



Editorial

Une nouvelle rubrique

Le bénéfice des vaccinations n'est plus à démontrer. La variole a été éradiquée; la poliomyélite, déjà disparue du continent américain, est en voie de l'être. Une vaccination correcte protège efficacement contre un nombre croissant de maladies telles que : rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche, tétanos, diphtérie, infections invasives à *Haemophilus influenzae* et fièvre jaune.

Cette situation a engendré la constitution de groupes de pression «anti-vaccination» qui alimentent les médias, internet et le grand public d'une panoplie d'informations sur des complications – souvent supposées – liées aux vaccinations allant, par exemple, de la perte des cheveux à la sclérose en plaque pour la vaccination contre l'hépatite B et d'une inflammation du tube digestif à l'autisme pour la vaccination contre la rougeole (RRO). Ces «mauvaises nouvelles», même si elles ne sont pas scientifiquement étayées, sont rapidement répercutées par les médias souvent à l'affût de sensationnalisme; elles ont un impact négatif considérable sur le grand public. Ces informations ont beaucoup plus de poids que les rapports circonstanciés des organes nationaux et internationaux de surveillance continue des effets indésirables des vaccins, ou que les données épidémiologiques mettant en évidence les aspects bénéfiques des vaccinations et réfutant ces soi-disant liens de causalités.

Les médias ne sont pas seuls en cause: la responsabilité des chercheurs et des cliniciens qui lancent des hypothèses sans évidences suffisantes est également engagée. Car il faut souvent beaucoup de temps et d'investisse-

ments pour réfuter scientifiquement des assertions qui relèvent de la coïncidence et rassurer le public en connaissance de cause. La matière étant suffisamment vaste, dans un but d'information, nous avons inauguré une nouvelle rubrique «Flash Sécurité» qui, sans être exhaustive, tentera d'éclaircir certains problèmes d'actualité.

*Drs Jacques Senterre
et Pierre Van Damme*

Flash sécurité

RRO : pas de lien avec la colite et l'autisme

Les médias britanniques, au travers d'interviews de parents d'enfants malades et du docteur Andrew Wakefield et de ses collaborateurs, se sont à nouveau fait l'écho d'une liaison possible entre la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) et le développement d'un autisme associé à une entérocolite chronique non-spécifique.

En 1998, Wakefield, chercheur en histologie, publie dans *The Lancet* une

Sommaire

| | |
|--------------------------------|--|
| Editorial p. 1 | ► Une nouvelle rubrique |
| Flash sécurité p. 1 - 2 | ► RRO : pas de lien avec la colite et l'autisme |
| Tétanos p. 2 - 4 | ► Stratégie de prévention à améliorer Nouveau schéma de vaccination |
| Hépatite B p. 4 - 6 | ► Voyages internationaux |
| France p. 6 - 7 | ► La politique vaccinale |
| Actualité p. 8 | ► Vaccination contre le méningocoque C |
| Communiqués p. 8 | ► Médecine du voyage - Hépatite B |

étude menée en collaboration avec le service de gastro-entérologie pédiatrique bien connu dirigé par John Walker-Smith au *Royal Free Hospital* de Londres (1). Dans cet article, à partir des observations réalisées chez 12 enfants (11 garçons) âgés de 3 à 10 ans, les auteurs décrivent un nouveau syndrome associant la présence d'une entérocolite non-spécifique au développement de désordres neurologiques : 9 cas d'autisme, 1 cas de psychose dégénérative et 2 cas d'encéphalite. Ils formulent l'hypothèse que l'augmentation de la perméabilité intestinale favoriserait la résorption de neuro-peptides perturbant le fonctionnement cérébral chez des enfants génétiquement prédisposés, en raison d'un déficit enzymatique de détoxification hépatique.

Dans l'anamnèse de ces cas, ils relèvent qu'à 8 reprises, les parents ont établi un lien entre la vaccination RRO et l'apparition des premiers symptômes neurologiques; mais le délai n'est précisé que dans 5 cas. Les

BELGIQUE
P.P.
1/2217
Bureau de dépôt
Bruxelles X

troubles neurologiques seraient apparus 1 à 14 jours (moyenne : 6 jours) après la vaccination. Les parents sont beaucoup plus évasifs quant au début des manifestations digestives.

Dans la discussion, les auteurs font état de leurs travaux antérieurs sur une relation possible entre la persistance du virus rougeoleux dans les tissus intestinaux et la maladie de Crohn. En outre, ils s'appuient sur deux publications assez confidentielles (2,3) impliquant l'utilisation de vaccins combinés contenant le virus rougeoleux dans l'autisme. Ils concluent toutefois « *we did not prove an association between MMR vaccine and the syndrome described* ».

Cette publication qui risquait de faire grand bruit était accompagnée d'un commentaire de la rédaction expliquant élégamment la nécessité de faire la différence entre une coïncidence dans le temps et l'existence d'un lien causal (4). Néanmoins, la publicité donnée à cet article et l'impact négatif qu'il pourrait avoir – et qu'il a eu – sur la couverture vaccinale au Royaume-Uni (5), ont immédiatement engendré une série de lettres à l'éditeur réfutant la suggestion d'un lien de cause à effet entre la vaccination RRO et les désordres digestifs et/ou neurologiques observés (6).

Depuis début 1998, plusieurs groupes d'experts indépendants rassemblés entre autres par le *Medical Research Council* (MRC) britannique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) ont analysé tous les travaux de recherche sur une éventuelle relation entre la vaccination RRO, une colite et l'autisme. Aucune évidence d'un lien causal entre la vaccination et le développement d'une pathologie digestive ou de troubles du comportement apparentés à l'autisme n'a pu être mise en évidence (7, 8).

En 2000, une équipe finlandaise a publié une très large étude prospective portant sur la surveillance pendant 14 ans de 1,8 millions d'individus qui ont reçu 3 millions de doses de vaccin ; elle

a répertorié 173 réactions potentiellement sérieuses associées à la vaccination. Dans 55 % des cas, le vaccin était vraisemblablement en cause, ce qui donne une incidence d'effets secondaires sérieux de 3,2 par 100.000 doses de vaccin. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une convulsion fébrile. Les auteurs soulignent qu'aucun cas d'inflammation du tube digestif ou d'autisme n'a été mis en relation avec la vaccination (9).

Deux études épidémiologiques récentes réalisées au Royaume-Uni montrent que l'incidence de l'autisme est en constante augmentation (10, 11). Le risque est multiplié par 7 entre 1988 et 1999, passant de 0,3 à 2,1 par 10.000 enfants âgés de 12 ans et moins. En ne considérant que les garçons âgés de 2 à 5 ans, le risque passe de 8 cas à 29 cas par 10.000 enfants entre 1988 et 1993 alors que la couverture vaccinale pour le RRO pendant cette période reste stable autour de 92 %.

Il n'y a pas davantage de preuves d'un lien de causalité entre la vaccination RRO et l'apparition d'affections inflammatoires du tube digestif ; des différences de méthodologie seraient à la base de la controverse quant à la présence de virus rougeoleux dans les tissus intestinaux de personnes qui présentent ou non une pathologie inflammatoire du tube digestif ou des symptômes d'autisme (8, 12).

*Dr Jacques Senterre
Professeur honoraire de pédiatrie
(Ulg)*

Pour la pratique, on retiendra

Le lien éventuel entre l'apparition de troubles neurologiques et la vaccination RRO a fait l'objet de publications récentes. Des groupes d'experts indépendants ont réalisé des analyses épidémiologiques exhaustives et des travaux scientifiques sur cette éventuelle relation.

Ils concluent que :

- il y a depuis quelques années une augmentation du nombre de cas

diagnostiqués d'autisme, désordre neurologique débutant généralement chez des garçons âgés de 2 à 3 ans;

- le résultat des recherches fournit l'évidence qu'il n'y a aucun lien causal entre la vaccination RRO et le développement d'une pathologie inflammatoire du tube digestif ou d'un autisme.

Bibliographie (12 références) disponible sur demande auprès du secrétariat de rédaction.

Tétanos

Stratégie de prévention à améliorer

Il est toujours possible de prévenir le tétanos par une prophylaxie adéquate. Pourtant, une enquête menée par l'Université d'Anvers permet d'estimer que durant l'année 2000, 14 cas de tétanos seraient survenus en Flandre. Dans le même temps, seul un cas était rapporté. En outre, l'enquête montre que la stratégie vaccinale menée dans les services d'urgence en Flandre est améliorable en plusieurs points.

■ Sous-déclaration

En Belgique, en moyenne, seul un cas de tétanos est rapporté annuellement, bien que cette maladie soit à déclaration obligatoire dans les 48 heures. Cependant, les cas réels sont certainement plus nombreux.

Peetermans et Schepens signalaient 27 cas, entre 1983 et 1993, pour le seul hôpital universitaire de Leuven, alors que pour la même période, 13 cas seulement étaient déclarés pour l'ensemble du pays (1).

Une enquête par questionnaire écrit a été menée en 2000 auprès de 53 services d'urgence en Flandre. Il en

ressort qu'en 2000, ces services ont traité 9 cas de tétanos. Si l'on extrapole ces chiffres aux 82 services existants, on obtient un chiffre réel de 14 cas pour la Flandre (2).

■ Chez les plus âgés

Dans nos pays occidentaux, le tétanos survient principalement chez des personnes de plus de 60 ans et surtout chez les femmes. Ceci peut vraisemblablement être expliqué par la baisse au cours du temps des taux d'antitoxines, ou par le fait que ces personnes n'ont jamais été vaccinées. Puisque

la vaccination universelle a débuté en Belgique en 1959 (à ce moment les enfants jusqu'à 15 ans ont été vaccinés), on peut considérer que toute personne née avant 1950 court le risque de n'avoir jamais reçu une primovaccination complète. Le statut vaccinal de ces patients devrait être contrôlé lors d'une consultation d'un service d'urgence ou d'un médecin de famille, indépendamment de la présence d'une plaie. Une autre population à risque pour laquelle des doutes sont présents quant à une primovaccination valable, est constituée des migrants issus de pays qui n'appliquent pas un programme de vaccination adéquat.

■ Stratégie vaccinale

Le Conseil Supérieur d'Hygiène a proposé un nouveau schéma de vaccination qui deviendra opérationnel dans le courant de l'année 2002 (voir tableau). Les schémas antérieurs ne diffèrent que par des détails de cette nouvelle proposition.

La politique de vaccination appliquée dans les 53 services d'urgence ayant participé à l'enquête s'écarte du schéma officiel et est améliorable en divers aspects.

- Seuls 56% des hôpitaux ont prévu dans la fiche d'admission un espace spécifique pour noter l'état vaccinal.
- Administration d'une dose unique de rappel : le schéma vaccinal recommandé par le Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH) a été suivi seulement dans 13% des cas. Dans 42% des cas, on peut parler de survaccination, dans 28% des cas de sous-vaccination. Des rappels trop rapprochés des administrations précédentes sont inutiles et même contre-indiqués : ils accroissent le risque de complications.
- Administration d'immunoglobulines antitétaniques : 8% seulement des hôpitaux suivent les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène. Dans 42% des cas, on constate une surimmunisation, dans 34% une sous-immunisation. La non-administration de ces immunoglobulines antitétaniques est inquiétante, puisqu'elles sont l'unique prophylaxie qui offre une protection à 100% lorsqu'elles sont indiquées et recommandées médicalement.
- Reprise d'une primovaccination (2 doses du vaccin contre le tétanos) : 25% des hôpitaux appliquent une procédure correcte suivant les avis du CSH ; 57% des patients sont surtraités. En outre, les patients qui n'ont jamais reçu une primovaccination complète doivent certainement recevoir des immunoglobulines en cas de plaie présentant un risque de tétanos.

Tableau : Immunisation contre le tétanos en cas de plaies

(D'après le schéma vaccinal recommandé par le Conseil Supérieur d'Hygiène)

| Etat vaccinal de la personne blessée | Gravité de la blessure | |
|--|---|--|
| | Superficielle et propre | Plaie à risque de tétanos* |
| 1. Vaccination absente ou incertaine | Primovaccination complète | Primovaccination complète et immunoglobulines spécifiques ** |
| 2. Primovaccination incomplète | Compléter la vaccination | Compléter la vaccination et administrer des immunoglobulines spécifiques** |
| 3. Primovaccination complète | | |
| a) Dernière vaccination < 5 ans | 0 | 0 |
| b) Dernière vaccination > 5 ans et < 10 ans | 0 | Anatoxine (1 dose dT) |
| c) Dernière vaccination > 10 ans et < 20 ans | Anatoxine (1 dose dT) | Anatoxine (1 dose dT) et immunoglobulines spécifiques ** |
| d) Dernière injection > 20 ans | Anatoxine (2 doses dT avec 6 mois d'intervalle) | Anatoxine (2 doses dT avec 6 mois d'intervalle) et immunoglobulines spécifiques ** |

Outre la vaccination, un moyen important de prévention consiste en des soins adéquats et rapides de la plaie.

* Plaies contuses ou écrasements, morsures, piqûres par écharde de bois ou épine, blessures souillées de terre ou d'excréments d'animaux et blessures négligées pendant plus de 6 heures

** Lors d'une administration simultanée du vaccin et d'immunoglobulines, les deux produits doivent être administrés à des sites corporels différents et au moyen de deux seringues distinctes: ceci a pour but d'éviter une neutralisation aussi bien du vaccin que des immunoglobulines. Au delà de l'âge de 1 an, le vaccin est injecté dans le bras (muscle deltoïde) et les immunoglobulines dans la fesse.

- Suivi : dans au moins 29% des cas, il n'y a aucun suivi prévu pour garantir l'administration de la dose suivante de la primovaccination; 32% seulement des hôpitaux rédigent un courrier destiné au médecin traitant.
- Le vaccin utilisé : près de 2 hôpitaux sur 3 utilisent un vaccin monovalent contre le tétanos alors que le CSH recommande déjà depuis 1996 d'utiliser un vaccin bivalent diphtérie-tétanos (dT), pour la primovaccination aussi bien que pour le rappel au delà de l'âge de 7 ans.
- Lieu d'administration : bien que l'injection doive se faire de préférence dans le muscle deltoïde, cette alternative ne survient que dans moins de la moitié des hôpitaux.
- Grossesse : 11% des services d'urgence considèrent la grossesse comme une contre-indication à la vaccination antitétanique, alors que le vaccin contre le tétanos et le vaccin bivalent diphtérie-tétanos, ainsi que les immunoglobulines, peuvent être administrés en présence d'une indication.

Toute personne née avant 1950 court le risque de n'avoir jamais reçu une primovaccination. L'état vaccinal de ces patients devrait être vérifié lors toute visite chez le médecin de famille ou à un service d'urgence, indépendamment de la présence d'une plaie.

*Drs Luuk Schouteten et
Pierre Van Damme
Epidemiologie en Sociale Geneeskunde.
Universiteit Antwerpen,
et Dr Alfons Van Gompel
Institut de Médecine Tropicale - Anvers.*

Pour la pratique

- Pour une vaccination contre le tétanos, toujours utiliser le vaccin dT, à administrer en intramusculaire dans la région du deltoïde (le patient vu aujourd'hui est souvent un voyageur potentiel vers des destinations

où la diphtérie se rencontre encore).

- En cas de doute quant à l'état vaccinal ou lorsque le dernier rappel remonte à plus de 10 ans, des immunoglobulines spécifiques doivent toujours être administrées en présence d'un risque de tétanos.
- Le vaccin dT et les immunoglobulines peuvent sans problèmes être administrés à une femme enceinte.
- L'administration tous les 10 ans d'un rappel dT est un effort louable, qui mérite d'être poursuivi, mais il est encore plus essentiel que chacun reçoive une primovaccination. La primovaccination de toutes les personnes nées avant 1950 doit être systématiquement contrôlée.
- Lorsqu'on choisit de reprendre une primovaccination, le patient doit toujours être averti qu'une 2ème et

une 3ème administrations seront indispensables.

- La remise d'un document vaccinal (comme une carte de vaccination) est une exigence. Si chacun était en possession d'un tel document vaccinal, tant la sur- que la sous-vaccination pourraient être prévenues. La centralisation de ces informations dans une banque de données vaccinales serait idéale.

Références :

1. Peetermans WE, Schepens D. Tetanus –still a topic of interest: a report of 27 cases from a Belgian referral hospital. *J Intern Med* 1996; 239: 249-252.
2. Luuk Schouteten, Tetanusvaccinatie-beleid in de Vlaamse Spoedgevallendiensten, Eindhoven Faculteit medische en farmaceutische wetenschappen, Universiteit Antwerpen, 2000-2001.

Hépatite B

Voyages internationaux

Le tourisme international a connu un fort accroissement au cours des dernières années; les pays où le virus de l'hépatite B (VHB) est endémique sont également beaucoup plus souvent visités (voir carte). Les voyageurs vers des pays à haute et moyenne endémie sont donc susceptibles, en fonction des circonstances de leur voyage, de courir un risque de contamination substantiel-

lement plus élevé que dans leur propre pays. Au début des années 90, le risque moyen de contracter une infection à VHB était estimé dans la fourchette de 1/2.000 à 1/10.000 par mois. Le touriste classique et prudent ne court toutefois pas un risque plus élevé que dans son pays d'origine. Le risque augmente immédiatement en cas de contacts sexuels. Le risque de contamination lors d'un séjour de longue durée et/ou aventureux en Afrique, Asie, Amérique latine ou pays de l'ex-URSS peut cependant être considérablement accru, jusqu'à un ordre de grandeur moyen de 1/1.000 par mois.

Carte OMS : distribution géographique de la prévalence de l'hépatite B

(<http://www.cdc.gov/travel/diseases/hbv.htm>)



Un voyageur peut courir un risque de contamination de différentes manières :

1. de manière involontaire : le plus souvent, il s'agit ici d'accidents de la route dans un pays en voie de développement, qui nécessitent une intervention médicale lors de laquelle il est possible que soit utilisé du matériel insuffisamment stérilisé ou –heureusement plus rarement- du sang ou des dérivés sanguins qui n'ont pas subi de dépistage des virus HIV et VHB.
2. Par ailleurs, le voyageur prend des risques consentis en cas de tatouages, de traitement par acupuncture et encore plus en cas de rapports sexuels (souvent non protégés) avec la population locale.

Pour parvenir à une analyse plus précise du risque de contamination par le VHB, une enquête scientifique de grande envergure a été menée en Europe il y a quelques années, par téléphone⁽¹⁾. Dans 9 pays européens, 9.000 adultes ont été interrogés (environ 1.000 par pays, dont la Belgique); ils étaient sélectionnés sur base des guides téléphoniques officiels, de manière randomisée et statistiquement significative. La première question posée visait à vérifier s'ils avaient effectué un voyage à l'étranger au cours des 5 dernières années, et le cas échéant si le voyage concernait un pays à risque intermédiaire ou élevé de contamination par le VHB. Ensuite,

l'enquête recherchait si ces voyageurs avaient été vaccinés contre les hépatites A et B et avaient reçu une information de base quant à ces deux maladies. Enfin, elle identifiait les activités durant le voyage comportant un risque possible de contamination par le VHB. Naturellement, une telle enquête téléphonique n'est pas anonyme et les résultats doivent être interprétés en gardant cet élément en mémoire (sous-estimation du risque par contact sexuel). Sur un total de 9.008 répondants, 5.383 (environ 60%) avaient fait un voyage durant les 5 dernières années.

Parmi les voyageurs vers des pays à endémie intermédiaire et haute, on peut constater que (voir tableau 1)

- 10,5-11,2% pratiquaient des activités à haut risque de contamination par le VHB; environ 75% n'étaient pas vaccinés !
- 64 - 75,8% pratiquaient des activités présentant un risque potentiel de contamination par le VHB; environ 80% n'étaient pas vaccinés !

Tableau 1

| Endémicité du VHB dans la région visitée | Région à bas risque seulement | | Région à haut et moyen risque seulement | | Régions à bas, moyen et haut risque | | Total des voyageurs | |
|--|-------------------------------|--------------|---|--------------|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|
| Ont voyagé au cours des 5 dernières années | 3.391 | | 382 | | 1.610 | | 5.383 | |
| Activités à haut risque pour le VHB | 225 | 6.6% | 40 | 10.5% | 181 | 11.2% | 446 | 8,3% |
| Acc. ou mal. avec soins médicaux invasifs | 37 | 1.1% | 5 | 1.3% | 44 | 2.7% | 86 | 1.6% |
| injection | 20 | 0.6% | 2 | 0.5% | 28 | 1.7% | 50 | 0.9% |
| perfusion IV | 7 | 0.2% | 2 | 0.5% | 18 | 1.1% | 27 | 0.5% |
| transfusion | 3 | 0.1% | 0 | | 0 | | 3 | 0,1% |
| acte chirurgical, suture | 18 | 0.5% | 1 | 0.3% | 16 | 1.0% | 35 | 0.7% |
| Secours à une personne saignant | 107 | 3.2% | 18 | 4.7% | 84 | 5.2% | 209 | 3,9% |
| Traitement dentaire | 62 | 1.8% | 12 | 3.1% | 36 | 2.2% | 110 | 2% |
| Actes avec perforation de la peau (1) | 43 | 1.3% | 10 | 2.6% | 40 | 2.5% | 93 | 1.7% |
| Activités à risque potentiel pour le VHB | 2.062 | 60.8% | 244 | 64% | 1.220 | 75.8% | 3.526 | 65% |
| Sports à risques (2) | 1.747 | 51.5% | 195 | 51.0% | 1.031 | 64% | 2.973 | 55.2% |
| Soins de beauté avec risque d'effraction cutanée (3) | 562 | 16.6% | 111 | 28.8% | 568 | 35.3% | 1.240 | 23% |
| «Holiday romance» avec contact sexuel (4) | 383 | 11.3% | 33 | 8.6% | 255 | 15.8% | 671 | 12% |
| Utilisation commune d'objets personnels (5) | 192 | 5.7% | 24 | 6.3% | 104 | 6.5% | 320 | 5.9% |

(1) tatouage, percement des oreilles, acupuncture, incision, chirurgie esthétique
 (2) football, roller, jet-ski, trekking, vélo, vélomoteur ou moto, karting, ski et équitation
 (3) coupe de cheveux, soins de manucure/pédicure, soins du visage, massage
 (4) mentionné dans l'enquête comme «amour de vacances», «petite aventure» ou «relation» sans plus de détails
 (5) boucle d'oreilles, brosse à dents et rasoir

Parmi les 203 voyageurs belges vers des pays à risque pour le VHB, la moitié environ pratiquaient des activités sportives qui les exposaient éventuellement à un risque de transmission de l'hépatite B; 6%, du fait d'un accident ou d'une maladie, avaient eu besoin de soins dans un centre de santé local; 7% avaient eu un contact sexuel occasionnel.

■ Conclusions

Cette étude conclut que des facteurs de risque d'une éventuelle transmission d'une hépatite B sont présents chez un nombre substantiel de voyageurs. Souvent, il s'agit d'activités à risque dont le voyageur ne soupçonne pas qu'elles puissent être source d'une transmission du VHB. La majorité des voyageurs qui courent un tel risque ne sont pas vaccinés.

A partir d'autres enquêtes, nous savons également que des voyageurs ont des rapports sexuels occasionnels géné-

ralement sans protection. Le profil à risque est celui d'un homme, célibataire, jeune, voyageant seul, ayant des antécédents de contacts sexuels non protégés avec des partenaires changeants, usager d'alcool ou de drogues douces (responsables de désinhibition) ⁽²⁾.

Même lorsque le voyageur n'a pas ce profil de risque ou l'intention d'avoir des rapports sexuels non protégés durant le voyage, il y a encore une série de circonstances qui peuvent mener, volontairement ou involontairement, à un risque de contamination par le VHB. Dans une étude concernant un groupe de missionnaires, la prévalence des marqueurs de l'hépatite B était de 3% avant le départ, et après quelques années de séjour en Afrique sub-saharienne atteignait 25% ⁽³⁾.

L'enquête laisse également apparaître qu'une grande proportion des voyageurs n'a pas de préparation adéquate vis-à-vis du risque de contamination par le VHB. Environ la moitié des voyageurs n'ont aucune notion de base de ce qu'est l'hépatite B, ce qui les placent donc dans l'impossibilité d'éviter les situations à risques. Zuckerman JN et Steffen R concluent : «Improved advice and clear recommendations to avoid transmission are needed» ⁽¹⁾.

Dans le cadre de la médecine du voyage, une fonction essentielle est donc de communiquer une information juste quant au risque d'infection à VHB. La vaccination contre l'hépatite sera recommandée de manière active aux voyageurs qui s'engagent volontairement dans des activités à haut risque. Mais il est évident que, même pour le groupe de voyageurs qui au cours de l'entretien préparatoire au voyage minimisent les risques, il peut également y avoir une série de moments dangereux insoupçonnés.

Les jeunes voyageurs principalement gagneraient à être informés dans ce contexte, du fait qu'ils séjourneront au cours de leur existence, de manière cumulative, plusieurs semaines ou mois -et parfois des années- dans des régions à risque.

Un nombre substantiel de voyageurs risque une éventuelle transmission d'hépatite B, du fait d'activités à risque dont ils ne soupçonnent pas qu'elles puissent être source d'une transmission du VHB. La majorité des voyageurs qui courent un tel risque ne sont pas vaccinés.

Dr. A. Van Gompel (ITG-Antwerpen) & Dr. W. Peetermans (UZ-KULeuven)

Pour la pratique, on retiendra

On peut se référer au " Consensus belge " émis en juin 2001 par le Groupe d'Etude Scientifique pour la médecine du voyage.

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée :

1. pour les personnes qui voyagent régulièrement en Asie, en Amérique latine et en Afrique, ainsi que pour les personnes qui y résident pendant plus de 3 à 6 mois, et sûrement les enfants ;
2. pour tout voyageur pouvant avoir des contacts sexuels ou risquant une intervention chirurgicale ou dentaire ;
3. pour toute personne employée dans le secteur des soins de santé
4. la vaccination contre l'hépatite B fait partie intégrante du schéma de base des vaccins pour les nourrissons. On vaccine également la cohorte des élèves de la dernière année de l'enseignement primaire. Le voyage est une occasion de vacciner les adolescents et les jeunes adultes et de les intégrer dans le programme de vaccination universelle contre l'hépatite B de l'OMS en vue de l'éradication de cette maladie. Pour rappel, l'OMS recommande également la vaccination contre l'hépatite A, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, à toutes les personnes qui voyagent en Asie/Océanie, Afrique et Amérique latine. Lorsque les vaccinations contre les hépatites A et B sont

conseillées à un même voyageur, on peut recourir au vaccin combiné (Twinrix®).

Pour plus d'information : WHO-guidelines 2002 - HBV Risk for travellers (<http://www.who.int/ith>)

Références :

- (1) Zuckerman JN, Steffen R. Risks of hepatitis B in travelers as compared to immunization status. *J Travel Med.* 2000 Jul-Aug;7(4):170-4
- (2) Matteelli A, Carosi G. Related Articles Sexually transmitted diseases in travelers. *Clin Infect Dis.* 2001 Apr 1;32(7):1063-7.
- (3) Lange WR, Frame JD. High incidence of viral hepatitis among American missionaries in Africa. *Am J Trop Med Hyg.* 1990 Nov;43(5):527-33

France

La politique vaccinale

En France, la politique vaccinale s'appuie principalement sur les avis et propositions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), section des maladies transmissibles et du Comité technique des Vaccinations groupe de travail permanent du CSHPF.

Certaines vaccinations sont obligatoires en population générale (pour les nourrissons : diphtérie, tétanos, poliomyélite, 3 injections suivies d'un rappel avant 18 mois ; BCG à l'entrée en collectivité et au plus tard à 6 ans), d'autres sont réservées à des populations à risque professionnel (diphtérie, tétanos, poliomyélite, tuberculose, hépatite B pour les personnels des établissements de prévention et de soins, typhoïde pour les personnels de laboratoires) ou épidémiologique (fièvre jaune en Guyane). Toutes les autres vaccinations proposées dans le calendrier vaccinal, y compris les rappels, sont recommandées.

La diffusion du calendrier vaccinal se fait grâce aux publications dans

le bulletin officiel du ministère chargé de la santé, le bulletin épidémiologique hebdomadaire, la rubrique vaccinations du site internet du ministère (www.sante.gouv.fr, rubrique vaccinations), les documents préparés par le Comité français d'éducation pour la santé, sans compter les revues professionnelles.

La réalisation des vaccinations est confiée aux médecins libéraux, généralistes ou pédiatres (autour de 85% pour la vaccination des nour-

rissons), aux services de vaccinations et aux services de protection maternelle et infantile des conseils généraux, aux services de promotion de la santé en faveur des élèves, aux services de médecine universitaire et de médecine du travail, aux centres de vaccinations des voyageurs, etc... Les vaccins obligatoires et certains vaccins recommandés sont proposés gratuitement dans les services de vaccinations et de PMI, ou sont pris en charge par les régimes d'assurance-maladie, le taux de rem-

boursement étant de 65%. Sont proposés gratuitement le vaccin contre la grippe par l'envoi d'un bon aux assurés sociaux à partir de 65 ans et à certaines personnes à risque, et le vaccin rougeole-rubéole-oreillons pour les enfants jusqu'à 13 ans.

Les vaccins utilisés en France bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché délivrée après une évaluation de qualité, d'efficacité et d'innocuité du vaccin et l'enregistrement est fait à niveau européen selon une procédure centralisée ou de reconnaissance mutuelle. Les lots de vaccins sont contrôlés par les laboratoires de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cet organisme est également chargé de la surveillance des effets indésirables des vaccinations.

Le bureau des maladies transmissibles et des politiques vaccinales de la Direction générale de la santé a un rôle de coordination dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de vaccination. L'Institut de Veille Sanitaire est chargé de la surveillance épidémiologique entre autres des maladies évitables par vaccination, en liaison avec différents réseaux et structures spécialisées.

La couverture vaccinale est élevée chez les nourrissons de moins de deux ans (autour de 95% pour 3 doses de DTP, IPV et Hib), sauf pour le vaccin triple rougeole-rubéole-oreillons où elle ne dépasse pas 84%. Elle est encore importante chez les enfants, mal connue chez les adultes où elle est probablement suboptimale; la vaccination contre la grippe concerne, elle, 70% environ de la population cible.

Le calendrier vaccinal actuel 2002 est repris au tableau. Il comporte en outre des recommandations visant les risques professionnels, les risques liés aux voyages, ainsi que certaines situations particulières.

L'introduction des vaccins anti-pneumococciques conjugués dans le calendrier du nourrisson est en cours de discussion.

Docteur Nicole Guérin, membre du Comité technique des Vaccinations

Tableau : calendrier vaccinal 2002

| Ages | Vaccins contre |
|---------------------|---|
| Dès le 1er mois | Tuberculose : BCG (pour les enfants vivant en collectivité) |
| A partir de 2 mois | DTP*, IPV, Hib (3 injections à un mois d'intervalle) Hep B (2 injections à un mois d'intervalle, la troisième entre 5 et 12 mois après la deuxième) |
| A partir de 12 mois | RRO Hep B (troisième injection possible 5 à 12 mois après la deuxième) |
| 16-18 mois | DTP *, IPV, Hib (Premier rappel) |
| Entre 3 et 6 ans | RRO (deuxième dose) |
| Avant 6 ans | Tuberculose : BCG pour tous les enfants |
| 6 ans | DT, IPV (deuxième rappel) RRO (rattrapage pour les enfants n'ayant pas encore reçu deux doses) |
| 11-13 ans | DTPa, (deuxième rappel pour Pertussis) IPV (troisième rappel) RRO (une dose en rattrapage pour les enfants non encore vaccinés) Hep B (trois injections en rattrapage pour les enfants non encore vaccinés) Epreuve tuberculinique (les enfants aux tests tuberculoniques négatifs vérifiés par IDR seront vaccinés ou revaccinés) |
| 16-18 ans | DT, IPV (quatrième rappel) Rubéole pour les jeunes femmes non vaccinées |
| A partir de 18 ans | T, IPV tous les 10 ans Hep B, pour les personnes à risques Rubéole pour les jeunes femmes non vaccinées |
| A partir de 65 ans | Grippe tous les ans |

* En primovaccination : la vaccination coquelucheuse est conseillée avec le vaccin à cellules entières, mais est possible avec le vaccin acellulaire. Puis le vaccin à cellules entières ou acellulaire peuvent être utilisés indifféremment au premier rappel.

** Seul le vaccin acellulaire peut être utilisé au deuxième rappel.

DTP : diphtérie-tétanos-coqueluche
IPV : vaccin polio inactivé
Hib : *Haemophilus influenzae de type b*
RRO : rougeole-rubéole-oreillons

NDLR : L'utilisation de vaccins combinés est privilégiée.

Actualité

Vaccination contre le méningocoque C

Comme nous l'avons déjà signalé dans le numéro précédent, grâce à l'accord conclu entre le Gouvernement fédéral et les Communautés, ces dernières ont initié des campagnes pour favoriser la vaccination contre le méningocoque C. En Flandre, durant la première moitié de 2002, le vaccin gratuit est proposé pour tous les enfants depuis l'âge de 1 an, jusqu'à la troisième année maternelle. Les enfants fréquentant la troisième année secondaire peuvent également obtenir le vaccin gratuit. A partir de septembre 2002, les nouveaux élèves de troisième secondaire, ainsi que ceux âgés de 5 et 6 ans recevront le vaccin gratuit, de même que le groupe des enfants ayant atteint l'âge d'un an. Tous les vaccinateurs, aussi bien institutionnels que médecins généralistes ou pédiatres, reçoivent un stock de départ. Les médecins peuvent uniquement commander le vaccin par internet (vaccins@Vlaanderen.be). En Communauté française seuls les enfants âgés de 1 à 5 ans seront dans une première phase concernés. De cette manière, un objectif de santé publique pourra être rencontré : une couverture maximale parmi 5 cohortes d'enfants. Les enfants nés en 2001 auront automatiquement accès au vaccin lorsqu'ils atteindront l'âge de 13-15 mois, simultanément à la demande de vaccin RRO via les autocollants de commande utilisés en routine en Communauté française. Après le 30 juin 2002, la Direction générale de la Santé établira un bilan des doses utilisées et une procédure de rattrapage des enfants non vaccinés dans la première phase (probablement via une identification de ces enfants par la médecine scolaire). Si des doses restent disponibles, une éventuelle extension à une autre cohorte d'enfants pourrait être proposée en fin d'année.

Il est essentiel de vacciner le maximum d'enfants de chacune des cohortes sélectionnées, afin de pouvoir contrôler l'infection dans ces groupes et de pouvoir ensuite étendre progressivement la protection à d'autres cohortes d'âges.

Les enfants qui sont en dehors des catégories d'âges sélectionnées peuvent évidemment acheter le vaccin en pharmacie, sur prescription (coût environ 35 Euros). Certaines mutuelles remboursent le coût du vaccin, partiellement et selon des modalités variables.

Vaccins conjugués disponibles en Belgique :

Meningitec® (Wyeth Lederle)

Menjugate® (Aventis Pasteur MSD)

NeisVac-C (Baxter)

Communiqués

Médecine du voyage

Nous vous annonçons la disponibilité de la nouvelle édition du guide «Conseils de santé pour voyageurs». Cet ouvrage de référence en médecine de voyage est rédigé par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et est publié dans la collection «Médasso Headlines». Cette brochure est destinée en premier lieu aux médecins généralistes, afin qu'ils puissent disposer d'une information actualisée et pratique pour conseiller les voyageurs parmi leurs patients.

Le guide sera diffusé en exclusivité par les délégués de GlaxoSmithKline à partir du mois de mai 2002.

Hépatite B

Le vaccin Engerix B - Junior 10 µg est remboursé en catégorie Bf (via le médecin conseil de la mutuelle) pour des enfants de 0 à 1 an et de 11 à 15 ans inclus.

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.

www.immunize.org

Site de l'*Immization Action Coalition* (non profit organization)

www.childrensvaccine.org

Site de *The Children's Vaccine Programme* (initiative de Bill Gates)

www.immunizationinfo.org

Site proposé par *Infectious Disease Society of America, Pediatric Infectious Diseases Society, American Academy of Pediatrics* et *American Nurses Association*.