



Wallonie

Couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois

Le maintien d'une bonne couverture vaccinale constitue un enjeu primordial de la santé publique. Il s'agit, non seulement, de protéger chaque enfant mais également d'assurer une protection de groupe permettant le contrôle et éventuellement l'élimination de maladies infectieuses.

En l'absence de tout registre de vaccination à l'échelle de la population, l'évaluation périodique des couvertures vaccinales permet au fil du temps de suivre l'évolution de celles-ci et d'identifier toute variation pouvant avoir un impact sur l'incidence des maladies évitables par la vaccination.

Les résultats de la 6^{ème} enquête de couverture vaccinale réalisée en 2003 auprès des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française, Bruxelles excepté, sont présentés ci-dessous.

■ Calendrier vaccinal : évolutions entre 1999 et 2002

Depuis la dernière enquête de 1999 en Communauté française, le calendrier vaccinal des nourrissons a connu une évolution importante en Communauté française.

En 2001 :

- le passage du vaccin antipoliomyélitique oral vivant atténué (OPV) au vaccin antipoliomyélitique injectable inactivé renforcé (IPV);
- le passage du vaccin anticoquelucheux à cellules entières au vaccin

Sommaire Sommaire

- Wallonie p. 1 - 4 ► *Couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois*
- Rougeole p. 4 - 5 ► *Epidémie à Bruxelles en 2004*
- Adultes p. 6 - 7 ► *Vaccination contre le pneumocoque*
- Grippe p. 7 - 8 ► *Une table ronde sur l'approche de la grippe en Belgique.*

anticoquelucheux acellulaire (Pa);

- l'abaissement de l'âge du début de la vaccination à 2 mois;
- le recours aux vaccins combinés DTPa-IPV + Hib qui permettent d'éviter l'inflation du nombre d'injections à faire à l'enfant.

En 2002

- l'entrée du vaccin contre le méningocoque C (MénC) dans le calendrier vaccinal.

■ Objectifs

Le principal objectif de l'enquête de couverture vaccinale est de déterminer la couverture obtenue en 2003 pour chacune des doses de vaccins recommandés dans le calendrier vaccinal, ainsi que le respect de l'âge d'administration de ces doses pour les enfants âgés de 18 à 24 mois.

Parmi les objectifs secondaires, on retiendra le recueil de données concernant les difficultés et les craintes des parents par rapport à l'acte vaccinal ainsi que l'établissement des raisons de non-vaccination des enfants et ce, plus particulièrement, pour les vaccins contre l'hépatite B, le méningocoque C et le vaccin trivalent contre la rubéole, la rougeole et les oreillons.

■ Méthodologie

L'enquête est basée sur un échantillonnage en grappes avec probabilité proportionnelle à la taille. La localisation des grappes s'est faite à partir d'une base de sondage constituée par une liste cumulée des habitants de la région wallonne. Après avoir identifié par tirage aléatoire les communes dans lesquelles l'enquête devra avoir lieu, la liste des enfants âgés de 18 à 24 mois, inscrits au registre de population de chaque commune tirée est obtenue en accord avec le collège échevinal.

Au total, l'enquête s'est déroulée dans 50 communes. La taille initiale de l'échantillon est de 935 enfants.

Les enquêtes sont réalisées au domicile de l'enfant et les informations vaccinales, recueillies à partir du carnet de l'enfant ou d'une carte de vaccination.

■ Résultats

1.1 Evolution des couvertures vaccinales entre 1999 et 2003

En 4 ans, la plupart des couvertures vaccinales ont augmenté. La pro-

Tableau 1. Evolution des couvertures vaccinales entre 1999 et 2003 en Communauté française (Bruxelles excepté) pour les enfants de 18 à 24 mois

	1999 n= 835			2003 n= 767			différence	p value
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%		
Polio Complet*	799	95,8	94,3-97,2	751	92,3	(90,2-94,4)	- 3,5	< 0,005
DTP 4 doses	708	84,8	87,2-82,4	711	92,7	(90,6-94,8)	+ 7,9	<0,0001
Hib 4 doses	714	85,5	83,1-87,9	670	87,4	(85,2-89,7)	+ 1,9	NS
VHB 3 doses	419	50,2	46,8-53,6	497	64,8	(60,2-69,3)	+ 14,6	<0,0001
RRO	688	82,4	79,8-85,0	633	82,5	(79,7-85,4)	+ 0,1	NS
Méningocoque C	ND			625	81,5	(78,7-84,2)		

(n = représente les enfants pour lesquels un document vaccinal a été consulté.)

ND = vaccin non disponible

*La vaccination complète contre la polio en 1999 était constituée de 3 doses de vaccin antipoliomyélitique oral, par contre en 2001 et les années suivantes de 4 doses de vaccin injectable.

gression la plus remarquable est celle du VHB qui a augmenté de près de 15%. Le DTP a, quant à lui, augmenté de près de 8%. Par contre, la vaccination complète contre la polio enregistre une diminution de couverture de plus de 3%. Le Hib et le RRO n'enregistrent aucune différence statistique. Le vaccin contre le méningocoque C, vaccin introduit en 2002 dans le schéma vaccinal, atteint d'emblée une couverture identique à celle du vaccin RRO.

1.2 Evolution des couvertures de Hib entre 1999 et 2003

A présent que le vaccin Hib est inclus dans le calendrier vaccinal et proposé gratuitement dans le circuit de distribution de la Communauté française, le schéma vaccinal est de 4 doses.

Cependant, le schéma vaccinal Hib varie en fonction de l'âge auquel l'enfant reçoit la première dose : il comprend 3 doses + 1 dose après 12

mois lorsque l'âge au début de la vaccination est < à 6 mois ; il comprend 2 doses + 1 dose après 12 mois lorsque l'âge au début de la vaccination est entre 6 et 12 mois ; il ne comprend qu'une seule dose lorsque l'enfant se fait vacciner après l'âge de 12 mois. Une évolution favorable de la qualité du schéma de couverture est enregistrée entre 1999 et 2003.

A l'introduction de la vaccination Hib, ce vaccin étant onéreux et non remboursé, il y avait une tendance à retarder la 1ère administration pour en limiter le nombre de doses nécessaires. En 1999, les enfants vaccinés par une seule dose après 12 mois contribuaient pour 29,1 % à la couverture totale. En 2003, quand l'enfant est vacciné, il a presque toujours reçu 4 doses. Ce schéma contribue pour 81,9 % à la couverture totale.

1.3 Respect du calendrier vaccinal

Un aspect important de la vaccination

est le respect des âges auxquels les vaccinations sont recommandées. Cet aspect influence l'efficacité de la vaccination.

Les premières doses de vaccin tétravalent et du vaccin Hib sont administrées dans 87 à 89% à l'âge recommandé de 2 mois. Par contre les deux premières doses de vaccin contre l'hépatite B sont administrées fort tard par rapport au schéma. Ce retard est en grande partie attribuable au manque chronique de vaccins enregistré en 2001-2002. Pour la vaccination RRO, plus de la moitié des enfants vaccinés ne respectent pas le schéma recommandé et reçoivent leur vaccin après l'âge de 16 mois.

1.4 Opinions des parents concernant la vaccination

1.4.1 Nécessité de faire vacciner l'enfant contre l'hépatite B selon les parents
74,5 % des parents pensent qu'il est nécessaire de faire vacciner les nourrissons contre l'hépatite B en Belgique.

Parmi les parents qui trouvent qu'il n'est pas nécessaire de les faire vacciner (10,1%) ou alors qui ont un avis mitigé sur la question (6,9%), 35,9 % mentionnent une raison qui est liée au "peu" de risque de contracter la maladie. Le manque d'information est cité par 31,1% des parents alors que 20,3% des parents mentionnent le

Tableau 2 : Evolution des couvertures de Hib entre 1999 et 2003

	1999		2003	
	n	%	n	%
Hib 1 à < 6 mois				
3 doses + 1 dose après 12 mois	465	55,7	628	81,9
Hib 1 entre 6-12 mois				
2 doses + 1 dose après 12 mois	6	0,7	19	2,5
Hib 1 à > 12 mois				
1 seule dose	243	29,1	8	1,0
Total	714	85,5	655	85,4

Tableau 3. Raisons de non-vaccination ou vaccination incomplète contre l'hépatite B

	n	% de réponses (n = 167)
Pas assez d'information sur le vaccin	52	31,1
Pas de risque à cet âge	45	26,9
Risque d'effets secondaires	34	20,3
Préfère attendre l'adolescence	21	12,6
Transmission très (trop) rare	13	7,8
Pas de risque en Belgique	2	1,2
Total	167	100,0

risque d'effets secondaires (voir tableau 3).

1.4.2 Vaccination contre les maladies "non graves" selon les parents

10.8 % (82) des parents pensent que l'on vaccine les enfants contre des maladies qui ne sont pas graves. Dans ce cas, les parents en général citent plusieurs vaccins. La rougeole est la maladie la plus souvent citée, viennent ensuite la rubéole et les oreillons. Ce qui fait en moyenne 2.9 vaccins cités par les parents.

Tableau 4. Selon les parents, maladies "non graves" contre lesquelles on vaccine

Maladies	n	%
Rougeole	76	31,7
Rubéole	54	22,5
Oreillons	53	22,1
Hépatite B	19	7,9
Méningocoque C	8	3,3
Polio	8	3,3
Coqueluche	6	2,5
Haemophilus	7	2,8
Diphthérie	5	2,1
Tétanos	4	1,7
Total	240	100,0

Ce sont les trois maladies contre lesquelles le vaccin trivalent RRO protège qui sont le plus incriminées. Ensemble, ces maladies sont citées dans 76.3% des cas. Presque 8% des parents pensent spontanément à citer l'hépatite B. Par ailleurs, plus de 10 % répondent qu'il n'est pas nécessaire de faire vacciner son enfant contre cette maladie.

■ Discussion

D'après les résultats de notre enquête, nous pouvons conclure que les transitions vaccinales se sont relativement bien passées et ont permis une stabilisation vaccinale. La distribution du vaccin antioquelucheux acellulaire et sa faible réactogénéicité sont probablement responsables de l'augmentation de 8% de taux de couverture pour la 4ème dose de vaccin DTP.

Une augmentation de près de 15% est à noter pour la vaccination complète contre l'hépatite B.

Il est à déplorer une diminution significative de la couverture contre la polio de plus de 3% (c'est-à-dire de la dernière dose après 12 mois). En effet, de 95.8% en 1999, la couverture est passée à 92.5% en 2003. Cette diminution de 3% ne met pas la population de la Communauté française en "péril".

Si la couverture totale du Hib n'a guère progressé, la qualité de cette vaccination s'est considérablement améliorée car, à présent, tous les enfants vaccinés le sont dès la première année de vie. La protection vaccinale leur est conférée dès que possible, ce qui n'était pas le cas en 1999.

Le vaccin contre le méningocoque C, dernier vaccin rentré en 2002 dans le circuit vaccinal de la Communauté française, atteint une couverture de 81,5%. Ce succès remarquable est dû non seulement aux campagnes d'information, à la crainte des parents par rapport à la gravité des infections à méningocoque mais également à l'en-

gagement des vaccinateurs et au fonctionnement satisfaisant du circuit de distribution des vaccins.

Le vaccin contre le RRO n'a pas vu sa couverture vaccinale augmenter depuis 1999 puisqu'elle atteint toujours 83%. Ce résultat est médiocre. D'autant plus qu'aucun seuil critique d'immunité n'est atteint pour ces trois valences. Idéalement pour la rubéole, 85-87% de la population devrait être vaccinée. Etant donné la contagiosité et le petit nombre de sujets vaccinés qui n'acquiescent pas d'immunité contre la rougeole, la couverture à atteindre est élevée, soit 95%. Et enfin le taux idéal à atteindre pour les oreillons est de 90 à 92%.

Les difficultés ne sont cependant pas insurmontables puisque d'après la classification des raisons de non-vaccination contre le RRO, l'hépatite B ou le méningocoque C, une majorité d'obstacles sont surmontables (près de 79% pour RRO, 57% pour VHB et 71% pour MénC).

L'objectif du programme de maintenir les taux de refus de vaccination inférieur à 10% pour toutes les vaccinations est rencontré. En effet, les taux de refus pour l'hépatite B est de 7%, de 2,3% pour le méningocoque C et de 1,7% pour le RRO.

L'administration concomitante de vaccins est d'autant plus difficile à obtenir qu'elle nécessite 2 injections séparées. La résistance des vaccinateurs à l'administration simultanée de 2 injections reste importante. Elle engendre une augmentation du nombre de visites nécessaires pour vacciner complètement l'enfant. Alors que la vaccination contre l'hépatite B peut être réalisée simultanément à l'administration du vaccin DTPa-IPV, elle ne l'est que dans 16% des cas pour la première dose de vaccin VHB et dans 38% pour la troisième dose. Plus étonnant, alors que le Hib est prévu pour être administré dans la même injection que le vaccin tétravalent, on

constate qu'il n'y a que 93% de concordance entre les deux dates de premières doses de chacun de ces vaccins.

A partir de 2004, l'introduction du vaccin hexavalent (DTPa-VHB-IPV/Hib) en Communauté française réduira fortement ces " problèmes " de simultanéité.

■ Conclusion

Cette 6^{ème} enquête de couverture vaccinale des enfants âgés de 18 à 24 mois réalisée en Communauté française permet de mesurer l'évolution de la vaccination dans notre Communauté. Elle indique que le passage de l'OPV à l'IPV, conjointement au recours du vaccin combiné DTPa-IPV, a permis d'améliorer la protection contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. La diminution de la protection polio enregistrée n'est actuellement pas inquiétante mais elle nécessite une surveillance attentive.

L'amélioration des couvertures Hib et hépatite B ne permet pas d'atteindre les objectifs de 90% de couverture.

Le recours à l'avenir au vaccin hexavalent devrait permettre de se rapprocher de ces objectifs. Toutefois, il faudra être vigilant aux réticences persistantes par rapport à la vaccination contre l'hépatite B et aux conséquences qu'elles pourraient engendrer en cas de refus du vaccin hexavalent.

Le programme de vaccination doit également concentrer ses efforts sur le retard constant de la vaccination contre le RRO. Les objectifs d'élimination de la rougeole ne pourront être atteints sans une amélioration notable de cette couverture vaccinale. Le rattrapage de cette vaccination à l'entrée à l'école est impératif et l'abaissement de l'âge de la deuxième dose de 11 à 6 ans peut être envisagé. Une meilleure information des parents mais aussi des vaccinateurs s'impose.

La prévention vaccinale garde aux yeux des parents une importante valeur positive. Cependant, l'information des

parents sur le calendrier vaccinal et de chaque vaccination doit rester une préoccupation constante du programme.

*Dr Béatrice Swennen
Emmanuelle Robert*

Rougeole

Epidémie à Bruxelles en 2004

La rougeole, une des principales maladies évitables par la vaccination, provoque annuellement un million de décès sur la planète. Le Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé veut éliminer la rougeole de la région pour 2010 (1). L'élimination de la rougeole impliquera qu'il n'y aura plus de transmission du virus et qu'un cas (éventuellement importé) de rougeole n'entraînera pas de dispersion de l'infection. Pour atteindre ce résultat, une couverture vaccinale de minimum 95% du groupe cible, avec deux doses de vaccin, est nécessaire. En Belgique, la vaccination systématique contre la rougeole a débuté en 1985 avec un vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (vaccin RRO) administré à l'âge de 15 mois. Depuis 1994, l'administration en routine d'une deuxième dose du vaccin RRO est recommandée à l'âge de 10-12 ans.

Globalement, l'incidence de la rougeole est tombée de 998 pour 100.000 habitants en 1982 à 16 pour 100.000 en 1998 (2).

Avec une couverture vaccinale pour une dose RRO en dessous de 90%, aussi bien en Flandre (83,4% en 1999), en Wallonie (82,5% en 2003) qu'à Bruxelles (74,5% en 2000), la Belgique se trouve dans le premier stade du processus d'élimination (1). En raison de l'accumulation de groupes non protégés, des épidémies de rougeole continuent à survenir à des intervalles de moins de 5 ans.

■ Méthode

En Belgique, la déclaration de la rougeole n'est pas obligatoire, sauf pour les cas survenus en milieu scolaire qui doivent être communiqués, comme d'autres maladies infectieuses, aux Inspecteurs d'Hygiène des Communautés. Dans le contexte de l'objectif d'élimination de la rougeole, le Comité pour l'élimination de la rougeole en Belgique a mis en place en octobre 2002, en collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), un système de surveillance d'une série de maladies infectieuses. La surveillance repose sur les pédiatres pour le territoire belge et sur les médecins de famille pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

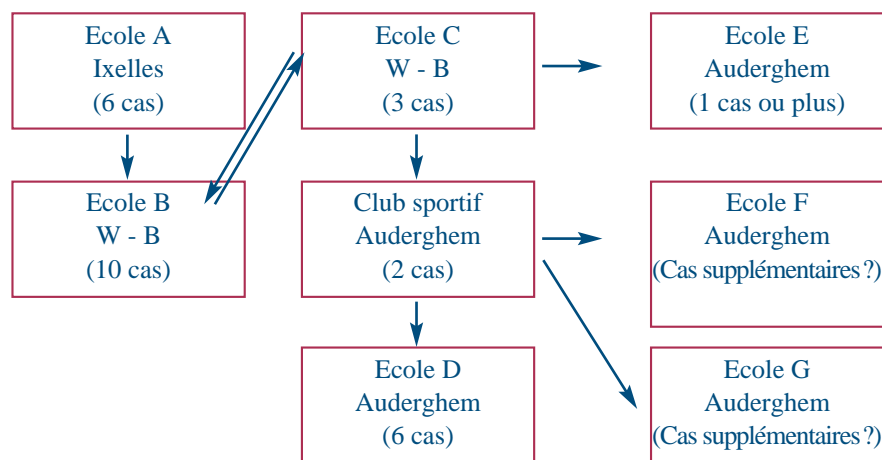
En mai 2004, une école d'Ixelles a communiqué quelques cas de rougeole à l'inspecteur d'Hygiène de la Communauté française. En collaboration avec l'ISP, le médecin traitant de chaque malade a été contacté pour la communication de données épidémiologiques.

■ Résultats

Le virus a probablement été importé du Maroc et a circulé dans différentes écoles et dans un club d'escalade bruxellois (figure 1). L'infection s'est répandue, dans différentes classes au sein d'une école et dans différentes écoles, essentiellement via les frères et sœurs. Seul le lien épidémiologique entre deux écoles de Watermael-Boitsfort n'a pas été entièrement élucidé.

Au total, 28 cas de rougeole ont été identifiés, 24 parmi des enfants et 4 chez des adultes (enseignants). L'âge variait de 2 à 31 ans; 78,6% des malades avaient entre 12 et 18 ans. Quatre cas (14,3%) étaient vaccinés contre la rougeole, dont un enseignant avec deux doses de RRO. Ceci ne remt pas en cause la vaccination car ce nombre est très faible par rapport au total des enfants vaccinés (voir questions/réponses dans Vax Info n° 24 page 8).

Figure 1. Transmission de l'infection entre les différentes institutions



Quatorze cas ont été déclarés par les écoles aux Inspecteurs d'Hygiène de la Communauté française, 7 cas ont été détectés par le système de surveillance et 3 par les deux systèmes. L'enquête auprès des contacts des cas déclarés a conduit à l'identification de 4 cas supplémentaires. Il n'a pas été possible de poursuivre l'enquête en raison de la période des vacances, si bien qu'on ne sait pas si des enfants supplémentaires de trois écoles d'Auderghem ont été malades en juillet.

Comme le montre la figure 2, l'épidémie locale s'est étendue sur une période de 10 semaines, avec extension vers toujours plus d'écoles. La fin de l'an-

née scolaire a arrêté spontanément la poursuite de la dispersion du virus. Le diagnostic de rougeole a principalement été posé cliniquement ; le laboratoire a confirmé 6 cas (21,4%). Le virus n'a pas pu être isolé pour génotypage.

Conclusion

Des épidémies de rougeole surviennent encore en Belgique, comme on peut s'y attendre avec une couverture vaccinale sous les 90%. La déclaration aux Inspecteurs d'Hygiène des communautés des cas de rougeole dans les écoles n'est pas optimale puisque 17 seulement (60,7%) des 28 cas connus

ont été déclarés. On peut en déduire que de nombreux autres cas n'ont pas été communiqués et que l'épidémie a donc été plus étendue.

Pour prévenir des épidémies de rougeole, la couverture vaccinale par le vaccin RRO doit augmenter, aussi bien pour la première que pour la deuxième dose. Le nombre de cas important dans le groupe des 12 à 18 ans plaide pour une vaccination de rappel de ce groupe d'âge.

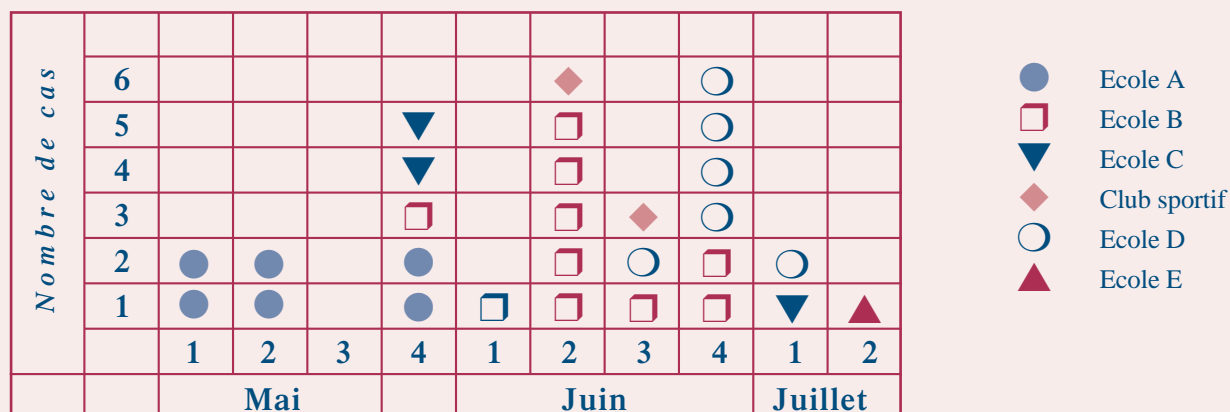
Tinne Leernout

Remerciements aux Dr. V. Gilbert et I. Jacques, Inspecteurs d'Hygiène de la Région de Bruxelles-capitale et de la Communauté française.

Références:

1. World Health Organization. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO. World Health Organization, 2003.
2. Van Casteren V. Epidemiologie van mazelen en bof, anno 1998. Resultaten van de huisarstenpeilpraktijken. In: Gezondheidsindicatoren 1998. Eds. Aelvoet W, Fortuin M, Hooft P, Vanoverloop J. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1999:116-9

Figure 2. Nombre de nouveaux cas par période d'une semaine et par institution (mai - juillet 2004)



Adultes

Vaccination contre le pneumocoque

Un groupe de travail a réalisé, en fin d'année 2004, une revue de littérature scientifique sur la vaccination anti-pneumococcique des adultes. Ses conclusions ont été soumises pour approbation au Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH), qui a adopté de nouvelles recommandations.

- *Streptococcus pneumoniae* demeure la cause principale des pneumonies; 5 à 30% (selon les populations étudiées) des pneumonies à pneumocoques s'accompagnent d'hémocultures positives. Les pneumonies accompagnées de bactériémies sont grevées d'un taux de mortalité de 10 à 35%.

Streptococcus pneumoniae est également la deuxième cause de méningite bactérienne, avec une mortalité de 30%.

Tant l'incidence que la mortalité des infections pneumococciques s'accroissent considérablement au-delà de 65 ans.

- En Belgique, le vaccin antipneumococcique polysaccharidique à 23 valences couvre 96,7% des souches identifiées à partir de prélèvements de milieux normalement stériles (sang, liquide cérébrospinal, liquide pleural, etc).

Deux vaccins contre le pneumocoque sont désormais disponibles:

- le vaccin contenant les polysaccharides capsulaires de 23 types de pneumocoques (Pneumo 23™ - Sanofi Pasteur M.S.D.).

Ce vaccin est destiné à la vaccination des adultes et n'est pas immunogène chez l'enfant de moins de 2 ans. Son coût s'élève à 19,09 euros. Le vaccin n'est pas remboursé par l'INAMI. Néanmoins, de nombreuses Mutualités proposent un remboursement partiel à certains de leurs affiliés en

ordre pour l'assurance complémentaire.

- le vaccin conjugué, contenant les polysaccharides capsulaires de 7 types de pneumocoques (Prevenar™ - Wyeth). Ce nouveau vaccin à 7 valences contre le pneumocoque est destiné prioritairement à la vaccination des nourrissons. Il n'est pas recommandé pour les patients âgés ou adultes : en effet, la couverture théorique, basée sur les sérotypes capsulaires, est considérablement moindre pour ces groupes comparativement aux enfants âgés de moins de 5 ans ; en outre, les données sur l'usage clinique et la protection chez l'adolescent et l'adulte manquent. Son coût est de 68,27 euros par dose ; il n'est actuellement ni remboursé, ni mis gratuitement à disposition via les Communautés. Quelques mutuelles proposent un remboursement partiel à certains de leurs affiliés en ordre pour l'assurance complémentaire.

- En 2003, la résistance des pneumocoques aux antibiotiques concernait en Belgique: 13% des souches vis-à-vis de la pénicilline (néanmoins, seules 0,6% des souches montraient une résistance majeure, le niveau intermédiaire étant atteint pour les autres souches); 30,2% vis-à-vis des tétracyclines; 36,1% vis-à-vis de l'érythromycine et 0,5% vis-à-vis de l'ofloxacine.

- L'efficacité clinique du vaccin pour la prévention des infections à pneumocoque chez les personnes âgées a fait l'objet de nombreuses études et analyses. De manière schématique, on peut retenir sur base des données actuellement disponibles qu'on ne peut se prononcer sur la protection contre la pneumonie; une protection de l'ordre de 40 à 60% est certaine contre les infections invasives à pneumocoques.

- En ce qui concerne les adultes présentant des affections sous-jacentes, les recommandations de vaccination reposent souvent sur une incidence, une morbidité et une mortalité accrues

des infections invasives pneumococciques. Ainsi, les patients atteints d'une asplénie fonctionnelle (p.e. anémie à cellules falcipares) ou splénectomisés ont une incidence 100 fois plus élevée d'infections invasives à pneumocoques. La réponse sérologique après vaccination de ces patients est comparable à celle de sujets témoins, sauf si la splénectomie est réalisée dans le cadre d'un lymphome.

■ Revaccination

Le vaccin antipneumococcique à 23 valences n'induit pas de réponse immunitaire cellulaire (T-cell immunity). Il n'y a donc pas d'effet «booster» et chaque dose supplémentaire doit être considérée comme une revaccination. Les taux d'anticorps, spécifiques pour chaque type capsulaire, décroissent progressivement avec le temps. Il n'y a pas de données permettant de déterminer quel est le taux d'anticorps protecteur. Chez la plupart des adultes et des personnes âgées, les taux d'anticorps demeurent, après vaccination, supérieurs à ceux préexistants pendant plus de 5 ans. Cependant, chez certains patients présentant des affections sous-jacentes, le niveau des anticorps décroît plus rapidement. On rapporte des effets secondaires (principalement locaux) plus fréquents lors d'une revaccination dans les premières années après une première vaccination. Certains patients présentent aussi une fièvre (> 37°C). Comme ces effets indésirables sont modérés et réversibles, la revaccination est considérée comme sûre lorsqu'un délai d'au moins 3 ans est respecté.

Le consensus actuel est que les revaccinations avec le vaccin à 23 valences sont indiquées après 3 à 5 ans pour les patients présentant le risque le plus élevé (splénectomie et asplénie fonctionnelle). Tenant compte du manque de données d'immunogénicité et de sécurité, la recommandation pour la revaccination au-delà de 65 ans est actuellement limitée à une seule

administration, de préférence 5 à 7 ans après la première vaccination.

■ Conclusions

La vaccination contre le pneumocoque s'intègre dans l'approche de médecine préventive du généraliste. Ce dernier est en effet le professionnel le mieux à même de gérer la vaccination de l'adulte. Il peut pratiquer un bilan régulier de la vaccination de chaque adulte, par exemple au démarrage d'un DMG ou, pour les plus âgés, lors de la vaccination annuelle contre la grippe.

Pour la pratique

Les nouvelles recommandations du CSH

La vaccination contre le pneumocoque est **vivement recommandée** pour les patients présentant un haut risque d'infection invasive à pneumocoque tels que les patients présentant une asplénie fonctionnelle ou ayant été splénectomisés.

La vaccination est **recommandée**

- pour tous les adultes de 65 ans et plus
- à partir de 50 ans pour les patients présentant
 - une infection bronchopulmonaire chronique
 - une maladie cardiaque congestive
 - un éthyilisme avec ou sans cirrhose
- pour les patients séropositifs pour l'HIV.

La vaccination peut être **envisagée sur base de caractéristiques individuelles** pour les patients

- transplantés
- souffrant d'un lymphome, de leucémie lymphoïde chronique, de myélome multiple
- porteurs d'une fistule de liquide céphalo-rachidien
- porteurs d'autres affections chroniques comme les insuffisances rénales et d'autres affections cardiovasculaires.

Grippe

Une table ronde sur l'approche de la grippe en Belgique.

Le 23 novembre 2004, une table ronde sur la prévention de la grippe a été organisée à Neder-Over-Hembeek. L'objectif était de réunir tous les acteurs concernés par la grippe et de leur poser des questions concrètes, en espérant des propositions tout aussi concrètes pour améliorer les couvertures vaccinales et pour traiter les infections de manière appropriée.

L'imminence d'une pandémie grippale nous rappelle que le virus de la grippe a déjà frappé trois fois au siècle dernier sous forme d'une pandémie.

Issue de l'émergence d'un virus nouveau (shift) d'origine zoonotique pour lequel l'homme ne possède aucune protection immunologique, la pandémie introduit un virus qui continuera à circuler les années suivantes de façon récurrente. Pour échapper à la pression immunitaire croissante, le bagage antigénique de ce virus évoluera continuellement. Ces phénomènes expliquent la nécessité d'une adaptation annuelle de la composition du vaccin et l'évolution vers des épidémies interpandémiques. Ces dernières sont moins spectaculaires, mais leur impact additionnel, en termes de mortalité, surpasse celui des rares pandémies grippales.

Il reste encore beaucoup de questions pour optimiser l'approche idéale de la prévention. Le ciblage parfait des personnes à risque de complications reste très difficile. Traduire des recommandations basées sur la science en politique opérationnelle n'est pas une sinécure.

■ Améliorer la couverture vaccinale

Plusieurs constats ont pu être faits: la couverture vaccinale en 2001 des personnes âgées de ≥ 65 ans était de 58%, et de seulement 19,7% parmi les

personnes à risque de 15 à 64 ans. Bien que la situation se soit améliorée par rapport à l'enquête de 1997 (seules 32% des personnes à risque étaient vaccinées), la couverture actuelle de 40% des personnes à risque n'en reste pas moins médiocre. Plusieurs stratégies ont été évoquées pour améliorer la couverture vaccinale, notamment une accessibilité accrue et un coût de vaccination entièrement à charge de l'assurance maladie, ainsi que l'utilisation du Dossier Médical informatisé pour rappeler au patient à risque la nécessité de se faire vacciner. Le problème des patients sans généraliste défini devrait pouvoir trouver une solution. Tous les acteurs sont unanimes à dire qu'il faut améliorer la conviction personnelle du médecin.

■ Personnes entre 50 et 64 ans

Le principe de la vaccination systématique des personnes entre 50 et 64 ans repose essentiellement sur des arguments statistiques et opérationnels: lors d'une épidémie, la mortalité commence à grimper dès l'âge de 50 ans. En outre, dans cette tranche d'âge, il y a une chance sur trois d'appartenir à un groupe à risque, que celui-ci soit identifié ou non. Il est évident qu'il est plus aisé, d'un point de vue de santé publique, de cibler un âge qu'un risque non nécessairement identifié. De plus, des arguments socio-économiques en faveur d'un rapport coût-efficacité favorable justifieraient une telle approche.

Les membres de la Table Ronde s'accordent à dire que des données complémentaires, propres à la Belgique, sont encore nécessaires avant d'élargir cette recommandation jusqu'ici individuelle à une généralisation.

■ Vaccination des travailleurs de santé

La vaccination des travailleurs de la santé, y compris le personnel administratif en contact fréquent avec les

patients à risque, a fait l'objet d'une longue discussion. Une étude flamande récente a montré que 20% du personnel des maisons de repos et soins était vacciné contre la grippe.

Plusieurs arguments sont indiscutablement en faveur d'une vaccination généralisée des travailleurs de santé: l'incidence probablement plus élevée de contamination ; l'absentéisme au moment où le besoin de soins est accru... En outre, il y a un aspect altruiste trop peu souvent invoqué : la vaccination du personnel d'institutions permet de réduire la mortalité des patients, vaccinés ou non. Il s'agit donc d'une mesure d'hygiène comparable au simple lavage des mains et pour laquelle les excuses " je n'ai jamais eu la grippe, j'ai peur d'attraper un syndrome grippal, ..." ne sont en aucun cas acceptables. Le monde scientifique sait que les antigènes protéiques injectés sont purifiés et inoffensifs, et ne peuvent provoquer une " grippe atténuée ". Toutefois, tout le monde s'accorde à dire qu'une systématisation éventuelle ne pourrait s'envisager qu'avec un financement entièrement à charge de l'employeur.

■ Enfants entre 6 mois et 2 ans

La vaccination des petits enfants est recommandée aux Etats-Unis entre l'âge de six mois et 2 ans. Les arguments reposent essentiellement sur le fait que l'impact de la grippe est identique, en termes de complications, sur les petits enfants en bonne santé et sur les personnes âgées. Cette stratégie vise également une réduction de la propagation des épidémies, l'enfant ayant le taux d'incidence le plus élevé et étant considéré comme le disséminateur du virus au début d'une épidémie. Plusieurs participants à la table ronde ont fait remarquer que les critères choisis pour mesurer les complications ne sont pas nécessairement adéquats. Par exemple, le taux d'hospitalisation reflète plutôt une incertitude diagnos-

tique du praticien qu'une complication réelle liée à l'infection, et donc varie inéluctablement d'un pays à l'autre.

Un autre argument défavorable majeur est la difficulté d'administrer toutes les vaccinations recommandées, si bien qu'il est malaisé d'inclure un onzième antigène dans un schéma de vaccination de base surchargé.

■ Adultes en bonne santé

Si le rapport coût-efficacité de la vaccination des personnes adultes en bonne santé est indiscutablement favorable, cet argument ne suffit pas à lui seul pour généraliser la vaccination anti-grippale. On ne peut justifier une vaccination généralisée par la seule raison de diminuer l'absentéisme dans les entreprises. C'est au médecin du travail à rechercher les risques individuels du travailleur et à identifier ceux qui sont particulièrement à risque devant l'infection ou ses complications.

■ Médicaments antiviraux

L'introduction de nouvelles molécules anti-virales, les inhibiteurs de la neuraminidase, ne change en rien les recommandations de vaccination. Celle-ci reste le premier pilier de la prévention. Ces molécules, indiscutablement efficaces si elles sont prises très tôt après l'infection, apportent un complément utile au contrôle des cas et des épidémies, surtout en cas de rupture de stock de vaccins, de discordance entre les souches vaccinales et circulantes (mismatch), de protection insuffisante par la vaccination (immuno-déprimés) et dans le contrôle des épidémies débutantes dans les maisons de repos par exemple. Leur utilisation doit se faire exclusivement durant la période de circulation du virus, attestée par le programme de surveillance de la grippe à l'Institut Scientifique de Santé Publique.

LES OBJECTIFS DE VAX INFO

Transmettre aux médecins intéressés des informations concrètes et pratiques en matière de vaccination.

Faire part des réflexions d'experts quant aux perspectives d'avenir d'une politique vaccinale en Belgique et dans le monde.

Tous les articles publiés sont discutés au sein du Groupe de réflexion scientifique «Vaccinations», composé d'experts issus de toutes les universités belges et d'organismes ou instances, belges ou luxembourgeois, actifs en matière de vaccination.

Ni les auteurs, ni les experts ne sont rétribués pour leur collaboration.

Le choix rédactionnel et le contenu des articles dépendent exclusivement des auteurs, et n'engagent que ceux-ci.

Secrétariat de rédaction
Dr. Patrick Trefois

Editeur responsable: Dr. Patrick Trefois
65, rue Sans Souci - 1050 Bruxelles

Si vous vous posez des questions concernant les vaccinations, vous pouvez les adresser au secrétariat de rédaction, 65, rue Sans Souci - 1050 Bruxelles ou par fax : 02/512 54 36.

Un membre du Groupe de Réflexion Scientifique "Vaccinations" y répondra dans un prochain numéro.

Avec le «unrestricted educational grant» de GlaxoSmithKline.

■ Conclusions

Il reste beaucoup de travail encore pour améliorer la couverture vaccinale des personnes à risque, selon les recommandations actuelles du Conseil supérieur d'hygiène. Un effort particulier doit être consenti pour améliorer la couverture vaccinale chez les travailleurs du secteur de la santé, y inclus le médecin. Ceci est important, non seulement pour diminuer leur risque individuel, mais aussi pour réduire la transmission vers les malades qu'ils soignent. Les détails et conclusions de cette Table Ronde seront consignés dans un livre blanc qui sera disponible sous peu.

Dr René Snacken et Prof Marc Van Ranst