l'ouverture des droits, domiciliation dont la grande majorité des patients sont dépourvus (75% des patients de Médecins du Monde en 2005) ³⁷. Par ailleurs, la régularisation pour soins en application de la loi du 11 mai 1998 est également de plus en plus rarement accordée depuis 2003 ³⁸. Ici encore la politique de l'immigration est le premier barrage à l'accès aux soins.

L'avertissement lancé par la HALDE aux fins d'éviter que le dépistage ou la vaccination ne soient utilisés à des fins de contrôle de la régularité du séjour est donc le bienvenu ³⁹. On peut seulement regretter que la Haute Autorité n'ait pas cru devoir indiquer les moyens pratique d'une telle prudence, car ceux-ci ne sauraient se limiter à des barrières déontologiques si, comme nous le croyons, la discrimination relève ici moins d'une faute éthique que d'une stigmatisation géopolitique. Ce qui du reste rend le problème à la

fois plus simple (à l'inverse de l'éthique où il n'y a jamais de réponse tranchée) et plus complexe (car le problème de santé publique implique ici des relations et des négociations multidimensionnelles avec des pays tiers).

[*Addition consécutive à l'échange de vues avec Michel Setbon lundi après-midi* : la distinction proposée par M. Setbon entre « discrimination » et « stigmatisation » me semble des plus oiseuses. Il vaudrait mieux dire, je crois :

- Qu'il est exagéré de prétendre, comme le fait le Conseil national consultatif d'éthique, que la politique de vaccination « ciblée » par le BCG, telle que proposée par exemple par le Conseil supérieur d'hygiène, est *en soi* discriminatoire ;
- Qu'il est néanmoins reconnu qu'elle comporte un risque latent de dérives stigmatisantes ;
- Qu'il est donc crucial que la vaccination « ciblée » et le dépistage actif effectué parmi les populations migrantes soient politiquement et administrativement séparées de la politique de l'immigration, que les deux domaines soient en un mot autonomes ;

- Et qu'enfin, considérant la forte détermination géo-épidémiologique de la prévalence de l'infection et de la maladie en Europe occidentale, cette autonomie complète des deux domaines d'action est l'une des conditions de la réussite d'un « plan global de lutte contre la tuberculose ».]

Pourquoi l'obligation en 1950 ?

Calmette n'envisageait pas d'abord la généralisation du BCG. L'idée de généraliser la pratique du BCG ne s'est imposée que progressivement. En 1929, Calmette recommandait de ne plus limiter la vaccination « aux seuls enfants de familles tuberculeuses » mais de la prescrire pour « tous les enfants ⁴⁰ ». Il était suivi en cela par Léon Bernard, le titulaire de la chaire d'hygiène de Paris ⁴¹. En 1933, Etienne Burnet, un pastorien ami de Metchnikoff, professeur au Collège de France, souhaitait que le gouvernement réfléchisse, à l'issue d'une généralisation expérimentale dans certaines régions fortement éprouvée par la tuberculose bovine, à rendre le BCG obligatoire, ce qui aurait pour effet de diminuer le fardeau financier qu'imposait le traitement de la tuberculose ⁴². Telle était la vision des pasteurs, économique avant toute chose, une préoccupation qui

n'est pas étrangère de nos jours à certains réformateurs de la vaccination par le BCG ⁴³.

Il s'en fallait de beaucoup, cependant, que la pratique du BCG se répandît largement puisque, peu avant la Seconde Guerre mondiale, elle ne concernerait encore que le tiers des nouveau-nés en France (en moyenne nationale) ⁴⁴. Les lumières de la médecine française interrogées en 1935 par *La vie médicale* paraissaient hésitantes. L'efficacité orale du vaccin était regardée comme médiocre ; la voie sous-cutanée, parfois génératrice d'abcès froids. Le BCG n'était en fait administré qu'aux nourrissons issus de milieux à risque ⁴⁵.

L'obligation, comme on sait, n'interviendrait qu'en 1950. Pourquoi l'obligation ? et pourquoi 1950 ? Selon le Dr Bernard Lafay, l'un de ses promoteurs, il fallait avant tout rassurer l'opinion. La Commission de la Santé publique du Conseil de la République (Sénat) s'en était donc allée visiter l'Institut Pasteur, et, ô surprise, elle en était revenue totalement convaincue : le BCG était efficace, et, en plus, il était inoffensif. « *Chaque* enfant qui naît a une chance sur sept de devenir tuberculeux et une chance sur quinze de mourir de tuberculose ! ⁴⁶ », lançait le Dr Lafay à ses collègues de la commission. Nos pères étaient des hommes tout simples, dira-t-on.

N'oublions pas toutefois que l'on sortait à peine de la guerre et que l'index tuberculinique était encore en France à cette époque voisin de 15% ⁴⁷. La généralisation s'imposait en raison du risque lui-même généralisé de contracter l'infection. La sensibilité aux effets adverses n'était pas à cette époque aussi développée qu'elle l'est aujourd'hui : l'innocuité du vaccin était une question réglée (pour les Français), et les problèmes d'efficacité et de logistique arrivaient loin devant les questions de virologie. L'obligation est-elle responsable de la bonne couverture vaccinale antituberculeuse ? Mais bonne pour qui ?

Aujourd'hui, 38% des adultes et 64% des enfants de moins de 15 ans seulement sont à jour dans la population française fréquentant les centres de soins de Médecins du Monde ⁴⁸. Gageons que la confiance des parents et des praticiens dans l'efficacité du vaccin—confiance qui suppose information, c'est-à-dire accès aux soins—plus que la loi est à l'origine des succès du BCG.

La conjoncture n'est pas non plus à négliger. Le climat international, par exemple, était propice : les Scandinaves ont vacciné avec succès pendant la guerre. En 1946, la Croix-Rouge danoise organisait la vaccination par le BCG en Pologne, Autriche, Hongrie et Yougoslavie ; l'année suivante elle étendait son action aux zones d'occupation américaine et britannique en Allemagne ⁴⁹.

Par ailleurs, la première Conférence internationale du BCG se tenait à Paris en juin 1948. N'oublions pas non plus ce que certains opposants ont appelé « l'invasion vaccinale », c'est-à-dire l'adoption en cascade entre 1938 et 1940 de cinq formes d'immunisation obligatoires ⁵⁰. L'adoption par le parlement français de l'obligation de la vaccination par le BCG en 1950 apparaît comme une brindille dans un faisceau d'éléments convergents, à la fois endogènes et exogènes, à la base de l'essor de la vaccination par le BCG après la Seconde Guerre mondiale.

Et c'est cette brindille que l'on se propose aujourd'hui de balayer.

-
1. P. Bégué, Le BCG : difficultés de la vaccination dans un avenir proche, communiqué de l'Académie nationale de médecine, 13 décembre 2005.
 2. C. Filastre, la Prévention des maladies contagieuses, *RDS&S*, n° 2, avril-juin 1983, vol. 19, p. 318. F. Moderne, La lutte contre les fléaux sociaux : l'appareil juridique existant, *RDS&S*, n° 2, avril-juin 1983, vol. 19, 375.
 3. D. Bénézet-Andreotti, Place actuelle du BCG en France dans la lutte contre la tuberculose, thèse de médecine, Marseille, 1984, p. 40-1.
 4. Bénézet-Andreotti (1984), p. 47-8.
 5. D. Truchet, Pour une approche juridique des mesures de prévention, *RDS&S*, n°2, avril-juin 1983, vol. 19, 464-5.
 6. C. Deschamps, M.-T. Hermange, A. Grimfeld, Avis sur le dépistage de la tuberculose et la vaccination par le BCG, Comité consultatif national d'éthique, avis n° 92, 22 juin 2006, 9.
 7. Le CCNE rappelle, dans son avis du 22 juin 2006, qu'il avait invoqué, dans un avis connexe, la « dette de la société » vis-à-vis des tuberculeux en situation de grande précarité comme étant propre à limiter les contraintes que la collectivité peuvent faire peser sur eux, notamment en matière de traitement obligatoire. C'est un langage directement emprunté à la notion solidariste de « quasi-contrat », L. Murard et P. Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris : Fayard, 1996, 454-9.
 8. A.-M. Moulin (dir.), *L'aventure de la vaccination*, Paris : Fayard, 1996, 30.
 9. CCNE, 22 juin 2006, 6.
 10. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, Prévention et prise en charge de la tuberculose en France, *Revue des maladies respiratoires* 20, cahier 2, n° 6 (2003), 7S24.
 11. Ministère de la Santé et des Solidarités, Avis du Comité technique des vaccinations/du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le BCG et au renforcement des moyens de la lutte antituberculeuse en France, 30 septembre 2005. Autre exemple, celui des Etats-Unis où la flambée de tuberculose multirésistante de 1985-92 a entraîné une réévaluation du BCG : Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis, The

Role of BCG Vaccine in the Prevention and Control of Tuberculosis in the United States, *MMWR, Recommendations and Reports*, April 26, 1996/45 (RR-4): 1-18

12. Louis Schweitzer, Projet de délibération n° 2006-195 du 18 septembre 2006, Santé publique. Dispositif de lutte contre la tuberculose. Publics cibles. Origine, Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE).

13. Selon une étude conduite en Floride en 1998, 50% des Haitiens de 25-44 ans infectés par la tuberculose étaient également séropositifs : CDC, Recommendations for Prevention and Control of Tuberculosis Among Foreign-Born Persons, *MMWR Recommendations and Reports*, September 18, 1998/47 (RR16): 1-26.

14. US-Mexican border is porous when it comes to AIDS, *IAPAC Monthly* 7 (2001), 4-5.

15. Fairchild et Tynan (1994), 2013-5.

16. CCNE, 22 juin 2006, 6.

17. DGS-Groupe de travail "Tuberculose et migrants", Ministère de la Santé, 7 juin 2005, 19 p., 15-6.

18. Rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2006, 125.

19. La question serait explicitement évoquée si nous nous trouvions dans le contexte américain : D. Abraham, Liberty without Equality : The Property-Rights Connection in a « Negative Citizenship » Regime, *Law & Social Inquiry*, vol. 21, no. 1, Winter 1996, p. 31.

20. Circulaire DGD/SDVS/41, 4 mai 1995.

21. Truchet 1983, 460-4.

22. Role of BCG Vaccine, *MMWR, Recommendations and Reports*, April 26, 1996/45 (RR-4): 1-18.

23. Role of BCG Vaccine, *MMWR, Recommendations and Reports*, April 26, 1996/45 (RR-4): 1-18.

24. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Arrêté du 6 juillet 1999 relatif au contrôle médical des étrangers autorisés à séjourner en France, *J.O.* n° 159, 11 juillet 1999, p. 10317 (art. 1^{er} et 4). Régime mis en place par l'Ordonnance du 2 novembre 1945 créant l'Office des migrations internationales et par le décret du 30 juin 1946 réglementant les conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

-
25. CCNE, 22 juin 2006, 3.
26. Conseil supérieur d'hygiène publique, Prévention et prise en charge de la tuberculose en France, *Revue des maladies respiratoires* (2003), 7S69.
27. J. Welshman et A. Bashford, Tuberculosis, Migration, and Medical Examination: lessons from History, *J. Epidemiol. Community Health* 60, no. 4 (2006), 282-4. R. Coker, Compulsory Screening of Immigrants for Tuberculosis and HIV, *BMJ*, vol. 328, 7 février 2004, 298. G. H. Bothamley, Screening Immigrants for Tuberculosis, *BMJ* 328, 20 février 2004.
28. L'arrêté ministériel du 6 juillet 1999 relatif au contrôle médical des étrangers autorisés à séjourner en France, *JO* du 11 juillet 1999, impose un examen clinique et une radiographie des poumons à toute personne étrangère entrant en France pour un séjour de plus de quatre mois.
29. Welshman (2006), 307. Coker (2004), 299.
30. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction générale de la santé, Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France, 30 septembre 2005.
31. DGS-Groupe de travail "Tuberculose et migrants", Ministère de la Santé, 7 juin 2005, 14. Conseil supérieur d'hygiène, Vaccination par le vaccin BCG, 30 septembre 2005.
32. A. L. Fairchild, *Science at the Borders : Immigrant Medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial Labor Force*, Berkeley: University of California Press, 2003, 16.
33. J. Welshman, Compulsion, Localism, and Pragmatism : The Micro-Politics of Tuberculosis Screening in the United Kingdom, 1950-1965, *Social History of Medicine* 19, no. 2 (2006), 301.
34. Ministère de la Santé et des Solidarités, Avis du Comité technique des vaccinations/du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination par le BCG et au renforcement des moyens de la lutte antituberculeuse en France, 30 septembre 2005, annexe 1.
35. Prevention and Control of Tuberculosis Among Foreign-Born Persons, *MMWR Recommendations and Reports*, September 18, 1998/47 (RR16): 1-26. DGS-Groupe de travail "Tuberculose et migrants", 2005.
36. Welshman et Bashford (2006), 282; Coker (2004), 300.

-
37. Rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Paris, octobre 2006, 6.
38. Rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, Paris, octobre 2006, 117.
39. HALDE, Projet de délibération du 18 septembre 2006.
40. A. Calmette, Résultats de la vaccination préventive de la tuberculose par le BCG pratiquée dans les dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine en 1925, 1926 et 1927, *Bull. Acad. Méd.* 101 (1929), 609-13.
41. L. Bernard, La prémunition de la tuberculose par le vaccin BCG, *Rev. phtisio. méd.-soc.* 10 (1929), 521-41.
42. E. Burnet, L'armature administrative de la lutte antituberculeuse, *Rev. phtisio. méd.-soc.* 14 (1933), 391-415.
43. Calmette, A., Verhaege, D. et Wœhrel, T., 'Le Dispensaire Emile-Roux de Lille'. *La Lutte antituberculeuse* IV (1903), p. 4. P. Bégué, F. Denis, M. Girard et J. Frottier, Faut-il continuer à vacciner par le BCG en France ? *Bull. Acad. Méd.* 189, n° 6 (2005), séance du 28 juin 2005. L'arrêt total de la vaccination par le BCG permettrait une économie de 115 millions d'euros, supérieure au coût entraîné par le traitement des malades.
44. Notes sur l'histoire de la vaccination par le BCG en France, 1921-1970, in Expertise collective : Tuberculose, place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie, INSERM, Paris, 2004, tableau 7.II, p. 109.
45. M. Picht, La vaccination anti-tuberculeuse par le BCG en France et en Allemagne (1921-1996), thèse de médecine, Strasbourg, 1997, p. 114.
46. La vaccination par le BCG devient obligatoire, *Rev. patho. comparée* 46 (1949), 285-7, cité par Picht (1997), 121-2, souligné par nous.
47. Bénézet-Andreotti (1984), p. 46.
48. Rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2006, 52 tableau 35.
49. Picht (1997), 116-20.
50. Notes sur l'histoire de la vaccination par le BCG en France, INSERM, 2004, 113.