



HPV

Recommandations du CSS

Le Conseil Supérieur de la Santé a publié en mai 2007 un avis relatif à la vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain.

Sur base des constatations scientifiques, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) recommande que :

- en cas d'introduction de la vaccination HPV, le dépistage des femmes non vaccinées mais également des femmes vaccinées se poursuive. Le CSS recommande d'organiser d'urgence le dépistage du cancer du col de l'utérus de manière systématique selon les recommandations européennes et celles du Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE)
- la vaccination prophylactique généralisée chaque année d'une cohorte d'un an de filles d'un âge compris entre 10 et 13 ans soit réalisée selon les conditions actuellement d'application pour la vaccination des pré-adolescents contre l'hépatite B. Appliquées à la vaccination HPV, ces conditions sont les suivantes:
 - la médecine scolaire transmet les informations et propose la vaccination anti-HPV
 - le choix est laissé aux parents et au jeune de faire effectuer la vaccination par le médecin scolaire ou tout autre médecin-vaccinateur
 - le schéma vaccinal complet est de préférence clôturé au cours d'une même année scolaire. La vaccination doit en outre s'insérer dans des initiatives de promotion de la santé concernant la vie sexuelle et affective et les rapports protégés.

Sommaire Sommaire

- HPV p. 1 - 2 ► *Recommandations du CSH*
- Hépatite A p. 3 à 6 ► *Vaccination généralisée*
- Grippe p. 5 - 6 ► *Bilan de la saison*
- Questions/réponses p. 7 - 8 ► *Rattrapage de vaccination*

- une vaccination (de rattrapage) complémentaire généralisée d'autres cohortes jusqu'à l'âge 15 ans, qui peut sans doute accroître ou accélérer l'effet bénéfique pour la population de la vaccination HPV, soit éventuellement envisagée après évaluation économico-sanitaire
- la vaccination des adolescentes et jeunes femmes de 14 à 26 ans qui n'ont pas encore eu de contact sexuel et qui n'ont pas été vaccinées dans le cadre de la vaccination prophylactique généralisée entre 10 et 13 ans, soit proposée par le médecin traitant. Cette offre de vaccination anti-HPV doit de préférence s'inscrire dans le cadre d'une consultation au cours de laquelle la contraception et/ou les rapports sexuels protégés sont abordés
- c'est au médecin traitant de juger sur base individuelle si la vaccination d'adolescentes et jeunes femmes de 14 à 26 ans, non vaccinées précédemment, ayant déjà eu des contacts sexuels, est indiquée. Sur base des données actuelles, le CSS ne recommande pas de typage HPV pour préciser l'indication de la vaccination
- sur base d'un bon enregistrement des résultats du dépistage au niveau du col de l'utérus, associé à un enregistrement des vaccinations HPV et des cancers, les effets à court et à long terme de la vaccination HPV puissent être mesurés. Le CSS recommande également de créer le cadre juridique permettant légalement de coupler les données de

vaccination HPV individuelle avec les registres précités

- après l'introduction de la vaccination, un système de surveillance, soutenu par les registres précités, soit présent. Cette surveillance doit accorder de l'attention à l'efficacité et aux effets indésirables à long terme de la vaccination et réaliser un monitoring des types de HPV circulants dans les différentes populations et les différents spécimens et détecter à temps un éventuel 'glissement' vers d'autres types de HPV.

En l'absence de données sur l'efficacité clinique du Gardasil® chez les hommes, quel que soit leur âge, le CSS ne se prononce actuellement pas au sujet de la vaccination des garçons et/ou des hommes.

L'avis complet est téléchargeable sur www.health.fgov.be/CSH_HGR.

■ Commentaires

Ces recommandations concernent le seul vaccin disponible sur le marché belge à la date de publication, c'est-à-dire le Gardasil™ de la firme Sanofi Pasteur MSD. Des recommandations adaptées seront publiées lors de la mise

sur le marché du vaccin Cervarix™ de la firme GlaxoSmithKline.

Gardasil™ vise une protection contre les HPV 16 et 18 (qui sont responsables de 70% environ des cancers du col dans le monde) et contre les HPV 6 et 11 (qui sont responsables de l'apparition d'environ 90% des condylomes acuminés). Le vaccin est disponible dans une seringue. Il doit être injecté en intramusculaire, dans le muscle deltoïde.

La vaccination comporte l'administration de 3 doses: la 2ème dose et la 3ème dose sont injectées respectivement 2 mois et 6 mois après la première. L'intervalle minimum entre

la 1ère et la 2ème dose est de 4 semaines, celui entre la 2ème et la 3ème de 12 semaines. Lorsqu'un schéma a été interrompu, on administre les doses manquantes dans les meilleurs délais, en respectant l'intervalle minimum entre 2 doses. L'administration simultanée d'autres vaccins n'a été étudiée que pour le vaccin contre l'hépatite B HBVAXPRO™. Le Gardasil™ n'étant pas un vaccin vivant, l'administration d'autres vaccins, simultanée mais en un autre site, est en théorie envisageable, sans influence sur la réponse immunitaire; les recommandations classiques sont ici d'application.

Le vaccin n'est actuellement pas remboursé. Le coût d'une vaccination complète est environ de 400 €. Certaines mutuelles accordent une participation financière à la vaccination pour leurs membres en ordre de cotisation pour l'assurance complémentaire.

Dr Patrick Trefois

Source :

Publication du Conseil Supérieur de la Santé n° 8204. Vaccination contre les infections provoquées par le papillomavirus humain. 02 mai 2007.

La vaccination contre l'HPV dans le monde

Europe	Groupes visés par les recommandations de vaccination universelle	Rattrapage : groupes auxquels le vaccin peut être proposé
Allemagne	Filles 12 - 17 ans	
Autriche	Filles et garçons 9 - 15 ans + jeunes filles et femmes 16 - 26 ans	
Belgique	1 cohorte de filles entre 10 et 13 ans	Jusqu'à 15 ans et à proposer aux jeunes femmes jusqu'à 26 ans, n'ayant pas eu de relations sexuelles
Danemark	<i>Filles 12 ans (à partir de 2008)*</i>	<i>Filles 13 - 15 ans (à partir de 2008)*</i>
Espagne	Filles 12 - 13 ans en Navarre	À l'étude
France	Filles 14 ans	Filles et femmes 15 - 23 ans sans contact sexuel ou dans l'année du premier contact sexuel.
Italie	Filles 12 ans	A l'étude
Luxembourg	Filles 11 - 12 ans	Filles 13 - 18 ans
Norvège	Filles 11 - 12 ans	Filles 13 - 16 ans
Royaume Uni	<i>Filles 12 - 13 ans*</i>	
Suède	<i>Pas de recommandation, mais remboursement pour les filles 13-17 ans</i>	
Suisse	Filles de 11 - 14 ans	Filles de 15 - 19 ans (pendant 5 ans)
Reste du monde		
Australie	Filles 12 - 13 ans	Filles 13-18 ans et femmes 19 - 26 ans pendant 2 ans.
Canada	Filles 9 - 13 ans	Filles et femmes 14 - 26 ans, également si sexuellement actives, anomalies au frottis cervical ou infection à HPV
USA	Filles 11 - 12 ans	Filles 9 - 10 ans sur avis du médecin traitant, 13 - 26 ans, également si sexuellement actives, anomalies au frottis cervical ou infection à HPV

* avis positif plutôt que recommandation officielle

Pour la pratique

- Tout médecin (généraliste, scolaire, pédiatre) peut proposer systématiquement la vaccination à ses patientes âgées de 11-12 ans, moment auquel l'administration de la 2^{ème} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons ou le démarrage d'une vaccination contre l'hépatite B sont recommandés.
- Le dépistage par frottis cytologique du cancer du col reste indispensable chez toutes les femmes, vaccinées ou non.

GD de Luxembourg

Le Conseil Supérieur d'Hygiène du Grand Duché de Luxembourg recommande de vacciner contre le papillomavirus humain toutes les filles à l'âge de 11-12 ans et de pratiquer une vaccination de rattrapage chez les personnes de sexe féminin entre 13 et 18 ans.

Hépatite A

Vaccination généralisée

Lorsque le vaccin contre l'hépatite A fut introduit au début des années 90, les recommandations des autorités de santé publique dans tous les pays furent de vacciner uniquement les individus appartenant à des groupes à haut risque. Cette approche est toujours préconisée par le Conseil Supérieur de la Santé en Belgique (voir "pour la pratique"). Tenant compte de l'épidémiologie de l'infection, cette politique était vouée à avoir un impact limité sur l'incidence de la maladie dans la population.

Au fil des années, le vaccin a confirmé sa sécurité et sa grande efficacité.

En outre, quelques régions et pays ont initié des programmes plus ambitieux de vaccination à l'échelle de leur population.

Le virus de l'hépatite A est un picornavirus qui, naturellement, se multiplie uniquement dans les hépatocytes humains. Il est excrété via les voies biliaires dans les selles, qui constituent le seul réservoir significatif sur le plan épidémiologique. Ce virus est très résistant à l'inactivation physico-chimique. Pour être détruit, il doit être soumis à une température de 85°C pendant au moins une minute. Il peut survivre plusieurs semaines dans l'environnement, même dans de mauvaises conditions : selles desséchées, eau de mer (où il est concentré dans les coquillages), etc.

Rappel épidémiologique

L'infection par le virus de l'hépatite A survient lorsqu'un individu non immunisé ingère de la nourriture ou de l'eau contaminées ou est en contact avec les selles d'une personne malade. Rarement, la maladie est transmise par voie iatrogène.

La transmission du virus est facilitée en présence de mauvaises conditions sanitaires et d'hygiène (absence de systèmes d'évacuation des eaux usées, d'accès à l'eau potable, etc). Dans de tels environnements à haute endémie, l'exposition au virus est inévitable et se produit dans la plupart des cas avant que les enfants atteignent l'âge de 5 ans ; l'infection est alors généralement asymptomatique et une immunité à vie est acquise vis-à-vis de la maladie et des réinfections. Le taux de personnes immunisées s'accroît progressivement avec l'âge.

Dans les communautés et les pays bénéficiant de très bonnes infrastructures sanitaires et conditions d'hygiène, l'endémicité est basse à très basse. La transmission au sein de la

population est liée principalement au contact direct ou indirect avec une personne infectée, plutôt qu'à une consommation d'eau ou d'aliments contaminés. Un voyage professionnel ou de loisirs vers une zone à haute endémie constitue une autre voie possible de contamination. L'exposition éventuelle au virus est souvent retardée jusqu'à l'âge adulte.

Enfin, de nombreux pays sont inclus dans la zone d'endémicité intermédiaire : la transmission est liée tant à l'ingestion d'eau et d'aliments contaminés qu'aux contacts avec des personnes malades.

Dans un même pays ou région, en raison notamment de disparités de conditions socioéconomiques, peuvent coexister des communautés où l'endémicité est basse ou haute.

Impact de la maladie

Les études de séroprévalence des anticorps anti-HAV montrent que l'hépatite A est une des infections les plus répandues dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 1,5 million de cas surviennent annuellement. Mais cette estimation est largement inférieure à la réalité, en raison d'un déficit certain de la déclaration des cas.

Chez les enfants en bas âge, l'infection est généralement asymptomatique à légère. Avec l'âge, l'infection devient plus sévère. Le décours de la maladie est variable ; la plupart des patients se sentent mieux après quelques semaines. La récupération est totale, mais parfois après une convalescence de plusieurs mois.

La maladie entraîne parfois des complications ou une hépatite fulminante (1 cas pour 10.000), voire un décès. La mortalité chez les personnes de plus de 40 ans était, en 1995 aux Etats-Unis, de \pm 1%.

L'hépatite fulminante nécessite souvent, pour sauver la vie du patient, une transplantation hépatique.

On peut également appréhender l'impact de l'hépatite A par son coût économique. Celui-ci est estimé à 1,5 – 3 billions de dollars annuellement pour les Etats-Unis. Le coût est plus élevé dans les pays à basse endémie que dans les pays à haute endémie, en raison du déplacement de la maladie vers les âges où l'individu est économiquement productif et où la maladie s'accompagne de complications et donc d'un recours accru au système de soins.

Dans l'avenir, l'amélioration de l'état sanitaire et des conditions d'hygiène dans de nombreuses régions de la planète s'accompagnera paradoxalement d'un impact accru de la maladie en termes de morbidité, de mortalité, de détresse psychologique et de coûts économiques !

■ Vaccination

La protection conférée par les vaccins inactivés contre l'hépatite A repose sur la production d'anticorps neutralisants. L'efficacité protectrice du vaccin inactivé contre l'hépatite A a été démontrée dans deux études randomisées en double aveugle. On a également établi que la vaccination de 70% au moins d'une population entraînait une immunité de groupe ("herd immunity").

Il y a maintenant un consensus pour considérer que la protection après vaccination (comme après infection naturelle) est valable pour la vie. Ceci s'explique par la persistance d'une immunité cellulaire après vaccination et la longue incubation de la maladie.

La réponse au vaccin est diminuée en présence d'anticorps circulants (transmis par exemple lors d'une immunisation passive par immunoglobulines ou par voie transplacentaire). C'est la raison pour laquelle le vaccin

est enregistré pour un usage à partir de l'âge de 1 an (2 ans aux Etats-Unis), moment où les anticorps maternels ont totalement disparu.

La stratégie de santé publique la plus efficace est celle qui permet d'atteindre une diminution maximale de la maladie avec un investissement financier minimum. Pour la définir, il est essentiel de connaître notamment les modes prédominants de dispersion de l'agent pathogène et les pics d'incidence au sein des différents groupes d'âges d'une population, la période et les conditions de contagiosité.

L'évolution actuelle des connaissances devrait amener progressivement à réviser les politiques d'immunisation centrées sur des groupes à risques, et ceci en fonction de l'épidémiologie du pays. Il est bien établi maintenant que pour certains pays ou régions, des réductions d'incidence seront plus vraisemblablement obtenues par la vaccination de routine des enfants en âge scolaire. En effet, les enfants peuvent être les principaux vecteurs de la dispersion du virus dans la population générale.

Les résultats de différentes expériences sont aujourd'hui disponibles pour étayer la réflexion à mener sur ces nouvelles options de politique vaccinale.

Les Pouilles (Italie)

La population de la région des Pouilles s'élève à \pm 4 millions d'habitants. L'incidence annuelle en période interépidémique était comprise dans les années 90 entre 20 et 30/100.000 habitants. Le mode de contamination principal était lié à la consommation de coquillages. Il y a eu des épidémies en 1992 et en 1996-1997. En 1996, on dénombrait 5.673 cas (138,8/100.000) et 5.389 (131,8/100.000) en 1997. La majeure partie de ces cas était concentrée parmi les personnes de 11 à 30 ans. Une étude pharmaco-économique de l'épidémie de 1996 évaluait les coûts sociétaux de l'épidémie de 1996 à 40 millions de

\$US. Le gouvernement régional a alors décidé, à partir de la fin de l'année 1997, d'administrer une dose de vaccin contre l'hépatite A à l'âge de 15-18 mois (simultanément avec la vaccination RRO) et de remplacer par le vaccin bivalent hépatite A + hépatite B, le vaccin monovalent contre l'hépatite B donné en 3 doses à 12 ans (conformément au programme de vaccination national instauré depuis 1991). Depuis l'application de cette stratégie, on constate une absence d'épidémie et une raréfaction des cas. Par contre, dans la région voisine (la Campanie), où la vaccination de routine n'a pas été instaurée, une épidémie avec 615 cas est survenue en 2004.

La Catalogne (Espagne)

Cette province autonome d'Espagne, peuplée de 6 millions d'habitants, a initié un programme de vaccination contre l'hépatite B dans les écoles en 1990. Avec succès, puisque la couverture vaccinale dépasse 90% et la réduction de l'incidence de l'hépatite B aiguë parmi les jeunes âgés de 10 à 19 ans atteint 80% après un suivi de 8 années. Ici également, on a choisi de remplacer le vaccin monovalent contre l'hépatite B par un vaccin bivalent hépatite A + hépatite B. En raison de l'infrastructure organisée déjà pour la vaccination contre l'hépatite B, le coût supplémentaire par enfant vacciné était réduit. L'incidence de l'hépatite A a été observée dans les 3 ans précédant (1996-1998) et suivant (1999-2001) l'introduction de cette politique. La réduction d'incidence était significative dans tous les groupes d'âges, excepté parmi les personnes de plus de 60 ans.

North Queensland (Australie)

Dans les années 90, l'hépatite A était considérée comme un problème majeur de santé publique au *North Queensland*, en raison de 2 épidémies survenues sur une même décennie. Ce n'est qu'en 1996 qu'un système de surveillance a montré qu'en 1996-1999, l'incidence parmi la population

indigène (110/100.000) était largement supérieure à celle rencontrée parmi la population non indigène (25/100.000). Dès février 1999, un accès gratuit à la vaccination contre l'hépatite A a été offert aux enfants indigènes, aux âges de 18 et 24 mois, ainsi qu'une vaccination de rattrapage jusqu'au 6ème anniversaire. En 2000-2003, l'incidence de la maladie chutait à 4,0/100.000 parmi la population indigène et à 2,5/100.000 parmi la population non indigène. La conclusion qu'on peut en tirer est qu'un programme de vaccination concentré sur un groupe de population à haut risque au sein d'une communauté peut réduire l'incidence de la maladie dans l'ensemble de cette communauté. En novembre 2005, cette stratégie vaccinale a donc également été appliquée à d'autres Etats : *Queensland, Northern Territory, Western Australia* et *South Australia*.

Israël

Dans ce pays, les épidémiologistes étaient convaincus que les nourrissons, pour la plupart d'entre eux fréquentant les crèches, étaient la source principale, directe ou indirecte, de transmission du virus à l'ensemble de la population. Une grosse épidémie en 1996 fut arrêtée par la vaccination des enfants âgés de 1 à 6 ans. Sur base de cette expérience et d'arguments pharmaco-économiques, le Gouvernement décidait de mettre en place, à partir de juillet 1999, un programme de vaccination gratuit pour tous les nourrissons âgés de 18 mois, avec administration d'une deuxième dose à 24 mois. La couverture vaccinale atteignait rapidement 90% du groupe cible, tandis que, dans le même temps, moins de 10% du reste de la population recevait le vaccin sur base d'une démarche individuelle. Trois ans après le début de ce programme, l'incidence de la maladie tombait à moins de 5/100.000 dans l'ensemble de la population, alors qu'elle était auparavant de 37,2/100.000 parmi la population juive et de 57,8 pour

100.000 parmi la population non juive. Cette diminution considérable n'était pas limitée aux seules cohortes vaccinées, mais touchait aussi tous les groupes d'âges, confirmant ainsi l'hypothèse que les jeunes enfants étaient bien les vecteurs principaux de l'HAV en Israël.

Certains Etats américains

Aux Etats-Unis, les recommandations initiales de l'*Advisory Committee on Immunization Practice* (ACIP) visaient initialement la vaccination contre l'hépatite A des individus à haut risque d'infection, ainsi que des enfants dans les communautés à haute incidence de la maladie (comme les Indiens, les natifs en Alaska, etc).

En octobre 1999, une actualisation des recommandations proposait une vaccination de routine des enfants dans les Etats, Comtés et communautés où l'incidence de l'hépatite A atteignait le double ou plus de l'incidence nationale (10/100.000) durant la période 1987-1997; 11 Etats correspondaient à cette condition. Par ailleurs, cette stratégie était suggérée aux Etats dont l'incidence de cas d'hépatite A était comprise entre 10 et 20/100.000 (soit 6 d'entre eux).

L'impact de ces recommandations a été considérable : l'incidence nationale déclina à un niveau historiquement bas. Une analyse fine des couvertures vaccinales et des données de déclaration parmi les régions vaccinées et non vaccinées a permis de conclure que la majeure part de cette réduction est attribuable à la vaccination et que cette dernière induit une forte immunité de groupe.

En mai 2006, l'ACIP adaptait ses recommandations: la vaccination systématique contre l'hépatite A est actuellement recommandée, sur l'ensemble du pays, aux enfants à partir de l'âge d'un an (c.à.d. entre 12 et 23 mois). Les enfants non vaccinés à l'âge de 2 ans peuvent être vaccinés après cet âge. En outre, la vaccination reste recommandée aux personnes à risque accru d'infection.

■ Conclusions

L'expérience accumulée depuis plus de 10 ans a démontré que les vaccins contre l'hépatite A sont sûrs, hautement protecteurs à long terme sans nécessité de rappel chez des individus en bonne santé. La vaccination est efficace tant en prophylaxie et pour le contrôle des épidémies après exposition au virus, que dans des programmes de vaccination de routine. De nombreux pays en développement ont connu une évolution de l'épidémiologie de la maladie ; celle-ci touche plus souvent des adolescents et des adultes, avec le risque de formes cliniquement plus sévères, survenant par épidémies locales. L'ensemble des données disponibles grâce aux divers projets réalisés démontre qu'une réflexion doit être menée partout dans le monde, afin d'étudier, pour chaque pays ou région, la meilleure stratégie de prévention de l'hépatite A. La vaccination de routine des enfants semble donner des résultats prometteurs, via une rupture de la transmission des enfants aux adultes et l'induction d'une immunité de groupe. Il est certainement trop tôt pour évoquer des objectifs d'élimination ou d'éradication de cette maladie, mais le contrôle de la maladie est réalisable. Cependant, au-delà des arguments scientifiques, humanitaires et techniques se posent les questions de la volonté politique et, pour certains Etats, de l'accessibilité socio-économique d'un programme de vaccination généralisée.

Dr Patrick Trefois

Sources

- FE André. Universal Mass Vaccination Against Hepatitis A. CTMI (2006) 304 :95-114
- Prevention of Hepatitis A Through Active or Passive Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR, Recommendations and Reports Vol. 55 / RR-7; May 19, 2006
- P. Van Damme, K. Van Herck and P. Beutels. Vaccines against hepatitis A. In: Rodès J, Benhamou JP, Blei A,

Reichen J, Rizzetto M, editors. Textbook of Hepatology : From Basic Science to Clinical Practice, 3rd ed. 2007 : 899-907. Blackwell Publishing, Oxford, UK.

Pour la pratique

- Vis-à-vis de l'hépatite A : l'Organisation Mondiale de la Santé recommande dans des pays à basse endémie, comme la Belgique et le GD de Luxembourg, de vacciner uniquement les personnes appartenant aux groupes à risque; l'OMS, par contre, conseille la vaccination généralisée dans les pays à endémie moyenne et l'absence de vaccination dans les pays à haute endémie.

- En Belgique, le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination contre l'hépatite A aux groupes suivants :

- les voyageurs vers les zones endémiques
- les hommes homosexuels et bisexuels
- les candidats pour une transplantation hépatique
- les patients atteints de pathologies chroniques du foie (entre autres, les patients atteints d'hépatite C)
- les hémophiles
- les personnes en contact avec un patient atteint d'hépatite A
- le personnel et les résidents d'institutions pour handicapés mentaux
- les jeunes enfants d'émigrants qui retournent dans leur pays d'origine
- les personnes qui sont actives dans la chaîne alimentaire.

- Pour les voyageurs, la vaccination est recommandée aux personnes :

- qui se rendent en Afrique (y compris au Maroc, en Algérie, en Tunisie, en Lybie et en Egypte), en Amérique Latine, en Asie (y compris au Moyen Orient -dont la Turquie-, mais pas en Israël). Cette recommandation vaut quelle que

soit la durée du voyage (donc aussi pour un séjour bref) et même si les conditions hygiéniques sont bonnes. Les voyageurs qui résident dans un pays à prévalence d'hépatite A élevée, chez des amis ou dans leur famille, sont particulièrement exposés.

- qui voyagent dans des conditions hygiéniques précaires, vers les Caraïbes, l'est et le sud de l'Europe (dont certains pays de la CE comme l'Espagne, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Grèce, l'Italie, la Pologne, le Portugal, la Slovaquie, la Tchéquie, la Slovénie). L'incidence de l'hépatite A est en effet plus élevée dans ces pays que dans le nôtre.

- En cas d'épidémie, la vaccination des personnes non immunisées dans l'entourage des patients atteints d'hépatite A est la mesure la plus importante de contrôle de la maladie. La vaccination donne une protection efficace, rapide et valable à vie. Elle peut encore être administrée, avec une efficacité protectrice de 80%, peu après (dans les 10 jours) l'exposition à l'hépatite A. La vaccination doit donc être faite dès que possible après l'identification d'un cas contagieux.

- Le vaccin (Epaxal® ou Havrix®) est administré en deux doses, avec un intervalle minimum de 6 à 12 mois entre les 2 injections. La première dose sera donnée de préférence 14 à 30 jours avant un départ en voyage. Même une dose unique procure une protection pour une année de 80 à 90%. Lorsqu'une protection contre l'hépatite B est également souhaitée, le vaccin combiné contre les hépatites A et B (Twinrix®) peut être utilisé.

Grippe

Bilan de la saison

L'épidémie de grippe 2006-2007 était d'intensité moyenne. Si on la compare avec la saison grippale de l'année passée (2005-2006), elle a été cependant caractérisée par un début plus précoce et une intensité plus forte. Le pic épidémique s'est situé vers la mi-février (semaine 7), durant laquelle, jusqu'à 10% des consultations pour syndromes grippaux ont été observés. Ce sont principalement les catégories d'âge 0-4 ans et 5-14 ans qui ont été touchées.

L'intensité plus forte de l'épidémie 2006-2007 en comparaison avec la saison de grippe précédente peut être expliquée par le fait que c'est principalement le virus Influenza de type A(H3) qui a été prédominant alors que le type B était prédominant lors de la saison dernière.

En Belgique et dans les pays voisins, le sous-type principalement détecté était le A/H3N2 alors que le sous-type A/H1N1 et le type B étaient détectés beaucoup plus sporadiquement.

Il y a eu une bonne corrélation entre les souches vaccinales 2006-2007 et les souches de virus circulantes. Les souches isolées A/H3N2 étaient apparentées à la souche A/Wisconsin/67/2005 et les souches A/H1N1 isolées étaient apparentées à la souche A/New Caledonia/20/99 (H1N1) toutes deux contenues dans le vaccin.

■ Vaccin 2007-2008

Pour l'Hémisphère Nord, l'OMS a recommandé la composition vaccinale suivante :

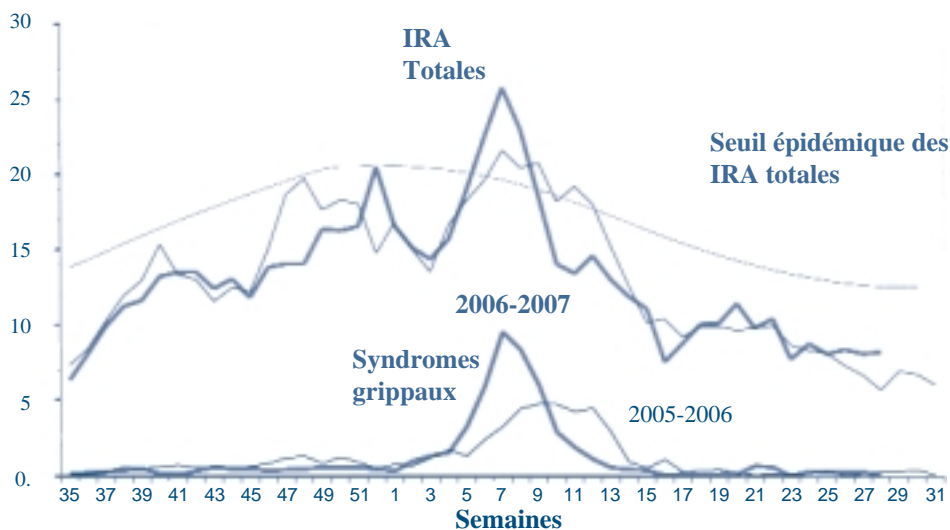
- une souche analogue à A/Salomon Islands/3/2006 (H1N1)
- une souche analogue à A/Wisconsin/67/2005 (H3N2)
- une souche analogue à B/Malaysia/2506/2004

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande entre autre la vaccination des personnes âgées et des personnes à risque de complication (Voir «Pour la pratique»).

La vaccination annuelle contre la grippe offre une occasion idéale de vérifier l'état de vaccination

vis-à-vis d'autres affections telles que celles provoquées par les pneumocoques, ainsi que la diphtérie et le tétanos (dT).

*Dr. Martine Sabbe & Isabelle Thomas
Institut Scientifique de Santé Publique*



Source : Institut Scientifique de Santé Publique - Dr F. Yane

- toutes les personnes qui n'appartiennent pas aux catégories précitées et qui désirent éviter la maladie.

Note : dans l'éventualité de la co-circulation possible en Belgique des virus aviaires et des virus humains saisonniers, la vaccination saisonnière sera proposée à certains groupes professionnels pour éviter le risque de réassortiment viral. Il faut rappeler cependant que le vaccin contre la grippe saisonnière ne protège pas contre les virus aviaires.

Références

- www.iph.fgov.be/flu
- www.eiss.org
- Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2007-2008 influenza season. Weekly Epidemiol Rec. 2007; 82:69-74.
- Conseil supérieur de Santé, guide de vaccination, Bruxelles 2007, n°. 8205

Questions/réponses

Pour la pratique

1. Doivent impérativement être vaccinés : les personnes à risque de complication, c'est-à-dire toute personne de 65 ans et plus, même en bonne santé, et les personnes institutionnalisées, tout patient à partir de l'âge de 6 mois atteint d'une affection chronique sous-jacente, même stabilisée, d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique ou présentant des troubles immunitaires, et les enfants âgés de 6 mois à 18 ans sous thérapie à l'aspirine au long cours. Doivent également être vaccinées : les personnes pouvant transmettre la maladie aux personnes à risque, c'est-à-dire toute personne travaillant dans une institution de soins ou de repos, que ce soit le personnel médical ou administratif, les personnes vivant sous le même toit

qu'une personne à risque, y compris les enfants.

2. Sur la base des données actuellement disponibles, le choix de la vaccination peut être fait à titre individuel par :

- toutes les personnes de 50 à 64 ans, même si elles ne présentent aucune affection à risque. Dans ce groupe, la probabilité de présenter au moins un risque de complication est de 1 sur 3 – en particulier les fumeurs, les buveurs excessifs et les obèses;
- les femmes enceintes qui seront au-delà du premier trimestre de la grossesse durant la saison hivernale;
- les voyageurs à risque dans les pays à climat tempéré de l'hémisphère sud, entre avril et septembre ; la dernière composition vaccinale disponible sera alors utilisée;

Je vois souvent des adultes dont la vaccination a été interrompue avant qu'ils aient reçu la totalité des doses conseillées. Quelles sont les règles à suivre pour compléter la vaccination de ces personnes ? Faut-il recommander certaines vaccinations depuis le début ?

Pour établir l'état vaccinal d'un individu, on ne peut se baser que sur des documents vaccinaux probants : carte ou attestation de vaccination signée par un médecin, rapport médical, etc.

De manière générale, on peut retenir que :

- il est préférable de considérer une personne comme non vaccinée, plutôt que de conclure faussement qu'elle est protégée
- en cas de doute, on administre généralement les doses manquantes de la vaccination de base
- la qualité de la vaccination dépend

Ce tableau reprend le schéma de vaccination conseillé chez un adulte, pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, les hépatites A et B et le RRO.

Vaccin	Intervalle minimum entre 2 doses	
	Doses 1 et 2	Doses 2 et 3
Td	4 semaines	6 à 12 mois. <i>Rappels à répéter tous les 10 ans (1)</i>
IPV	8 semaines	6 à 12 mois. <i>Un rappel à l'âge adulte, puis immunité à vie.</i>
dTpa	1 dose chez le jeune adulte si vaccination contre la coqueluche incomplète (2) ou inconnue	
Hépatite A (3)	6 à 12 mois. <i>Immunité à vie</i>	
Hépatite B (3)	4 semaines.	8 semaines, et au moins 16 semaines depuis la première injection. <i>Généralement, immunité à vie (4)</i>
Vaccin combiné hépatites A et B (3)	4 semaines	6 mois à 12 mois <i>Généralement, immunité à vie (4)</i>
RRO	1 dose	

principalement du respect de l'intervalle minimum entre deux doses successives.

(1) : Ne pas oublier les éventuels rappels en cas de blessure (voir fiche tétanos adulte du Conseil Supérieur de la Santé sur www.health.fgov.be).

(2) : Vaccination complète : au moins 3 doses de vaccin anticoquelucheux à cellules entières ou de vaccin acellulaire, dont une dose au-delà de l'âge de 1 an avec un intervalle de 6 mois minimum par rapport à la dose précédente. Une dose de dTpa peut remplacer une dose de dT.

(3) : Quand le schéma vaccinal n'est pas complet, même si l'intervalle entre les injections est de 5-6 ans, il ne faut pas recommencer la série de vaccins depuis le début. Tout ce qui a été injecté compte et on termine le schéma.

(4) : Si, 4 à 6 semaines après la dernière injection du vaccin contre l'hépatite B, une détermination sérologique du taux d'anticorps montre

un taux supérieur à 10mUI/ml, on peut considérer que la personne est protégée à vie contre les formes symptomatologiques de la maladie et contre le portage chronique, sur base de l'évidence scientifique actuelle. La mémoire immunitaire cellulaire persiste à vie, même en l'absence d'un taux mesurable d'anticorps. Il n'est certainement pas nécessaire de contrôler le taux d'anticorps chez chaque personne vaccinée, mais cela est indispensable chez les personnes avec une immunité amoindrie. Ce contrôle est parfois réalisé par la médecine du travail chez des personnes à haut risque de contamination qui peuvent bénéficier d'une seule dose de rappel après une vaccination complète. Celle-ci est remboursée par Fonds des maladies professionnelles si le demandeur apporte la preuve que son taux d'anticorps contre l'hépatite B se situe sous le seuil de 100 mUI/ml.

Dr Patrick Trefois

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

Possible grâce à un «unrestricted educational grant» de GlaxoSmithKline.

Chaque numéro de *Vax Info* peut être téléchargé sur www.vaccisurf.be

Références

- Fiches du Conseil Supérieur d'Hygiène. www.health.fgov.be
- Conseils de santé pour voyageurs. Ed. Médasso actualisée sur le site de l'Institut de Médecine Tropicale. www.itg.be
- Fonds des Maladies Professionnelles. "Vaccination contre l'hépatite : critères et procédure de remboursement" Avril 2001 (www.afa.fgov.be).

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.