



Edito

Vax Info a dix ans

La parution du premier numéro de Vax Info remonte à octobre 1991. C'était un numéro sobre de 7 pages, reprenant quelques informations sur le remboursement du vaccin contre l'hépatite B pour les handicapés mentaux séjournant en institutions, des réflexions philosophiques sur " le vaccin idéal " et une présentation du schéma de vaccination alors en vigueur. Parmi vous, seuls les collectionneurs en ont encore un exemplaire...

Dix années ont passé. Un certain nombre de membres du Groupe de réflexion scientifique originel sont toujours actifs au sein de ce groupe. Ils peuvent témoigner avec moi combien au cours de ces dix années le paysage de la vaccination a changé en Belgique. Non seulement, les vaccins et les programmes de vaccination ont toujours été d'actualité, mais ils ont même acquis une place importante au sein des soins de santé et du curriculum médical.

Nous tenons à remercier tous les membres du Groupe de réflexion scientifique " Vaccinations " pour leur enthousiasme, leur apport bénévole, leur bon sens et leur pragmatisme, la rédaction d'articles et les commentaires, leurs réponses pour la rubrique de questions, pour le climat de confiance et de respect. Ils rendent possible la continuité de Vax Info.

A l'occasion de ce numéro 31, Vax Info fait peau neuve. C'est de cette manière que nous fêterons avec vous son dixième anniversaire. La mise en page est rafraîchie. Afin de permettre

Sommaire

Edito p. 1

Grippe p. 1 - 3

Méningocoque p. 3 - 5

Couvertures vaccinales p. 5 - 6

G-D de Luxembourg p. 7

Questions/réponses p. 8

Sommaire

Vax Info a dix ans

Bilan de la saison 2000-2001

Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène

Peut mieux faire...

La politique vaccinale

Vaccin hépatite B

une lecture rapide, les éléments saillants sont mis en évidence. L'article est suivi d'une conclusion résumant l'essentiel pour la pratique. La rubrique " Questions/Réponses ", pour laquelle se manifeste un intérêt croissant, est maintenue et une nouvelle rubrique, s'intéressant à la politique vaccinale chez nos voisins, est inaugurée dans ce numéro.

C'est donc avec enthousiasme et confiance que nous envisageons l'avenir.

*Pierre Van Damme et
Jacques Senterre,
Président et Vice-Président
du Groupe de réflexion
scientifique «Vaccinations»*

Liste des membres

Jan Desmyter, Koen De Schrijver,
Patrick Goubau, Robert Hemmer,
Karel Hoppenbrouwers, Roger Eeckels,
Frédérique Jacobs, Geert Leroux-Roels,
Myriam Malengreau, Anne Malfroot,
André Meheus, Jacques Senterre,
René Snacken, Béatrice Swennen,
Pierre Van Damme, Alfons Van Gompel,
Erwin Van Kerschaver, Robert Vranckx.

Grippe

Bilan de la saison 2000-2001

Durant la saison 2000-2001, les trois sous-types de virus influenza (A/H3N2, A/H1N1 et B) ont été détectés de façon inégale dans l'hémisphère nord. La souche A/New Caledonia/20/99 (H1N1), présente dans le vaccin, a largement circulé et a été associée à des flambées de gripes. Les virus B étaient analogues au nouveau variant B/Sichuan/379/99.

Les A/H3N2, isolés de façon sporadique, appartenaient aux groupes A/Moscow/10/99 et A/Panama/2007/99. L'activité grippale a varié de légère à modérée suivant les pays.

En Belgique, les A/H1N1, largement majoritaires, ont été identifiés de la mi-novembre à la mi-mars, tandis que les B apparurent plus tard (fin janvier à fin avril). L'activité grippale est restée très

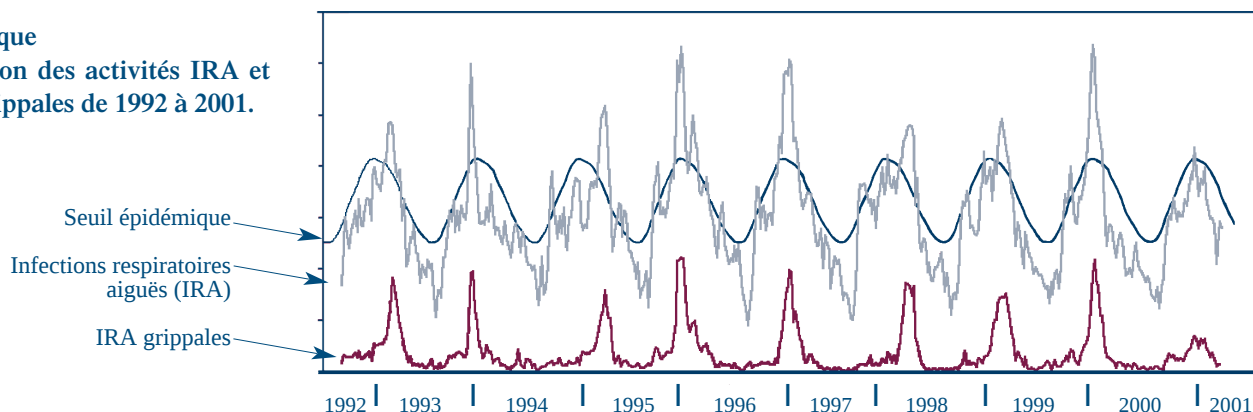
Bureau de dépôt
Bruxelles X

1/2217

BELGIQUE
P.P.

Graphique

Evolution des activités IRA et
IRA grippales de 1992 à 2001.



modeste, (voir graphique), les virus A/H1N1 ayant un faible potentiel épidémique et les virus B étant plutôt responsables de cas sporadiques.

■ Evaluation et utilité du vaccin

L'OMS a évalué l'efficacité du vaccin en mesurant les taux d'anticorps protecteurs vis-à-vis de souches récentes représentatives. La souche vaccinale analogue à A/New Caledonia/ 20/99 (H1N1) a permis d'obtenir, en moyenne, des taux d'anticorps protecteurs chez 80% des adultes et 62% des personnes âgées de plus de 65 ans. La souche analogue à A/Moscow/10/99 (H3N2) a protégé 80% des sujets. Le vaccin contenant une souche analogue à B/Beijing/ 184/93 a produit des titres plus faibles vis-à-vis du variant récent B/Sichuan/ 379/99, les taux protecteurs étaient de 69% chez les adultes et de 56% chez les sujets âgés de plus de 65 ans.

Lorsque le vaccin contient des souches qui correspondent aux souches en circulation, il prévient la maladie chez 70 à 90% des adultes bien portants. Chez les sujets à risques, on peut observer une baisse des taux de morbidité et de mortalité pouvant aller jusqu'à 50%.

L'intérêt principal de la vaccination est moins de prévenir la maladie que d'éviter les complications graves de l'infection.

Le coût d'une grippe compliquée se chiffre en dizaines, voire centaines de milliers de francs belges. L'excédent de mortalité imputable à la grippe varie en Belgique *grosso modo* de 1000 décès pour une épidémie moyenne à 4000 pour une épidémie sévère.

A partir des données récoltées auprès des médecins vigies, on peut estimer que près de 37% des personnes âgées de 60 à 69 ans et 47% des personnes de plus de 70 ans ont été vaccinés au cours de l'année 1999. Lors d'une enquête menée en décembre 2000 auprès de personnes de plus de 65 ans, environ 55% des répondants déclaraient avoir été vaccinés contre la grippe durant l'automne 2000. Le remboursement partiel ou total ainsi que les campagnes de vaccination expliquent ce résultat.

En 2000, 1.700.000 doses ont été vendues en Belgique. L'objectif est cependant loin d'être atteint puisque le nombre de personnes à vacciner est estimé à quelque 2,5 millions.

La production de ce vaccin est limitée, du fait que le vaccin est produit sur œufs de poule embryonnés, disponibles en nombre limité, et que certaines souches (notamment la souche A/Moscow/10/99) sont plus difficiles à produire que d'autres. Ceci a comme conséquence que le nombre de doses ne répond pas à la demande. Le vaccin, qui reste l'arme de choix, doit donc préférentiellement être

réservé, actuellement, aux sujets à risque. Lorsque les vaccins produits sur cellules seront autorisés, il sera possible d'élargir les indications tout en gardant en mémoire que la vaccination des personnes de moins de 65 ans ne présentant pas de maladie chronique n'est pas considérée actuellement en Belgique comme une priorité de santé publique.

■ Vaccin 2001-2002

Le vaccin contiendra des souches analogues à

- A/Moscow/10/99 (H3N2)
- A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- B/Sichuan/379/99 (en remplacement de B/Beijing/184/93)

Dr Fernande Yane
Institut Scientifique de Santé Publique
Section Virologie

Références :

- Influenza vaccines. Weekly Epidem Rec 2000 ; 75 : 281-8
- Recommended composition of Influenza virus vaccines for use in 2001-2002 season. Weekly Epidem Rec 2001; 76 : 58-61
- Jonckheer P, Van Casteren V, Hoe staat het met de vaccinatiegraad tegen griep in Vlaanderen ? Resultaten van de huisartsenpeilpraktijken voor het jaar 1999. Epidemiologisch Bulletin van de Vlaamse Gemeenschap. N° 34 - 2000/6.
- Enquête réalisée par INRA à l'initiative de l'asbl Question Santé et de la vzw Omtrent Gezondheid auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale âgée de plus de 65 ans en décembre 2000.

Pour la pratique, on retiendra

Le Conseil Supérieur d'Hygiène a émis des recommandations précises en matière de vaccination contre la grippe.

La vaccination est conseillée pour toute personne ayant un risque médical accru lors d'une grippe :

1. toute personne de plus de 65 ans. Ceci est particulièrement important dans les maisons de repos ou les institutions de soins où le virus peut se répandre rapidement dans une population sensible
2. les patients souffrant de maladies ou troubles fonctionnels respiratoires
3. les patients souffrant de maladies cardiaques avec ou sans congestion pulmonaire
4. les patients ayant une maladie métabolique, particulièrement les diabétiques
5. les personnes avec une insuffisance rénale chronique
6. les personnes souffrant d'infections staphylococciques à répétition et leurs cohabitants
7. les patients ayant une déficience immunitaire et des personnes dont l'état de santé peut mener à une diminution des défenses.

La vaccination peut être envisagée chez les handicapés mentaux en institution et chez des personnes qui par un contact régulier risquent de transmettre la grippe à des personnes à haut risque. (NDLR : par exemple le personnel médical et paramédical).

Méningocoque

Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène

Nous reproduisons en page 4, *in extenso*, la lettre au corps médical du Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH) concernant la vaccination contre le méningocoque du groupe C. A propos de cette lettre, nous émettons quelques considérations personnelles sur les difficultés rencontrées par la section vaccination du CSH pour informer rapidement et en priorité le corps médical et sur les limitations de ses prérogatives concernant la mise en œuvre pratique des recommandations émises. Ce problème risque de se poser à nouveau lors de l'introduction du vaccin conjugué contre le pneumocoque.

■ Commentaires

Plusieurs associations de médecins comme les asbl Société Scientifique de Médecine Générale, Question Santé, *Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen* et *Omtrent Gezondheid* se sont étonnées de voir publier l'avis du CSH sur la vaccination contre le méningocoque du groupe C dans la presse grand public alors que cette information était destinée en priorité aux médecins.

En fait, dès novembre 2000, le CSH soucieux d'adopter une recommandation scientifique avant la mise sur le marché du nouveau vaccin avait remis un avis qui a reçu l'aval du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. Lors de sa réunion du 15 mars 2001, le CSH avait prévu d'envoyer ce texte par courrier postal aux 17.000 médecins concernés, mais l'Administration a d'emblée prévenu qu'il s'agissait d'une tâche longue et difficile.

Aussi, pour en accélérer la diffusion, cet avis a été mis sur le site internet

du CSH le 20 mars 2001 (http://www.health.fgov.be/CSH_HGR sélectionner Français; Avis; lettre M) et il a été envoyé par courrier électronique aux journaux médicaux afin qu'ils en assurent la publication.

La presse quotidienne qui est friande de nouvelles médicales a pris connaissance de ces recommandations sur les sites internet des journaux médicaux et les a répercutées dès avant que les revues ne parviennent aux médecins. Avec le développement de la circulation des informations par voie électronique, ce phénomène deviendra de plus en plus incontournable. En outre, il s'est avéré que la plupart des journaux médicaux n'ont pas publié l'avis du CSH comme tel, mais l'ont résumé dans un article commenté. La seule façon d'avoir accès au texte complet était donc de retourner sur le site internet du CSH. Ce problème de communication avec le corps médical retient toute l'attention du CSH, qui met tout en œuvre pour que ses avis parviennent d'abord aux médecins dans leur forme intégrale.

En outre, il a été fait état d'un malaise parmi certains groupes de médecins qui auraient souhaité prendre le temps d'une concertation pour créer un réel consensus avant de recommander ce nouveau vaccin. D'autres, au vu du prix élevé et de l'absence de prise en charge financière par la Santé publique, se sont interrogés sur le risque de favoriser une médecine à deux vitesses socio-économiques. Concernant ces deux objections, il faut rappeler que le CSH est un Organe qui a pour mission de répondre à une demande d'avis du Ministère sur les aspects scientifiques d'un problème, en l'occurrence, sur l'intérêt, l'efficacité, l'utilisation et les effets secondaires d'un nouveau vaccin qui va être mis sur le marché pour lutter contre une infection alarmante pour les médecins comme pour les parents. Le CSH a voulu éviter des atermoiements comme cela a été le cas dans notre pays lors de la prise de position

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE

Bruxelles, le 20 mars 2001

Honoré Confrère,

La mise en vente en janvier 2001 d'un vaccin conjugué anti-méningocoque C suscite de nombreuses interrogations dans le corps médical. Les médecins risquent également d'être confrontés à l'angoisse accrue des parents particulièrement lorsque «la méningite» fait la «une» des journaux.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH) a émis en novembre dernier un avis sur cette vaccination. Nous vous invitons à en prendre connaissance en annexe.

Vous pouvez également le trouver, comme les autres avis du CSH, sur son site : http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/

S'il est acquis que le vaccin conjugué permet une protection efficace dès l'âge de deux mois contre le méningocoque C, son insertion dans le schéma vaccinal de base de l'enfant et sa généralisation posent par contre des problèmes opérationnels et financiers. En effet bien que les infections à méningocoques C se produisent de façon prépondérante dans la petite enfance et l'adolescence (8 % en dessous de un an, 29% entre 1 et 4 ans et 12% entre 15 et 19 ans), l'ensemble des classes d'âge sont concernées. Pour avoir un impact significatif et rapide sur la maladie, le vaccin doit être administré à une large frange de la population (par exemple 0 à 19 ans) avant de pouvoir se limiter à ne vacciner qu'une seule classe d'âge.

Cette option a été prise en Angleterre où un programme de vaccination ambitieux a été mis en place en novembre 1999. Il concernait tous les enfants de 0 à 17 ans. Il a pu être mis en œuvre grâce aux structures de médecine scolaire et aux services préventifs de la petite enfance disponibles dans ce pays. Ce programme a permis d'enregistrer, dès l'année 2000, une régression remarquable de l'incidence cumulée des infections à méningocoques C dans les classes d'âge concernées. Ce programme n'a évidemment pas eu d'impact sur l'incidence de la maladie parmi les adultes (quelque 20% des cas). Appliqué à la Belgique, un programme similaire nécessiterait la mobilisation d'un grand nombre d'intervenants et un financement approchant 50 millions Euros soit 2 milliards de francs uniquement pour l'achat du vaccin.

Un tel programme ne s'improvise pas. C'est pourquoi, le CSH a demandé aux autorités sanitaires de mettre sur pied une étude pour récolter les données épidémiologiques et socio-économiques permettant d'établir les conditions optimales de l'utilisation d'un tel vaccin dans le cadre d'un programme structuré.

Dans l'attente de ces données, le CSH vous recommande de présenter cette vaccination à tous les parents. La vaccination sera proposée plus particulièrement aux enfants âgés de plus d'un an et aux adolescents jusqu'à 19 ans pour lesquels une seule dose de vaccin suffit.

Le CSH est conscient du fait que l'utilisation la plus large de ce vaccin est actuellement rendue difficile pour plusieurs raisons :

1. le coût important (1673Fr/dose) en limite l'accessibilité pour certains enfants et ce d'autant plus que 3 doses sont nécessaires pour les enfants de moins d'un an pour la vaccination du nourrisson de moins d'un an, l'absence de données suffisantes permettant de recommander l'administration concomitante de ce vaccin avec le vaccin IPV (mais à un autre site) exige d'augmenter le nombre de contacts pour le vacciner
2. la promotion correcte de ce vaccin auprès de tous les parents doit en présenter les limites afin de ne pas induire le faux espoir d'une protection absolue contre « la » méningite.

Nous vous prions d'agréer, Honoré Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

Prof J. Levy
Président de la section vaccination

sur la vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib). Ces tergiversations ont engendré un retard considérable dans la mise en place d'une large couverture vaccinale et dans la décision de l'INAMI d'octroyer un remboursement du vaccin.

Il faut rappeler qu'il n'entre pas dans les prérogatives du CSH de discuter ou de proposer aux Gouvernements fédéral ou communautaires des mo-

dalités de financement des vaccinations. Néanmoins le CSH a tenu à souligner que l'utilisation la plus large de ce nouveau vaccin est rendue difficile, particulièrement chez les nourrissons de moins d'un an, en raison de son coût important, de la nécessité d'administrer 3 doses et de la difficulté d'introduire cette vaccination dans le calendrier vaccinal en l'absence d'études suffisantes pour

permettre son administration en même temps que les vaccins combinés contenant l'IPV. Cette dernière réserve paraît plus théorique que pratique compte tenu de l'expérience, dans de nombreux pays, de l'administration simultanée de l'IPV avec le vaccin conjugué contre l'Hib qui est fort semblable au vaccin conjugué contre le méningocoque C.

Tableau

Infections à méningocoques en Flandre : 8 premiers mois 2001

serogroupe	B	C	Y/W	Inconnu	total
Antwerpen	24	50	3	29	106
Vlaams-Brabant	14	7	1	1	23
Limburg	11	12	0	18	41
Oost-Vlaanderen	12	9	0	8	29
West-Vlaanderen	20	13	0	12	45
TOTAAL	81	91	4	68	244

Données fournies par G.TOP Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Preventie en Sociale Gezondheidszorg, team Gezondheidsinspectie

Epidémiologie

Concernant la pertinence d'une recommandation d'une vaccination contre le méningocoque C, il se confirme que ce séro-groupe est en constante augmentation en Belgique. En effet, pour le premier semestre de 2001, 218 prélèvements avaient déjà été adressés au laboratoire de référence versus 267 pour toute l'année 2000. Les séro-groupes isolés étaient : 101 B, 100 C, 5 W135, 1 Y et 14 indéterminés.

Par ailleurs, l'enregistrement systématique des infections à méningocoques en Flandre au cours des 8 premiers mois de 2001 montre que le méningocoque C représente pour l'ensemble de la Flandre 52% des souches isolées, avec une nette prédominance dans les provinces d'Anvers (65%) et du Limbourg (52%) (voir tableau).

Par comparaison, pour l'ensemble de l'année 2000, le total des souches identifiées en Flandre n'était que de 164 dont 30% du séro-groupe C. Au cours des 8 premiers mois de 2001, 244 cas ont déjà été enregistrés dont 18 ont été mortels (1 dans le groupe B, 12 dans le groupe C et 5 sans isolement).

La recommandation du CSH de vacciner les jeunes entre 1 et 19 ans d'âge paraît donc toujours d'actualité, une dose étant suffisante après 12 mois. Par ailleurs, l'analyse des réponses sérologiques publiées dans la littérature laisse apparaître que 2 doses sont très probablement suffisantes entre 6 et 12 mois. Il est du devoir du médecin d'informer

les parents de cette possibilité d'une vaccination efficace et durable contre le méningocoque du groupe C, car la survenue d'un cas grave dans une famille en cas de non vaccination pourrait lui être reprochée.

Une analyse de statistiques portant sur 112.000 doses prescrites en Belgique au cours du premier semestre de 2001 montre que 70% l'ont été par des pédiatres et 30% des généralistes. La distribution des prescriptions par âge est la suivante: 10% en dessous d'un an, 44% entre 1 et 4 ans, 32% entre 5 et 11 ans et seulement 12% entre 12 et 19 ans. Il y a donc lieu de mieux informer les parents et les adolescents et de sensibiliser les médecins généralistes et l'inspection médicale scolaire sur l'intérêt d'une vaccination dans ce groupe des adolescents, qui est particulièrement à risque.

Si besoin en était, il faut rappeler que le vaccin ne peut en aucune façon être la cause d'une méningite.

Dr Jacques Senterre
Professeur honoraire
de Pédiatrie (Ulg)

Membre invité
du Conseil Supérieur d'Hygiène

A l'heure où nous clôturons ce numéro, la Ministre de la Santé de la Communauté flamande a annoncé que le vaccin sera mis gratuitement à disposition pour la vaccination de certains groupes d'âges. Par ailleurs, un éventuel remboursement INAMI est discuté. Les modalités concrètes ne sont pas encore connues. Nous reviendrons sur ce sujet dans le prochain numéro.

Couvertures vaccinales

Peut mieux faire...

En 1999, une étude par grappe randomisée d'enfants âgés de 18 à 24 mois était menée en Flandre et en Communauté française, pour évaluer les couvertures vaccinales sur base des documents vaccinaux disponibles. L'étude déterminait via des interviews de parents les causes de non vaccination de leurs enfants. En outre, une série de facteurs socio-démographiques étaient relevés : sexe, nationalité et origine des parents et des enfants, niveau d'études et profession des parents, revenus et environnement familial. Au total ont été sélectionnés 1.110 enfants en Flandre et 1.088 en Communauté française, dont *in fine* respectivement 1.053 et 866 participèrent à l'étude.

Couvertures vaccinales

Le tableau donne un aperçu des taux de vaccination pour divers vaccins. On constate que les couvertures vaccinales pour la polio et les 3 premières doses DTP sont satisfaisantes.

Les couvertures vaccinales sont trop basses pour la quatrième dose DTP, pour les vaccins contre l'Hib et l'hépatite B ainsi que pour le RRO.

Tableau

Couverture vaccinale (en %) des enfants de 18 à 24 mois en Flandre et en Communauté française (1999)

Doses	1	2	3	4
Polio	99	99	96	
	99	99	96	
DTPw	96	95	95	89
	99	98	97	81
Hib*			78	
			86	
Hep B	74	73	68	
	59	56	50	
RRO	83			
	82			

* complètement vacciné à 18 - 24 mois

De nouvelles mesures doivent être envisagées pour améliorer les taux de vaccination pour certains vaccins.

En Flandre, aucun lien n'a été établi entre le taux de vaccination et les facteurs socio-démographiques, à deux exceptions près : d'une part le lieu d'habitation (dans une province, la couverture vaccinale pour le DTP, l'Hib, l'hépatite B et le RRO est significativement plus basse que dans les quatre autres provinces) et d'autre part le vaccin contre l'hépatite B. Le taux de vaccination contre l'hépatite B est principalement associé, de manière positive, au niveau d'étude de la mère. La raison principale évoquée pour expliquer le non suivi du schéma de vaccination était la négligence dans le chef des parents et/ou du médecin. Un meilleur suivi de la vaccination par un système de rappel aux parents ou au vaccinateur pourrait diminuer le nombre de vaccinations incomplètes de moitié.

La raison principale pour laquelle des parents ne laissent pas vacciner leurs enfants consiste en une absence de conviction vis-à-vis de la nécessité ou de l'efficacité du vaccin : soit qu'ils n'estiment pas suffisamment grave l'infection concernée, soit que leur médecin ne recommande pas la vaccination. Les refus de la vaccination sont exceptionnels. Une meilleure information des parents sur les vaccins Hib et hépatite B pourrait ainsi faire croître le taux de vaccination de 40 % environ. Pour atteindre une couverture vaccinale plus élevée, 67 % des parents proposent de rendre les vaccinations obligatoires; 84 % veulent que tous les vaccins soient gratuitement mis à disposition, tandis que 66 % souhaitent plus d'informations sur les vaccins et les maladies évitables par vaccination. Soixante et un pourcents des parents sont favorables aux nouveaux vaccins, surtout parce qu'ils en perçoivent l'intérêt pour leurs enfants. Ceux qui sont opposés à ces nouveaux vaccins disent qu'il y a déjà suffisamment de vaccins,

qu'ils ne sont pas convaincus de leur efficacité ou que les infections évitables par ces vaccins ne sont pas suffisamment graves.

En Communauté française, les parents paraissent le plus souvent s'estimer responsables de la non vaccination ou de la vaccination incomplète, à l'exception de la coqueluche. Six pourcents des parents sont opposés au vaccin contre l'hépatite B en raison d'effets secondaires supposés, 10 % ne sont pas informés des recommandations en la matière, 5 % ne sont pas convaincus de sa nécessité et 21 % disent ne pas être informés à ce propos par leur médecin. Le coût du vaccin paraît également constituer un obstacle. Pour tous les vaccins, l'attitude du médecin semble être un facteur important de non vaccination de l'enfant; c'est plus particulièrement vrai pour la coqueluche et l'hépatite B. Les facteurs socio-démographiques principaux semblent n'avoir aucune influence. La couverture vaccinale est cependant un peu plus élevée parmi les familles dont les parents bénéficient d'un meilleur niveau d'études (pour tous les vaccins à l'exception de celui contre l'hépatite B); un taux de vaccination significativement plus bas pour le RRO est noté dans les familles comptant plus d'un enfant. Parmi les familles à bas revenus, la couverture vaccinale est plus basse pour la dernière dose de DTP, d'Hib et d'hépatite B. Pour améliorer la couverture vaccinale, 81 % des parents suggèrent de rendre la vaccination obligatoire, 78 % plaident pour une meilleure information et 80 % désirent recevoir tous les vaccins gratuitement.

Soixante-six pourcents des parents francophones sont favorables aux nouveaux vaccins et sont également prêts à les faire administrer à leurs enfants. Parmi ceux qui sont opposés, 20 % disent qu'il y a déjà bien assez de vaccins, 16 % qu'il y a trop peu de preuves de leur action ou que les maladies contre lesquelles ils sont ciblés ne sont pas suffisamment graves (38 %).

■ Les vaccinateurs

En Flandre, 70 % des enfants sont vaccinés dans les consultations de Kind en Gezin, 12 % par les médecins généralistes et 18 % par des pédiatres.

En Communauté française, ces pourcentages sont de 50 %, 7 % et 43 %.

Dans les deux Communautés, le choix d'un vaccinateur est déterminé par le niveau d'études et la nationalité des parents : les parents de niveaux d'études supérieures et de nationalité belge choisissent relativement plus le médecin de famille et le pédiatre.

Les études en Flandre et en Wallonie démontrent l'importance d'une bonne information (aussi bien des parents, des médecins que du personnel infirmier) et du rôle actif de tous, indispensable pour atteindre un bon taux de vaccination.

*B Swennen (ULB), A Vellinga (VUB),
Y Coppieters (ULB), AM Depoorter (VUB),
P Van Damme (UA)*

Pour la pratique, on retiendra

Echéancier et convocation

La convocation du patient (par courrier) semble être l'approche de choix pour améliorer les couvertures vaccinales parmi la patientèle. Cette possibilité est admise par l'Ordre des médecins à condition de mentionner dans la lettre que le patient peut s'adresser au médecin de son choix (Bulletin du Conseil National n°48, 6/90, p. 18-19 ; n° 63, 3/94, p. 36). Mais pour convoquer un patient qui aurait besoin d'une vaccination, le médecin doit pouvoir l'identifier. Il doit donc recourir à un système d'échéancier. Un échéancier peut être "manuel" (fiches par exemple) ou, idéalement, automatisé (développement de logiciels médicaux affichant un message aux âges clés de vaccination).

G-D de Luxembourg

La politique vaccinale

Au Grand-Duché de Luxembourg, la politique vaccinale repose essentiellement sur la recommandation d'un calendrier de vaccination avec mise à disposition gratuite des vaccins recommandés.

L'organisation du programme de vaccination tombe sous la compétence du Ministre de la Santé.

La seule vaccination qui ait jamais été obligatoire au Luxembourg était la vaccination contre la variole; l'obligation a été abrogée en 1977. Il faut cependant relever que les vaccinations s'inscrivent dans le cadre de la surveillance médicale systématique des enfants en bas âge (loi du 20 juin 1977).

Des examens médicaux préventifs durant les 2 premières années de vie sont liés à l'obtention d'une allocation postnatale, ce qui s'est révélé être une incitation intéressante pour les parents.

Cette politique a permis d'atteindre des taux de couverture vaccinale dépassant les 95 % pour le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite et l'*Haemophilus influenzae* de type b et de l'ordre de 90 % pour la rubéole, la rougeole et les oreillons.

Les vaccinations sont essentiellement effectuées par les médecins établis en clientèle privée qui suivent plus de 90 % des bébés. Exceptionnellement certains rappels sont administrés dans le cadre de consultations de nourrissons.

Les vaccins qui font partie du programme officiel de vaccination sont pris en charge par le Ministère de la Santé qui en fait directement commande auprès des producteurs. Ils sont distribués gratuitement aux médecins

LE CALENDRIER DE VACCINATION

A partir de juin 2001, le schéma vaccinal officiellement recommandé au G-D de Luxembourg se présente comme suit :

2e-3e mois :	DTPa - Hib - IPV - Hep B (vaccin hexavalent)
3e-5e mois :	DTPa - Hib - IPV - Hep B
4e-6e mois :	DTPa - Hib - IPV - Hep B
11e-12e mois :	DTPa - Hib - IPV (vaccin pentavalent)
15e-18e mois :	rougeole-rubéole-oreillons
entre 5 et 7 ans :	DTPa - IPV et rougeole-rubéole-oreillons
12-15 ans :	dTpa + IPV + HépatiteB (si non encore vacciné)

Tous les 10 ans : dT - IPV.

qui en font la demande auprès de la Division de la Pharmacie et du Médicament de la Direction de la Santé.

Les recommandations concernant le programme de vaccination sont élaborées par le Conseil Supérieur d'Hygiène, Section des Maladies Transmissibles. Le Ministre de la Santé s'efforcera à faire réserver les crédits nécessaires à l'achat du vaccin dans le cadre du budget de son département, ce qui peut parfois durer plus d'un an selon l'urgence de l'introduction de la vaccination du point de vue de la santé publique.

Une loi prévoit que des examens médicaux préventifs durant les 2 premières années de vie sont liés à l'obtention d'une allocation postnatale. Ceci s'est révélé être une incitation intéressante pour les parents.

En attendant la mise à disposition gratuite du vaccin, tous les vaccins peuvent être obtenus en pharmacie sur prescription médicale, mais à charge des particuliers.

En effet, même si les consultations lors desquelles les vaccins sont administrés sont remboursées par les caisses de maladie, leur statut prévoit explicitement l'exclusion des vaccins de la prise en charge, à l'exception de ceux qui relèvent d'un programme de

médecine préventive organisé conjointement par la Direction de la Santé et l'Union des Caisses de Maladie dans le cadre de l'article 17 du Code des Assurances Sociales.

Dans ce cadre, un premier programme concernant la vaccination universelle contre l'hépatite B de tous les nourrissons et de tous les adolescents de 12 à 18 ans a démarré en 1996. Un deuxième programme de vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans et des personnes à risque spécifique débutera en septembre 2001.

En juillet 2000, sur demande de la Section des Maladies Transmissibles du Conseil Supérieur d'Hygiène, une loi relative à la responsabilité de l'Etat en matière de vaccinations a été votée; cette loi prévoit qu'en cas de mort ou d'incapacité physique permanente d'une personne par suite d'une vaccination officiellement recommandée, l'Etat répond du dommage; jusqu'à ce jour, heureusement, aucun incident n'a été signalé dans ce contexte.

Actuellement, l'introduction du vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque de type C est discutée au Conseil Supérieur d'Hygiène.

*Dr Danielle Hansen-Koenig,
Directeur de la Santé*

Questions/ réponses

Je vois une personne qui a reçu, il y déjà 4 mois, sa première dose de vaccin contre l'hépatite B. Dois-je reprendre la vaccination à zéro ? Comment dois-je faire avec des réfugiés politiques, dont la vaccination a peut-être été interrompue depuis longtemps ? N'y a-t-il pas un risque d'une immunité moindre ?

L'Organisation Mondiale de la Santé préconise les lignes de conduites concrètes suivantes : on recommande une administration de la 2ème dose de vaccin contre l'hépatite B 1 à 2 mois après la première dose, et la 3ème dose 1 à 12 mois après la deuxième dose. Lorsqu'une dose manque et que l'intervalle de temps avec la dose précédente excède un mois, la recommandation est alors de donner la dose suivante aussi vite que possible après la précédente. Il n'y a pas d'utilité de reprendre alors le schéma de vaccination à zéro. Il suffit d'administrer les doses manquantes.

Donc, pour en venir à votre question, un intervalle de 4 mois entre une 1ère et une 2ème dose n'est pas un problème et la 2ème dose peut être donnée après 3 – 4 mois sans pour autant recommencer à zéro. La 3ème dose peut être donnée alors après 1 à 12 mois.

La situation des réfugiés se présente un peu autrement; on peut élargir cette catégorie aux immigrants, à l'adoption internationale, aux programmes de développement pour les jeunes, etc. On a généralement peu de données (voire aucune) sur les vaccinations antérieures et on doit dans ces cas considérer les personnes comme réceptives et non vaccinées. Seule une information recueillie sur un livret de vaccination peut être considérée comme fiable.

En ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B, dans cette hypothèse, un schéma de vaccination complet doit être initié. Il est évident que l'on peut effectuer, en fonction de la prévalence attendue chez les réfugiés et les enfants adoptés, un dosage de marqueurs pour l'hépatite B.

En ce qui concerne les effets à long terme d'une vaccination ainsi interrompue, et plus spécifiquement la mémoire immunitaire et l'induction d'anticorps, il est clair que les 3 doses doivent être administrées. Un intervalle augmenté entre deux administrations vaccinales ne réduit pas la réponse immunitaire et n'a pas d'influence sur la mémoire immunitaire.

Dr P. Van Damme

*Epidemiologie en Sociale Geneeskunde
Universiteit Antwerpen*

Références :

- WHO Management Guidelines: introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization programs. Draft July, 10, 2000, pp. 62.
- R. Clara et al. Vaccinaties in vraag en antwoord, editie 1998, pp. 128, Garant, Leuven.
- American Academy of Pediatrics. Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases, 25th edition, Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics, 2000.



► Brith Christenson, Per Lundberg, Jonas Hedlund, Ake Ortqvist. Effects of a large scale intervention with influenza en 23-valent pneumococcal vaccines in adults aged 65 years or older : a prospective study. Lancet, 2001; 357 : 1008-1011.

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.

Les frais d'impression et de diffusion de Vax Info sont couverts grâce au mécénat de GlaxoSmithKline.

www.

Le site du Conseil Supérieur d'Hygiène
► http://www.health.fgov.be/CSH_HGR

► Dans Folia Pharmacotherapeutica 28, juin 2001 :

- Informations rassurantes concernant des effets indésirables présumés de vaccins (p. 53)
- Vaccination contre le pneumocoque (p. 56).