



CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 1984-1985

15 MAI 1985

COMMISSION D'ENQUETE CHARGEE
D'ETUDIER LES CONSEQUENCES PRATIQUES
DU DECRET DU 1^{er} JUILLET 1982, RELATIF
A L'EPREUVE DE SENSIBILITE CUTANEE
A LA TUBERCULINE

RAPPORT FINAL

PRESENTE AU NOM DE LA COMMISSION (1)
PAR M. J. LEPAFFE

(1) Un premier rapport a été présenté par la commission le 23 novembre 1983 —
voir doc. Conseil 126 (1983-1984) - N° 1.

MESDAMES, MESSIEURS,

La commission d'enquête (1) chargée d'étudier les conséquences pratiques du décret du 1^{er} juillet 1982, relatif à l'épreuve de sensibilité cutanée à la tuberculine, s'est réunie à plusieurs reprises pendant les sessions 1982-1983, 1983-1984 et 1984-1985.

Depuis la discussion du premier rapport de notre commission en séance publique, le 1^{er} décembre 1983, notre commission s'est réunie douze fois, parfois durant toute la journée.

Elle a ainsi eu l'occasion d'entendre Mmes et MM. les professeurs et docteurs Blum, Bouillon, Cleempoel, Cox, Decoster, François, Geubelle, Hounsou-Ve, Lefevre, Loute, Michaud (France), Prignot, Vis, représentatifs aussi bien de la médecine homéopathique que de la médecine allopathique, des délégués d'associations de parents : la Fédération nationale des associations de parents d'élèves de l'enseignement officiel (FAPEO) comme la Confédération nationale des associations de parents (CNAP), de la Ligue des Familles (équipe « Santé-famille »), du mouvement « Santé libre », de l'association de parents et d'enseignants « Santé responsable » et du mouvement « Infor-vie saine » et enfin des parents et enseignants. Elle a également pris connaissance de différents courriers adressés par des parents aux autorités responsables.

Après chaque exposé, de nombreuses questions ont été posées par les membres de la commission. Les réponses sont intégrées dans les différents chapitres du présent rapport.

Les dépositions et les questions des membres ayant été enregistrées in extenso, le rapport est dès lors une tentative de synthèse destinée à permettre aux membres du conseil de se faire plus facilement une opinion.

* * *

I. Considérations générales à propos de la tuberculose

Divers participants ont émis, à propos de la tuberculose, des considérations qui peuvent éclairer les prises de position diverses.

(1) Ont participé aux travaux de la Commission :

M. Gondry (Président), Mmes Brenez, Coorens, MM. Cudell, J.J. Delhaye, Mlle Hanquet, MM. Jandrain, Klein, Van Roye et Lepaffe (rapporteur).

Ont assisté aux travaux de la Commission :

Mme Saive-Boniver, membre du Conseil ;
MM. Pechon et Dujardin, représentants de M. le ministre Urbain.

La tuberculose, maladie invalidante, provient essentiellement d'une contamination à partir de sujets humains atteints de la maladie.

Le microbe se fixe dans les poumons des sujets contaminés.

L'allergie tuberculinique est donc le témoin de l'infection tuberculeuse et pas nécessairement de la maladie tuberculeuse.

Vingt pour cent des tuberculeux ont des réactions faussement négatives (tuberculine trop vieille ou immunisation contre le bacille).

Il n'existe jamais de tuberculose en mer. En Amérique du Sud, certains bateaux sont transformés en sana.

La diffusion de la tuberculose est favorisée par le manque d'hygiène et la promiscuité. Un malade atteint d'une lésion ouverte émet en parlant de petites gouttelettes contenant des bacilles de Koch qui sont inhalés par son voisin.

Le plus grand nombre de malades se trouvent dans les milieux sociaux défavorisés. Mais il en existe dans d'autres milieux (quart monde).

Un commissaire a remarqué à ce propos que l'absentéisme scolaire est un des grands problèmes du quart monde et que l'étude de l'endémie à travers les écoles risque dès lors de passer totalement à côté de son but.

Pour l'un des médecins, si on veut lutter contre la tuberculose, il faut nécessairement adapter les méthodes utilisées aux populations visées. Il existe d'autres couches de populations qui vivent dans des conditions difficiles, avec la crise actuelle notamment. Les tests à la tuberculine ne sont qu'un des moyens de lutter contre la tuberculose. Il faut envisager tous les moyens possibles. Rien n'empêcherait qu'on organise un moyen de prévention en dehors du milieu scolaire. Il ne faut pas déplacer le problème en supprimant quelque chose d'utile parce qu'il serait moins efficace dans certains milieux.

Toujours en fonction des problèmes du quart monde, la question de maladie-invalidité est posée. Si quelqu'un n'est pas en règle avec la mutuelle, ce qui doit être souvent le cas dans le quart monde, existe-t-il une prise en charge du traitement ?

Il semble que ce soit aux CPAS qu'il appartient de prendre les frais en charge.

S'il y a nécessité de soins par des médicaments allopathiques et que le malade est assujéti à la sécurité sociale, les produits sont totalement remboursés, bien que depuis 1983 les choses aient évolué de manière défavorable. La

grosse difficulté réside dans la marginalité des gens et dans leur nomadisme aussi.

Exemples : émigrés espagnols venus travailler dans la mine près de Marchienne — population du quart monde et enfants turcs venus de Cappadoce. Le problème de la paupérisation ne fait dans cette région que s'accroître.

Il est remarqué que la maladie est liée à la saleté et à la pollution atmosphérique, à la malnutrition, à l'usage du tabac. Ne serait-il pas plus intéressant de s'en prendre aux causes plutôt qu'au dépistage des victimes ?

La réponse de certains médecins est qu'on ne peut négliger le bacille et les conditions de contamination. La tuberculose méningée ne se voit pratiquement que chez les jeunes enfants exposés de manière répétée à une contamination familiale. Le problème de résistance générale de l'individu est lié à la qualité de son environnement. Une législation aussi sévère que la législation américaine en ce qui concerne la pollution par l'oxyde de carbone est souhaitable.

* * *

II. Différenciation entre l'allopathie et l'homéopathie

Elle est évidemment au centre du débat.

Il paraît sans utilité de reprendre les jugements de valeur réciproques qui tiennent des querelles d'écoles mais plutôt de situer à travers les nombreuses interventions, les caractéristiques fondamentales évoquées.

L'homéopathie utilise le principe de la similitude. Une divergence fondamentale existe au niveau de la dose tuberculique. Les homéopathes veulent utiliser une dose nettement moins importante que celle utilisée par les médecins allopathes.

L'homéopathie se base sur la méthode analogique en tenant compte des types (carbonique, sulfurique, phosphorique, fluorique) des tempéraments antérieurement (lymphatiques, sanguins, bilieux, nerveux) et actuellement (psoriques, tuberculiques, phosphoriques, sirotiques et buétiques).

Il y a également, chez les homéopathes, une classification binaire de l'individu :

— premier groupe de réactions face à la maladie : les carboniques, sthéniques, centrifuges. Robustes, sains et foie en bon état. Ont une réaction d'allergie concentrée sur quatre pôles : cutané, respiratoire, digestif et génital (chez les femmes);

— second groupe : individus au foie faible, asthéniques, fragiles. Réagissent extérieurement insuffisamment. En homéopathie appelés « tuberculiques ». Leur réaction à la tuberculine est localement négative mais les rend encore plus tuberculiques. (Voir enfant.)

Il est nécessaire d'administrer des oligo-éléments pour éviter les maladies (lutte contre les carences en manganèse, cuivre, cobalt, par exemple).

L'homéopathie permet d'utiliser des doses excessivement diluées qui agissent en fait non par voie chimique, mais par voie de résonance.

L'allopathie cherche à soigner les contraires par les contraires. Elle se base sur la méthode analytique. Les deux méthodes sont également valables selon les circonstances.

La tuberculose, maladie dont le traitement incombe à la médecine allopathique, est précédée d'une tuberculose infection pour laquelle les homéopathes s'estiment compétents. Pour le médecin allopathe, la maladie est une chose anonyme et il considère une pathologie de groupe. Pour l'homéopathe, l'individu prime l'agent pathogène.

Pour les homéopathes, il est complètement contre-indiqué de multiplier les vaccinations par exemple chez les enfants longilignes épuisés. La cuti-réaction enfonce davantage les individus longilignes et épuisés. Ils ne sont pas systématiquement opposés aux vaccinations mais sont opposés aux vaccinations systématiques.

* * *

III. L'accident d'Asse

L'accident dont fut victime en Flandre une jeune fille qui dut être amputée des deux jambes alors qu'elle avait subi le test à la tuberculine a eu des conséquences significatives dans la Communauté flamande.

Le test à la tuberculine fut en effet suspendu sur l'ensemble du territoire de la Communauté flamande.

L'opinion publique fut alertée ainsi que les parlementaires.

Les refus du test à la tuberculine se multiplièrent.

L'accident a été invoqué à plusieurs reprises devant la commission d'enquête.

L'un des médecins entendus avait, tout en soulignant combien cette situation dut être pénible pour les parents et pour l'enfant, précisé qu'il n'avait pas trouvé de rapport précis

relatif à cet accident, pas plus que ses confrères flamands d'ailleurs, alors qu'un fait médical de cet ordre aurait dû se trouver relaté de façon anonyme dans une quelconque revue médicale.

Ultérieurement, un intervenant signala qu'il avait assisté le 21 avril 1982 à un séminaire de clinique patho-infectieuse. Au cours de cette réunion, un médecin fit état d'un cas d'une enfant hospitalisée après une intradermo à la suite d'une maladie infectieuse à streptocoques. Malgré le traitement, elle avait rapidement présenté une gangrène et avait dû être amputée des deux jambes. Selon l'intervenant, parmi tous les présents à ce séminaire, aucun n'a contesté la relation entre l'intradermo et la streptococcémie. On peut évidemment penser que le streptocoque a été injecté en même temps que l'intradermo. Mais il est plus probable que l'enfant était porteur de germes avant l'injection et que le test a permis à la maladie de se développer à la faveur d'une brusque faillite du potentiel immunitaire de l'enfant. Telle était l'hypothèse admise comme la plus probable par l'ensemble des participants.

La commission décida alors d'entendre les médecins qui avaient pris en charge la jeune fille au moment de son hospitalisation.

Ils n'ont jamais pu établir de lien objectif entre les éléments qu'ils ont constatés et les accusations extérieures.

Un commissaire demande si les médecins ont pu prouver qu'il n'y avait pas de lien.

Le médecin répond que la lésion n'avait aucun caractère suspect. Les suspicions sont venues entièrement de l'extérieur.

Un commissaire constate qu'une personne n'est pas hospitalisée en soins intensifs sans raisons. Il aimerait savoir de quoi la maladie dont elle souffrait était la conséquence.

Le médecin répond qu'une simple angine peut être à l'origine de cette maladie. La porte d'entrée peut être multiple mais, dans ce cas précis, elle pourrait être la gorge. Aucun spécialiste n'a jamais décrit de complications comme faisant suite à une épreuve tuberculique. Seules des réactions locales infectieuses peuvent se produire lorsque l'épreuve est positive. L'apparition de ces symptômes peut prendre 48 heures.

Un commissaire aimerait connaître le temps qui s'est passé entre l'injection de tuberculine et l'apparition de la maladie.

Le premier médecin ne peut le dire avec précision. Mais il imagine mal que l'infection ait pu avoir le tableau clinique qui s'est présenté si elle avait daté d'une quinzaine de jours.

Le second médecin n'a pu établir de lien de causalité entre l'état grave de l'enfant et la pratique de l'intradermoréaction. Ce sont les parents qui ont établi cette relation. L'enfant souffrait d'une maladie infectieuse liée à un germe bien précis. Or l'injection de tuberculine ne peut réveiller des infections latentes. Si l'injection ne peut provoquer cet état, la manière dont elle se pratique peut peut-être entrer en ligne de compte. Toutefois, ce domaine relève des experts car aucune lésion n'a été constatée à l'endroit où l'intradermo avait été pratiquée chez l'enfant.

Le représentant du ministre demande si le tableau de septicémie présenté par l'enfant pouvait être la conséquence de l'acte de donner une piqûre.

Le second médecin confirme qu'une piqûre peut effectivement engendrer des infections si la technique est mal appliquée.

Le représentant du ministre souhaite savoir si cette possibilité existe aussi en cas de prise de sang.

Le second médecin déclare qu'effectivement, une infection peut se déclarer chaque fois qu'il y a franchissement de la peau et non respect des techniques. Dans le cas d'espèce, le germe détecté était assez banal et n'était pas celui qu'on trouve habituellement en cas d'erreur technique lors du franchissement du plan cutané. Plusieurs germes différents provoquent ce tableau infectieux, notamment le méningocoque, conduisant également à des gangrènes nécessitant l'amputation d'une partie d'un membre, notamment inférieur.

Il ne paraît pas possible de déduire de ce débat, tel qu'il s'est déroulé, la preuve d'un lien de cause à effet entre le test pratiqué et l'accident. Mais il met en évidence une part importante des arguments principalement invoqués dans l'ensemble des séances.

Ce qui est le plus souvent attaqué, ce n'est pas le test à la tuberculine mais bien l'obligation de subir le test.

* * *

IV. Différences entre le Nord et le Sud

Si l'on aperçoit l'origine de l'attitude adoptée par la Communauté flamande, il semble qu'il y ait d'autres différences entre le Nord et le Sud du pays. C'est ainsi qu'il y aurait plus de problèmes à Bruxelles dus aux populations d'immigrés (certains enfants migrants sont atteints de formes de tuberculose qui avaient disparu depuis un demi-siècle) ou dans certains

bassins miniers au centre de la Wallonie. Mais la réponse n'est pas absolument uniforme et un médecin signale par exemple que dans son service, il y a en traitement 50 p.c. de Belges et 50 p.c. d'immigrés. Ce médecin ne peut se prononcer sur une différence entre le Nord et le Sud parce qu'il travaille en milieu hospitalier.

Il apparaît cependant que les Flamands n'ont pas abandonné les tests à la tuberculine mais les ont réservés aux endroits à haut risque sans préciser les critères. Sur le plan psychologique, cette solution est contestée par l'un des médecins qui estime que l'on ne peut traiter différemment deux écoles à population socialement différentes. Il semble d'ailleurs que tous les milieux soient visés (contacts dangereux sur le chemin de l'école, en bus, en tram, dans le métro). De même certaines professions correspondent à des propagations plus importantes : femmes d'ouvrage, plongeurs de restaurants, métiers à rotation rapide.

Il semble en tout cas que les tests effectués dans la partie flamande du pays révèlent une situation plus favorable que dans le Sud.

Un médecin affirme que les données épidémiologiques ne sont pas un argument suffisant pour justifier une application différente dans le Nord et dans le Sud du test tuberculinique. La décision flamande est le fait de l'opinion scientifique d'un groupe de médecins. La Communauté flamande n'a jamais mis en doute l'innocuité et l'utilisation du test. Elle a simplement supprimé le caractère obligatoire en laissant la faculté d'y recourir, aux médecins-chefs d'équipes scolaires.

Certains pensent qu'en supprimant le test dans le Nord du pays on est allé un peu vite en besogne. Il eût été plus avisé de procéder à une révision par tranches : d'abord l'école maternelle puis l'école primaire et en gardant le test au début du secondaire jusqu'à ce que le pourcentage de la maladie se réduise au même niveau qu'aux Pays-Bas. Il n'y a plus de justification possible au test tuberculinique lorsque le pourcentage de tuberculose devient pratiquement inexistant.

Les médecins flamands craindraient d'ailleurs la recrudescence de petites épidémies locales et pensent qu'il faudra un jour revenir à la situation antérieure.

Un commissaire rappelle que la cuti n'est pas complètement supprimée en Flandre, mais qu'elle est réduite aux cas à risque. Il demande dans quel cas un risque de tuberculose est plus patent. Si c'est au moment où l'on a découvert des cas de tuberculose avérée dans un groupe, le stade du dépistage est d'ores et déjà dépassé.

* * *

V. Les statistiques

Des statistiques diverses ont été évoquées à l'occasion des débats. Il est difficile d'en tirer une conclusion scientifique dans la mesure où elles apparaissent difficilement comparables entre elles.

Leur utilisation tend évidemment à démontrer soit qu'il y a lieu, soit qu'il n'y a pas lieu de poursuivre l'application des tests de sensibilité cutanée.

Il faut noter qu'en 1979, déjà certaines autorités scientifiques spécialisées en pneumologie se sont demandé s'il ne convenait pas de diminuer progressivement la fréquence de l'application des tests de sensibilité cutanée qui, dans le cadre scolaire, étaient obligatoires chaque année.

Un médecin fait remarquer qu'en 1982, 2 600 nouveaux cas étaient constatés par an bien que l'endémie ait fortement régressé (stabilisation depuis 1977). Il faudrait, selon lui, atteindre 1 000 à 1 200 nouveaux cas par an pour abandonner l'utilisation des tests en milieu scolaire.

Peut-être pourra-t-on un jour les supprimer tout à fait. Il n'empêche que l'un des médecins entendus estime que l'application stricte du décret actuel conduit inéluctablement à méconnaître six à sept cas sur dix de tuberculose nouvelle, chaque année, dans la population scolaire (55 000). Pour lui, ne faire qu'une cuti tous les trois à cinq ans, comme le prévoit le décret de 1982, c'est faire plaisir aux médecins épidémiologistes qui s'intéressent à l'évolution de la maladie tuberculeuse dans notre communauté. Faire une « cuti » chaque année, c'est satisfaire la population et répondre aux soucis de chaque parent !

Une fois sur deux, la tuberculose nouvelle va évoluer et faire des dégâts dans le poumon, notamment.

Il faudra de nombreuses radiographies, des examens des bronches sous anesthésie générale, trois médicaments coûteux contre le bacille tuberculeux pendant un an et demi, des examens de sang... Un dépistage annuel avec diagnostic précoce et traitement léger est selon lui moins coûteux.

Un commissaire fait observer que ce médecin semble conclure que si l'intradermo est positive, alors qu'elle était négative antérieurement, cela signifie qu'il y a une tuberculose initiale. Une étude de l'Université de Californie montre que 90 p.c. des cutis décrétées positives le sont abusivement. De plus, 92 p.c. de ces patients sont soumis à des traitements antibiotiques totalement inutiles.

L'association médicale américaine, pour les problèmes pulmonaires, ainsi que les centres américains de contrôle médical considèrent que les tests tuberculiques constituent un moyen inefficace de dépistage. Les conclusions de l'étude américaine confirment les travaux de MM. Van Balen et Stevens de l'Institut de médecine tropicale et à la commission sectorielle d'Anvers de lutte contre la tuberculose. En 1979, selon eux, le rendement de masse pour dépister les nouveaux infectés est largement surestimé. Les tests tuberculiques sont donc peu efficaces pour lutter contre la tuberculose.

Le représentant du ministre considère que tout le problème des faux positifs dans une population où la maladie a disparu est posé. Dans une situation sans problème de tuberculose, des petites réactions locales existeront tout de même. Au niveau de l'inspection médicale, ces petites réactions ne sont pas considérées comme positives. Lorsque la maladie disparaît, il faut rendre les critères de détection plus stricts, mais de toute façon, le problème doit évoluer en fonction de l'évolution de la maladie. On peut même songer à un système où le dépistage systématique aurait disparu. En Belgique, cela a déjà été fait pour le dépistage par radio pulmonaire.

* * *

VI. Le test tuberculique

Le test tuberculique intradermique qui traduit l'allergie est actuellement le plus couramment utilisé dans les écoles pour le dépistage de l'infection tuberculeuse. On essaie de déterminer par une réaction au niveau de la peau si le sujet a été contaminé ou non. Il peut être administré de trois façons différentes, choix à la discrétion du médecin responsable. Plusieurs tuberculines sont utilisées en fonction des différents pays. La dose est très faible: 200/1 000 de mg. Mais elle est nettement moins importante chez les homéopathes: 1/1 000.

La longueur des débats a évidemment permis aux membres de la commission et aux personnes qu'ils ont entendues d'émettre de très nombreuses considérations favorables ou défavorables au test tuberculique.

Le dialogue suivant a été particulièrement révélateur: un commissaire, médecin lui-même, remarquait que des relations de cause à effet sont établies entre la cutiréaction ou l'intradermo et l'apparition, par exemple, d'une mononucléose. Celle-ci peut apparaître fortuitement pour toutes sortes de raisons et l'on ne peut fonder une statistique sur quelques cas isolés. Il semble exagéré de prétendre que des

mononucléoses soient consécutives à des intradermos.

Un médecin homéopathe lui répondit que la mononucléose n'est pas une maladie mais un diagnostic qui constate une abondance anormale de lymphocytes mononucléaires montrant qu'il y a eu infection rénale. La liaison entre la mononucléose et la cuti-réaction apparaît dans le rapport de plusieurs confrères. La cuti-réaction n'est peut-être pas la cause première mais la mononucléose peut avoir été induite par un stress comme peut l'être le psoriasis.

Le commissaire fit alors valoir qu'il est en effet possible que la primo-infection existait préalablement à l'intradermo; ce n'est pas parce qu'elle se développe après que l'intradermo en est fatalement la cause.

On s'appuie davantage sur la notion de stress que sur la notion d'intradermo éventuelle pour expliquer les conséquences de l'intradermo.

Pour le médecin homéopathe, il s'agissait d'un stress immunologique. Les sujets étaient peut-être déjà en incubation. Raison de plus pour ne pas provoquer la maladie ou l'aggraver par la dose énorme de tuberculine d'un point de vue homéopathique.

Les autres considérations peuvent être résumées comme suit:

A. En faveur du test

Il n'est pas dangereux, même si la tuberculine est un produit dangereux. On lui a attribué toute une série de complications avec lesquelles il n'a rien à voir. Sur le plan scientifique, le test n'est pas dangereux. Il présente un intérêt individuel, l'intérêt du diagnostic et un intérêt collectif (suivre l'endémie et préserver les collectivités scolaires). C'est un moyen uniforme de tester l'allergie. La surveillance clinique est moins spécifique encore. Si on l'interrompt, on se trouvera dans une situation rétrograde dans les 10, 15 ans.

De petits problèmes isolés sont toujours possibles mais à ma connaissance il n'y a jamais eu de problèmes sérieux pour ce test pratiqué sur des dizaines de millions d'enfants. Les tests utilisés en médecine scolaire doivent être considérés tout à fait valables et les plus aisément praticables.

Les autres méthodes sont d'une application extrêmement lourde. Exemple: prises de sang annuelles pour pratiquer d'autres méthodes possibles et certainement non supérieures.

Dans certaines situations, il faut rendre obligatoire les mesures de santé ne fût-ce que

par solidarité. La santé est aussi une question collective sociale.

La plupart des médecins et des pédiatres en général sont tout à fait favorables au test et comptent d'ailleurs sur son application à l'école. Il y a même actuellement un problème du fait qu'il faudra avertir les médecins que ces tests ne se font plus annuellement. Les médecins scolaires sont convaincus de faire œuvre utile en continuant le dépistage. Tout en appliquant la réglementation, ils sensibilisent le corps professoral tout en soulignant les risques de contamination.

B. Contre le test

Il s'agit évidemment de cas d'espèces et donc souvent d'exemples plus concrets.

Le taux de contamination annuel étant trop bas, cela ne justifie pas un investissement de frais de tests tuberculiques systématiques à tous les enfants de toutes les écoles. Il existe des effets potentiels dangereux :

- réaction locale : gonflement, ulcération;
- réaction focale : réactivation de lésions tuberculeuses qui existaient déjà;
- réaction générale : température, altération de l'état général, etc.

et un danger réel — transmission d'autres maladies (exemple : seringue mal stérilisée d'où virus hépatique mais dans ce cas il s'agit d'une faute technique).

Le test n'est pas parfaitement spécifique, n'est pas parfaitement sensible. Dans le cadre de l'enseignement primaire, il a une mauvaise valeur prédictive, son rendement est trop faible.

En outre, l'opinion a généralement répondu que la tuberculine est inoffensive et que l'on peut l'inoculer aussi souvent que nécessaire ou souhaité.

Le test a entraîné une mononucléose grave, la grippe, une labyrinthite d'origine indéterminée, la réapparition d'un psoriasis, des crises de rhumatismes, des allergies locales ou générales, de l'asthme, de l'urticaire, de l'eczéma, une bronchite, des infections semblables à celles qui se développent après l'administration du sérum tétanique, de nouvelles poussées de tuberculose, des troubles psychiques, une tendance aux cancers, des abcès amygdaliens, des troubles urinaires, une température élevée entraînant l'alitement pendant plusieurs jours, une baisse de dioptrie de 10 à 3 chez un jeune homme, décès d'un jeune homme de 19 ans signalé dans un journal de l'Association médicale américaine, intervention chirurgicale à la suite de cutis rejetées, un panaris apparu trois fois après

des intradermos, la réactivation de foyers infectieux latents, des angines, une prédisposition à héberger des streptocoques hémolytiques, voire à la maladie de Hodgkin, une altération de l'état général, des fièvres de longue durée, de la toux, des maladies virales, des troubles intestinaux, nerveux, urinaires, le coriza, des éruptions, des otites, un enfant de trois ans qui n'aurait d'ailleurs pas dû subir le test toussé, ne mange plus, maigrit, a le teint pâle et une réaction d'impétigo trois jours après.

Ou encore : la tuberculine est expérimentée depuis longtemps à doses homéopathiques sur des sujets sains. Les constantes développées n'ont rien à voir avec le stress. Il y a un ensemble de symptômes que l'on retrouve chez tous les sujets : pâleur de la face, mauvaise mine, perte progressive de poids, apparition d'une croûte sur la lèvre supérieure, divers troubles psychiques et neurologiques.

Etant donné la diminution de l'endémie, la sensibilité, la spécificité et la valeur du test de détection ont également diminué. Les virages des tests de sensibilité se faisant de plus en plus après l'âge scolaire, ils s'avèrent de moins en moins utiles en milieu scolaire.

La correspondance entre le caractère positif du test et la tuberculose n'est pas avérée et les vétérinaires savent que c'est faux. La tuberculose a régressé dans tous les pays industrialisés, quelles que soient les méthodes employées. La confusion entre la fin et les moyens en matière de santé publique repose sur le postulat de la spécificité du produit, ce qui est inacceptable.

* * *

VII. Les méthodes alternatives

L'enquête poursuivie nécessite évidemment des précisions quant aux possibilités d'action de substitution.

Ont été évoqués :

1. L'examen du sang (proposé par les homéopathes). Il poserait des problèmes pratiques au niveau de l'I.M.S. qui estime le test par intradermoréaction plus facile.
2. L'essai de détermination des variations des protéines du sang.
3. Le dépistage et le traitement des sujets porteurs de cavernes tuberculeuses. Augmentation de la résistance de l'organisme à la contamination au moyen d'un vaccin anti-tuberculeux (BCG).
4. La connaissance des symptômes généraux de la tuberculose, L'imprégnation bacil-

laire est accompagnée de fièvre faible et passagère (prendre souvent la température du sujet au repos) de sensibilité particulière au froid accompagnée de frissons et d'hyperthermie accompagnée de sudation. Les patients maigrissent progressivement, présentent des troubles digestifs, n'ont plus d'appétit, leur tension artérielle baisse, ils ont des rhumes et de l'albuminurie, des troubles nerveux et sexuels, des douleurs thoraciques en certains points très précis.

Il faut utiliser alors la tuberculine de Koch, la tuberculine résiduelle du sérum de Marmoreck (anticorps du cheval) et le sérum extrait du sang des lapins immunisés contre le bacille de Koch.

5. La surveillance médico-scolaire de la courbe de poids, de la taille et de la température, en coordination avec le médecin traitant. La radiographie pulmonaire grand format demeure indispensable pour les cas douteux. Elle peut être tout à fait normale même chez un sujet contaminé; seule reste la tuberculine.

6. L'acupuncture.

7. A l'aide de réactifs, la détermination de l'état de sujet à vacciner sur le plan de la santé. Dans la zone neutre, plutôt acide et réductrice, il peut être vacciné. Dans la zone alcaline, le vaccin doit être prohibé.

Un commissaire se demande si le parallélisme entre plusieurs méthodes présente un inconvénient, s'il s'avère que toutes ces méthodes sont fiables?

Un médecin répond que si les méthodes étaient de même valeur, il n'y aurait pas le moindre inconvénient à les utiliser parallèlement; toutefois après l'analyse des méthodes proposées, il semble que ces méthodes n'aient pas une valeur suffisante pour être utilisées systématiquement et exigeraient en outre des conditions d'utilisation quasi irréalisables. En tant que médecin scolaire, il faut maintenir le caractère obligatoire des tests tout en espérant pouvoir les supprimer.

Un autre médecin estime qu'en fonction du vécu familial, il faut veiller à ce que la médecine scolaire ne perturbe pas les relations entre la famille et le médecin. Jadis, les médecins scolaires se montraient extrêmement fermes vis-à-vis des parents qui refusaient le test tuberculique. On peut se demander si la rigueur est toujours nécessaire. Il faudrait peut-être assouplir la position adoptée sur le plan législatif. Face au refus pur et simple dans la concertation entre le médecin de famille homéopathe et le médecin scolaire, il faudrait peut-être remplacer l'obligation du test par une radiographie pulmonaire qui a l'avantage de dépister les cas peu nom-

breux d'enfants évoluant vers une forme de tuberculose contagieuse.

Un commissaire partisan de la médecine alternative suggère de conserver un test annuel, donc plus fréquent, mais laissé au choix des médecins qui en sont chargés.

Un médecin répond que la preuve n'a jamais été fournie qu'il existe des tests de dépistage ayant un même caractère de spécificité que le test intradermique. On pourrait accepter que ce soit le médecin traitant qui applique le test.

Une équipe de santé cherche à promouvoir dans la population une attitude responsable et autonome par rapport aux professionnels de la santé. Elle désire que les malades prennent eux-mêmes leur santé en charge, se fondant sur l'avis de nombreux experts belges et étrangers notamment de l'OMS, elle explique qu'il n'y a absolument aucune preuve de la nocivité des tests de sensibilité à la tuberculine.

Il ne faut pas tout mettre sur leur compte uniquement parce qu'on a l'attention attirée sur eux: quand deux éléments se succèdent, le premier n'est pas forcément la cause du second.

La nocivité du test doit être minime si elle existe, puisque l'observation de population très étendue n'a pu le démontrer. Elle croit, dès lors, à son caractère inoffensif et elle a tenté de rétablir cette vérité scientifique compromise par des campagnes de presse abusives, irresponsables, dangereuses.

Il s'agit de déceler non pas la maladie mais la contamination. Etant donné la diminution du nombre de maladies, la détection de la contamination s'avère plus importante. Elle permet de connaître l'endémie, de prendre des mesures de prophylaxie et de surveillance.

L'équipe «Santé-famille» insiste sur le caractère global que doit présenter la lutte contre la tuberculose. La détection doit être suivie par une politique thérapeutique sérieuse.

Il faut insister sur la liaison nécessaire entre la détection et la thérapie, le préventif et le curatif. C'est grâce à cette liaison que les Pays-Bas connaissent une situation meilleure que la nôtre.

Un commissaire rappelle que la discussion porte sur l'obligation absolue de subir les tests à la tuberculine ou de les supprimer. Il se demande si une plus grande liberté d'action ne pourrait être envisagée au niveau des parents. Le principe de faire des tests n'est pas mis en cause mais bien son caractère obligatoire. Les tests ne pourraient-ils être rendus non obligatoires à condition que les parents présentent une preuve formelle que leur enfant n'est pas atteint de tuberculose. Les parents qui ne pour-

raient faire face à cette exigence devraient admettre pour leur enfant l'intradermo.

Un médecin souligne que sa préoccupation majeure est l'intérêt de l'enfant et de ses parents. Les médecins généralistes, pédiatres et pneumologues n'ont pas l'habitude de réaliser des tuberculino-réactions. Or la radiographie corroborée par un certificat médical ne signifie pas que l'enfant n'a pas été contaminé par le bacille tuberculeux; quelques mois plus tard, des lésions peuvent apparaître à la radiographie. De même pour les enseignants et le personnel scolaire.

En 1965, le cas qui a rendu la tuberculino-réaction obligatoire est celui d'une institutrice de Huy qui avait infecté quatre de ses élèves ainsi que ses propres enfants: son médecin a été interpellé.

La tuberculino-réaction est donc indispensable pour pouvoir affirmer sans erreur que l'enfant n'est pas contaminé.

Un commissaire demande si la radio-photo pourrait être négative si un autre organe était lésé par le bacille tuberculeux.

Un médecin confirme que la tuberculino-réaction est suffisante à elle seule pour détecter le bacille tuberculeux. Par exemple, en cas de tuberculose rénale, la tuberculino-réaction sera positive sans qu'il y ait nécessairement des lésions aux poumons.

Un commissaire estime donc que l'intradermo est plus favorable.

Le délégué d'un mouvement consulté s'est donc posé des questions. Il s'est notamment interrogé pour savoir si les tests étaient vraiment mesurés par rapport aux besoins de la population. Il est arrivé aux conclusions suivantes: il convient de permettre à ceux qui préfèrent d'autres tests d'avoir le droit à cette alternative; l'intradermo ne doit plus être obligatoire. Enfin, il faudrait individualiser l'application du test. Il émet le vœu que la politique de la Communauté promeuve positivement la santé plutôt que de consacrer la majorité du budget à des actes techniques médicaux défensifs.

Un autre délégué de mouvement déclare que des affirmations péremptoires et fausses ont jeté le discrédit sur les méthodes alternatives. Il n'existe pas de risque de confusion entre le vaccin et les tests. De nombreux enseignants et enfants recourent à la radiographie, fournissent un certificat médical, consentent à subir le test sans oser manifester leur opposition ou se laissent purement et simplement oublier. En outre, la représentativité des médecines alternatives n'est pas le fait d'un très petit nombre de

personnes contrairement à ce que l'on veut faire croire.

L'intervenant se déclare inquiet devant la méconnaissance des codes éthiques internationaux en matière médicale. Le sujet doit être consentant, son droit à la vie privée et à l'intégrité doit être respecté. Or tout dépistage a un caractère expérimental qui met en cause ces principes éthiques.

Un médecin fait observer que la gravité de la tuberculose justifie la nécessité d'une prophylaxie. La France et l'Allemagne pratiquent une vaccination obligatoire par le BCG. La Belgique utilise le test à la tuberculine car ce test quantifiable peut donner des résultats. Tout le monde n'est cependant pas d'accord sur son innocuité, à commencer par Koch lui-même qui l'a mis au point.

Les homéopathes ont mis au point une pathogénésie qui a montré que les tuberculines ont des effets différents, toujours nocifs, selon les procédés de préparation. L'inconvénient du système c'est qu'il s'agit d'un test obligatoire auquel peu de personnes peuvent se dérober et que les dégradations typologiques ne sont pas prises en considération comme motif d'exemption.

Les homéopathes ont constaté que si la tuberculine de Koch a toujours des réactions désastreuses, peu de personnes réagissent aux tuberculines déconcentrées. Ce facteur n'est pas négligeable. Il existe de nombreux autres tests capables de donner des résultats positifs. Ces tests ont recours à la biologie et permettent de constater la dégradation d'un état. Ils servent pour les affections courantes et pour la détection du cancer et peuvent aussi se faire le reflet de l'amélioration d'un état de santé.

Un commissaire constate que le médecin reproche au test à la tuberculine son manque de spécificité. N'en va-t-il pas de même pour les tests alternatifs?

Le médecin précise que le test à la tuberculine est évidemment plus spécifique à la tuberculose que les tests alternatifs. Il ne s'est d'ailleurs pas opposé à ce test. Pour lui, il faut respecter le choix de ces gens qui désirent se faire soigner autrement. Une charge de tuberculine imposée à une personne qui est soignée par de la tuberculine diluée dynamisée va à l'encontre de sa thérapeutique. Des cas pareils doivent justifier une exemption définitive de la tuberculino-réaction.

Un commissaire demande au médecin s'il connaît des cas précis de refus par l'inspection médicale scolaire d'un certificat d'exemption dans le cas d'une personne soignée à la tuberculine diluée.

Le médecin répond que les parents n'ont pas cédé à la pression et ont suivi le certificat qu'il avait dispensé.

Un des délégués de mouvements estime qu'à partir du moment où l'on admet que la tuberculine n'est pas spécifique, il faut admettre que l'on puisse recourir à d'autres tests. C'est en tout cas le vœu des consommateurs.

Le délégué d'un autre mouvement souligne qu'un examen clinique fait par un médecin généraliste est tout à fait capable de déceler la tuberculose et le plus grand nombre de cas a été décelé de cette façon.

Un commissaire demande si les médecins rencontrent en pédiatrie des cas où d'autres moyens de dépistage ont été utilisés.

La réponse est négative, il y a différentes méthodes, l'intradermo, la cutiréaction, etc. mais le test à la tuberculine reste le seul valable. On l'utilise pour le dépistage. Il faut des critères stricts, mais cela ne suffit pas: dans les cas positifs, il faut rechercher le bacille et en identifier les lésions évolutives pour démontrer qu'il y a vraiment tuberculose.

* * *

VIII. La position de parents et d'enseignants

La commission s'est attachée à vérifier si le souhait des parents avait ou non été pris en considération.

La déléguée d'une fédération de parents précise que certains parents n'ont pas été informés en temps voulu. Dans une même école, deux certificats introduits n'ont pas été respectés. Des documents sont produits à ce propos. Il est possible que les personnes chargées d'appliquer les cutis n'ont pas reçu instruction d'écouter les avis différents.

Un commissaire remarque que les écoles souhaitent que tous les élèves soient alignés sur le même modèle sans considération pour les cas particuliers.

Un commissaire s'informe des cas dommageables. Apparemment, il n'y en a pas.

Le représentant du ministre fait état de six plaintes concernant les délais laissés aux parents pour introduire des certificats. L'enquête est en cours. Les établissements en cause se verront rappeler le texte du décret et surtout la circulaire d'application concernant précisément ces délais.

Le président demande si les plaintes des parents concernent aussi la liberté de choix des tests.

Le représentant du ministre répond que les parents ont le libre choix de l'équipe aux termes du décret. L'équipe d'IMS choisie peut donc être récusée.

Lorsque le médecin traitant dépose un certificat médical dispensant temporairement l'élève de la visite médicale, le médecin chef de l'équipe choisie par l'école peut passer outre, après concertation avec le médecin traitant.

Le représentant du ministre fait observer que le décret de 1982 ne prévoit pas de poursuites. La loi du 21 mars 1964 bien (obligation de soumettre l'enfant à l'inspection clinique, dont le test à la tuberculine n'est qu'un des aspects).

Une organisation de parents met l'accent sur la qualité que doit revêtir l'application des tests. Elle estime que les parents d'élèves sont responsables dans le domaine médical, comme dans tous les autres domaines de la vie et de l'éducation de leurs enfants. Il faut les prévenir, en temps voulu de l'exécution du test de façon qu'ils aient l'occasion de consulter leur médecin traitant et qu'aucune pression ne soit exercée sur les enfants. Elle insiste sur un respect total du certificat médical produit par les familles. Elle demande que sur avis du médecin de famille, la liberté de choix du test soit acquise aux parents. Elle pense qu'une liberté doit être réservée aux parents pourvu que leur soient acquis les conseils du médecin de famille (y compris la pratique du test par le médecin de famille). Le problème des élèves doubleurs ne devrait pas être négligé.

Le décret du 1^{er} juillet 1982 prévoit que le médecin doit différer l'intradermo ou la cuti lorsque les parents présentent un certificat médical motivé.

La déléguée d'une autre association de parents signale qu'elle est favorable aux mesures de prévention des maladies contagieuses pour autant qu'elles répondent aux critères d'innocuité et d'efficacité.

La question de l'innocuité de l'intradermo-réaction est pour les parents une question non résolue sur base des différents arguments cités antérieurement d'un côté comme de l'autre.

Elle a noté des protestations assez rares contre le fait que le médecin du Centre de santé soit passé outre à une demande d'exemption attestée par un certificat médical. Elle demande de mettre fin au pouvoir discrétionnaire de l'IMS en cette matière. L'innocuité du test est mise en question. L'organisation demande le libre choix de la méthode par les parents en accord avec le médecin traitant et l'exemption du test pour les années suivantes en ce qui concerne les sujets déclarés positifs et immunisés.

Les deux organisations de parents notent que si la limitation d'examen systématique a été adoptée après les travaux de la commission, la proposition permettant à l'IMS de modifier la fréquence en procédant à des examens sélectifs là où un risque accru se manifeste n'a pas été retenue, ce qui théoriquement laisse planer un risque de résurgence de la maladie.

L'association formule une proposition de procédure en ce qui concerne la concertation. Différentes formules sont possibles :

- 1° Recours à un troisième médecin;
- 2° Décision laissée aux parents;
- 3° Recours à l'utilisation d'un autre test.

Elle observe que depuis la parution du dernier décret plus de cas de non-respect ne lui a été signalé. Par contre, le délai d'avertissement de quinze jours n'est toujours pas respecté et si l'enfant a été malade au moment où l'on prévient, les parents ne sont informés qu'après que l'examen ait été passé.

Elle ne peut déterminer si les retards sont imputables aux directions d'écoles ou aux centres de santé. Elle propose pour le respect du délai, la signature par les parents d'une sorte d'accusé de réception.

Un commissaire médecin a reçu des lettres de réclamations parfaitement justifiées de la part des parents pendant six ans. Les médecins de l'inspection médicale scolaire sautent le délai pour des raisons d'ordre pratique. Il faut responsabiliser le personnel sanitaire au niveau des écoles, prévoir une inspection plus rigoureuse et plus de souplesse dans le règlement.

Si une alternative homéopathique était reconnue efficace, l'association de parents serait partisane d'une médecine personnalisée, du respect du choix des parents et du respect de leur responsabilité.

Le délégué du ministre rappelle que sur la circulaire envoyée aux parents le choix est proposé entre l'acceptation de l'équipe médicale ou sa récusation. Les parents ont le droit de s'adresser à une autre équipe.

Le cas de la province de Liège est longuement évoqué compte tenu de la propagande intensive en faveur du test faite par les autorités médicales.

Avant le décret de 1982, au cours de la scolarité 50 000 à 55 000 «cutis» étaient faites chaque année à la demande des Centres de médecine scolaire de la province de Liège. Pendant l'année 1982-1983, les enseignants et les écologistes ont incité les parents à refuser la «cuti» lorsqu'elle n'était pas obligatoire.

20 000 «cutis» seulement ont été réalisées cette année-là.

En 1983-1984, tous les parents ont été informés personnellement par lettre. Lorsque la «cuti» était obligatoire — en vertu du décret de 1982 — ils en ont été prévenus. Lorsque la «cuti» n'était pas obligatoire, ils ont été informés, par lettre du médecin scolaire, des risques que courait leur enfant, d'être infecté par le bacille tuberculeux.

Il était précisé que les contre-indications étaient rares (eczéma ou furoncles sur la peau de l'avant-bras, par exemple).

Le nombre des cutis pratiquées est alors remonté à 40 000 en 1983-1984.

Les autorités médicales provinciales estiment que le décret de 1982, n'oblige pas les centres de médecine scolaire, à informer les parents. Ils sont censés connaître la loi! Mais la population doit être traitée «en adulte» et c'est pour cela qu'ils l'informent.

La tuberculose est sans doute moins fréquente, actuellement mais elle ne disparaît pas!

Les conditions socio-économiques actuelles ne sont pas particulièrement favorables! Les chômeurs qui échappent à tout examen médical des services de médecine du travail. Les assistés sociaux ont recours au médecin le plus tard possible. Les immigrés vivent dans des conditions précaires.

Un commissaire demande si le médecin qui poussait les parents à faire pratiquer ces tests chez leurs enfants a subi une sanction. Un enseignant de la province du Hainaut qui avait simplement, dans une circulaire, rappelé les termes du décret s'en est vu interdire la diffusion.

Il ne partage pas le sentiment du médecin à propos de l'adhésion massive des parents au test à la tuberculine. Les parents adhèrent à ce principe parce qu'ils sont impressionnés par la qualité du médecin. Il voudrait savoir, alors que la Communauté française a décidé de limiter à quatre tests les obligations scolaires, si les tests annuels de la province de Liège sont obligatoires. Y a-t-il une liberté parentale de les refuser?

Le médecin répond que les enfants pour lesquels la cuti n'est pas obligatoire selon le décret de 1982 ne sont pas obligés de se soumettre à la cuti-réaction.

Un commissaire signale que les lettres de la province insistent sur le fait qu'une véritable prophylaxie est impossible à réaliser si la totalité des élèves et des parents ne demandent pas chaque année que soit réalisée une réaction à la tuberculine. Il s'agit d'une pression morale qui revient à rendre le décret nul.

Le médecin répond que la prophylaxie est une responsabilité de médecin scolaire lorsqu'il y a dissémination d'une maladie dans une classe ou une école au départ d'un élève ou d'un membre du personnel scolaire.

Un représentant de mouvement signale que de nombreux membres refusent désormais le test pour leur enfant. Début 1983, des médecins membres du mouvement ont fait connaître par lettre leur avis dénonçant le peu de valeur et le danger de ces tests. Il fait état de témoignages :

— un enseignant de 31 ans qui, après deux années consécutives de réaction positive a présenté la troisième année une réaction négative. Cela confirme la faille;

— une mère de deux fillettes qui a constaté un état maladif chez ses enfants au lendemain des tests. Depuis le décret, elle a refusé de les soumettre à nouveau à la cuti;

— une fillette de huit ans soignée pour rhino-pharyngite après un traitement homéopathique d'un an a montré une nette amélioration. Cependant, au lendemain de la cuti, elle a de nouveau présenté un état fiévreux et des rhino-pharyngites durant 5 mois. Depuis lors, elle est dispensée de tout nouveau test à l'appui de certificat médical.

Un représentant d'une autre association de parents désire un dépistage libre, sain et efficace. La responsabilité du médecin scolaire est totale sur l'enfant; elle ne tient pas compte de la responsabilité des parents et du médecin de famille. Les services de l'inspection médicale scolaire veulent habituellement pratiquer un maximum de tests contrairement à la volonté des parents. Les certificats médicaux d'exemption font l'objet de critiques acerbes et de tracasseries. Quant aux parents et aux enseignants qui refusent le test, ils font l'objet de menaces telles que éviction scolaire, mesures disciplinaires, perte d'emploi ou retenue pécuniaire.

Un représentant d'un autre mouvement de santé estime que les parents ont peur de déposer plainte, ne fût-ce qu'auprès de la direction de l'école. L'association réclame la liberté, non pour le père de famille qui n'est pas compétent, mais pour le médecin traitant.

La commission entend alors des parents et des enseignants s'exprimant à titre personnel. L'un parle, en tant que père d'un garçon de 15 ans et d'une fille de 12 ans. Les controverses sur l'innocuité de la cuti le laissent perplexe. Il y a forcément une des théories qui a raison et, en tout état de cause il ne veut pas prendre de risques pour ses enfants. Il n'est pas adversaire du dépistage, mais de la manière dont il est pratiqué. En 1981, son fils subit une cuti-réaction alors que c'était contre-indiqué pour sa

santé. Une note signalant la cuti pour le lundi a été mise dans le journal de classe du vendredi soir. Son fils ayant oublié son journal de classe, il annonce, le lundi soir, qu'il a subi une cuti. Le père envoie une lettre au directeur du collège. Il lui est répondu que l'école n'a pas eu le temps de prévenir les parents et que, de toute façon, lorsque l'école prévient, les parents en profitent pour garder leurs enfants à la maison. En 1983, le document annonçant la cuti est envoyé avec retard. Suite à une lettre envoyée au chef d'établissement, la cuti n'est pas faite mais le père reçoit une circulaire du centre de santé lui notifiant que, sans certificat médical, la cuti sera faite d'office dans les trente jours. Il répond en proposant un test biologique. Il a constaté en effet, en 1981, que la cuti avait provoqué chez son fils une recrudescence d'allergies dont l'enfant souffrait plus petit. Ces allergies avaient disparu après abandon de tout médicament pour réapparaître, comme par hasard, en 1981 après la cuti. Le directeur du centre de santé a répondu qu'il n'y avait pas de cause à effet, mais il n'a pas examiné l'enfant avant de rendre ce jugement. Le père est partisan d'un test biologique. Le directeur du centre de santé a répondu qu'il ne connaissait pas de test biologique qui soit totalement efficace.

Le rapporteur demande à ce propos l'avis du délégué du ministre.

Le délégué du ministre répond que tous les tests pratiqués sont liés à la tuberculine.

Le père signale qu'il n'a pas persévéré dans la voie et qu'il n'a pas approfondi la question des tests biologiques puisque le centre de santé n'a pas accepté sa proposition.

Le représentant du ministre signale qu'au niveau de la terminologie, la tuberculine constitue également un test biologique.

Le rapporteur constate que le certificat médical est une obligation du décret. Il voudrait savoir si le père en a déposé un.

Le père ne l'a pas fait, son médecin ne lui en ayant pas délivré mais approuvant sa façon d'agir.

Le rapporteur demande s'il y a eu des suites. Il n'y en a pas eu mais son fils a subi une radio quelques mois plus tard à l'école.

Un instituteur a constaté qu'après une cuti-réaction, des enfants tombent régulièrement en syncope. Le premier accident survenu dans son école a eu lieu en 1976, en l'absence de tout médecin. En 1979, il apprend que de nombreuses personnes réagissent contre les cutis systématiques. Il se documente et se rend compte que si un dépistage est indispensable, les méthodes utilisées sont parfaitement douteuses. Non seulement personne n'est convaincu de l'inno-

cuité des tests appliqués, mais encore leur efficacité est relative. Le 3 janvier 1980, une de ses collègues a reçu une lettre d'un professeur de l'UCL signalant qu'il convenait d'utiliser cette méthode de dépistage avec précaution et discernement et d'en exempter les enfants allergiques. Il estimait également que cette méthode devait être mise en balance avec d'autres techniques. L'année suivante une seconde lettre préconisait un dépistage tous les deux ou trois ans en variant les techniques employées.

L'instituteur a eu connaissance d'une lettre d'un membre d'une fédération de parents allant dans le même sens. Mais en raison de ses fonctions, l'auteur ne pouvait prendre parti officiellement.

En conclusion, l'enseignant estime qu'il est contraire à la Convention des droits de l'homme d'imposer une médecine dont l'innocuité n'est pas démontrée. Surtout si, en l'occurrence, il existe d'autres moyens. Il faut savoir aussi que l'annonce des tests est faite tout banalement par une note dans le journal de classe, 14 jours avant la séance prévue. Il souhaite, si le dépistage n'est pas suspendu, que chacun soit libre du choix de la méthode à suivre.

Le rapporteur fait remarquer que l'intervenant a fait allusion à d'autres méthodes de dépistage et aimerait savoir s'il a des suggestions à présenter à ce propos.

L'intervenant estime qu'il convient de laisser au médecin de famille le soin de juger de la méthode la plus adéquate.

* * *

IX. Le suivi

C'est un des plus importants problèmes. Les réponses données sont loin d'être rassurantes.

Lorsque l'inspection médicale scolaire signale un virage, en général aucune suite n'est donnée par le médecin traitant ou par la famille et l'origine des contaminations n'est pas toujours recherchée. L'idéal serait d'opérer un traitement par chimio-prophylaxie consistant en une protection pendant six mois ou un an lorsqu'il y a un virage. C'est obligatoire aux Pays-Bas. Cela permet de diminuer de 50 à 60 p.c. les risques de complication dans les deux ans.

Or 75 p.c. des virages ne sont pas suivis, soit de chimio-prophylaxie, soit de recherche de la source de contamination.

Un commissaire se demande s'il n'y a pas lieu de compléter l'action en milieu scolaire par une action directe dans le milieu du quart

monde caractérisé par l'absence de scolarité. Une action est poursuivie dans ce domaine mais se heurte à l'absence de suivi par les familles.

Un commissaire remarque que le test à la tuberculine a pour objet de dépister les foyers. Il faut donc d'autres recherches. Cela se fait-il et comment ?

Un médecin répond qu'il y a à Bruxelles, par exemple, un dispensaire où, quand on détecte un enfant atteint de primo-infection, toute la famille est convoquée. Si cela pose des problèmes, le service social est envoyé à domicile. Information est donnée à l'administration de l'hygiène. C'est une obligation professionnelle prioritaire de retrouver la source de contamination.

Il semble cependant que l'agent contaminateur ne soit retrouvé que dans un tiers à un cinquième des cas.

Un commissaire est frappé à ce propos par le fait que dans les exemples cités, la contamination émane le plus généralement d'un adulte.

* * *

X. Suppression du test

Le test est supprimé depuis dix ans aux Pays-Bas.

Différents intervenants estiment que c'est la conséquence d'une attitude plus disciplinée des médecins et des malades et d'une politique de dépistage plus rigoureuse. Si un virage est constaté, le traitement par chimio-prophylaxie est obligatoirement institué. La maladie est considérée éradiquée aux Pays-Bas.

Un commissaire remarque que dans toute l'Europe occidentale, la Communauté française est seule à pratiquer régulièrement le test à la tuberculine.

Pourquoi ? La situation est-elle plus dramatique ?

Il est répondu que le test est utilisé dans d'autres pays d'Europe. Le problème pour la Communauté française est aussi de savoir s'il faut conserver le caractère obligatoire du test.

Il n'y aurait pas pour le moment une désescalade suffisamment rapide. Il serait donc important de maintenir une surveillance de l'endémie pour un certain nombre de tests portant sur un échantillon de la population scolaire.

* * *

Conclusions

Après cette impressionnante série d'auditions, les membres de la commission ont examiné quelles conclusions pouvaient être suggérées pour faire progresser le débat.

Malgré la difficulté résultant d'une recherche d'objectivité dans les propos tenus par des personnes certainement compétentes mais souvent aussi emportées par leurs passions différentes, votre commission a réussi à se mettre d'accord sur une série de conclusions qui, sans pouvoir être par chacun considérées parfaites, ont au moins le mérite d'avoir rapproché des points de vue qui étaient fortement opposés au début de l'enquête.

Ces propositions tendent d'abord à éviter la répétition rapide pour des raisons uniquement administratives d'un test déjà subi (élèves doubles ou changeant d'école).

Elles aménagent ensuite la procédure en cas de divergence de vue entre le médecin scolaire et le médecin de famille.

La responsabilité du choix est alors confiée au médecin de famille mais il doit certifier que l'enfant ne met pas en danger la santé d'autrui.

La technique d'avertissement des parents est enfin rendue plus sûre par la création d'un accusé de réception et le délai d'avertissement est fixé avec précision.

Ces suggestions ont rencontré l'accord unanime de la commission.

Son président a été chargé de prendre contact avec les membres des formations politiques non représentées à cette séance de conclusions pour envisager de renforcer encore l'unanimité obtenue et la traduire alors en proposition de décret.

Le rapport a été approuvé à l'unanimité des huit membres présents en application de l'article 17, § 1 du règlement du Conseil.

Les modifications de texte proposées sont les suivantes: (voir tableau en annexe).

Le Rapporteur,
J. LEPAFFE.

Le Président,
R. GONDRY.

ANNEXE

1. Décret du 1^{er} juillet 1982
modifiant le décret du 24 juin 1981
relatif à l'épreuve de sensibilité
cutanée à la tuberculine.

Article 1^{er}

L'article 5, § 1^{er}, 2^o, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 12 octobre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire, modifié par le décret du 24 juin 1981 relatif à l'épreuve de sensibilité cutanée à la tuberculine, est remplacé pour la Communauté française par la disposition suivante :

« A. Sur les élèves.

Une épreuve de sensibilité cutanée à la tuberculine est pratiquée au cours de chacune des années suivantes :

1^o première année de l'enseignement primaire;

2^o première année de l'enseignement secondaire inférieur;

3^o dernière année de l'enseignement secondaire inférieur;

4^o dernière année de l'enseignement secondaire supérieur.

L'épreuve est obligatoire. Toutefois, le médecin-chef de l'équipe d'inspection médicale scolaire peut la différer, s'il l'estime opportun ou lorsqu'il a reçu un certificat attestant une contre-indication momentanée. Ce certificat doit être motivé, daté et signé par un médecin; il doit mentionner la durée pendant laquelle *l'épreuve est contre-indiquée.*

Le médecin-chef de l'équipe de l'inspection médicale scolaire ne peut passer outre au certificat qu'après s'être concerté avec l'auteur de celui-ci, conformément à la déontologie médicale.

L'épreuve est pratiquée par injection intradermique ou par toute méthode autre que celle qui utilise un timbre imbibé de tuberculine ou qui consiste en une imprégnation transcutanée de pommade à la tuberculine.

MODIFICATIONS DE TEXTE

1. Décret du 1^{er} juillet 1982
modifiant le décret du 24 juin 1981
relatif à l'épreuve de sensibilité
cutanée à la tuberculine.

Article 1^{er}

Après « *L'épreuve est obligatoire* », ajouter :

« Sauf en ce qui concerne les élèves qui recommencent leur année scolaire ou qui changent d'école alors qu'ils ont déjà subi l'épreuve à l'école d'où ils viennent ».

Après ... « *L'épreuve est contre-indiquée* », remplacer le texte par :

« le médecin-chef de l'équipe de l'inspection médicale scolaire se consulte avec l'auteur du certificat, conformément à la déontologie médicale. S'il n'arrive pas à se mettre d'accord sur la nécessité de l'épreuve ou sur son remplacement par une autre technique appropriée, la décision de ne pas faire subir d'épreuve à l'enfant est laissée à la responsabilité du médecin traitant et aux parents. Le médecin traitant certifie dans ce cas que l'enfant ne met pas en danger la santé d'autrui. »

2. Loi du 21 mars 1964

Article 5

Le pouvoir organisateur de l'établissement scolaire est tenu de *faire connaître* aux parents ou tuteurs des élèves mineurs et aux élèves majeurs, lors de l'inscription, ainsi qu'aux membres du personnel lors de leur engagement, la ou les équipes d'inspection médicale scolaire à laquelle ou auxquelles il entend confier l'inspection médicale *de son établissement*.

Il en avise également le fonctionnaire désigné en vertu de l'article 10.

Article 15

Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement :

5° les personnes qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'article 5, *quatrième alinéa* ou à celles de l'article 6;

3. Arrêté royal du 12 décembre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire modifié par les arrêtés royaux du 22 août 1968, 23 octobre 1969, 11 juillet 1972, 11 décembre 1972, 22 mars 1973, 3 juillet 1974, 10 décembre 1974 et 31 janvier 1977.

Article 5, 4°

Les parents ou le tuteur des élèves mineurs, les élèves majeurs et les membres du personnel sont informés *en temps utile* de la nature, du jour, de l'heure et du lieu des examens.

2. Loi du 21 mars 1964

L'article 5 de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale est modifié comme suit :

Ajouter après « *faire connaître* » les termes suivants « dans une langue vulgarisée et aussi compréhensible que possible ».

Ajouter après « *de son établissement* » :

« Les parents signent pour accusé réception, datent et restituent le document qui leur a été notifié ».

Article 15

5° Les termes « *quatrième alinéa* » sont supprimés.

3. Arrêté royal du 12 décembre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire modifié par les arrêtés royaux du 22 août 1968, 23 octobre 1969, 11 juillet 1972, 11 décembre 1972, 22 mars 1973, 3 juillet 1974, 10 décembre 1974 et 31 janvier 1977.

Article 5, 4°

Remplacer les mots « *en temps utile* » par « quinze jours au moins à l'avance ».