

# La vaccination

Bruxelles, le 10 novembre 2018

par les D<sup>rs</sup> Thierry VAN DER SCHUEREN et Séverine KERCKX •  
 Promo Santé & Médecine Générale asbl •  
[coordination@promosante-mg.be](mailto:coordination@promosante-mg.be)

**En novembre dernier, Promo Santé & Médecine Générale organisait une Grande Journée dédiée à la vaccination afin de faire le point sur la situation en Belgique francophone, aborder certains sujets d'actualité, discuter du rôle du médecin généraliste et des difficultés actuelles dans cette matière sensible. L'ensemble des experts était de sexe féminin, témoin de l'investissement particulier des femmes en prévention.**

## La place du médecin généraliste dans le programme de vaccination

La Santé Publique a pour but d'organiser la société afin de prévenir les maladies, promouvoir la santé et prolonger la vie. Certaines mesures fonctionnent mais beaucoup d'autres pas ! Les programmes de vaccination sont très efficaces. Ils permettent de prévenir de nombreuses maladies et même d'en éradiquer certaines. Ils offrent tant une protection individuelle qu'une protection collective. Ils doivent veiller à être accessibles à toutes et tous.

En FWB, le calendrier vaccinal officiel est basé sur les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé. Les objectifs sont de donner gratuitement les vaccins via les vaccinateurs pour tous les enfants et la vaccination contre la coqueluche aux femmes enceintes ; le second objectif est d'atteindre une couverture vaccinale de 95 % pour les 2 doses du RRO afin d'éliminer la rougeole.

**En Belgique, aucun vaccinateur n'a le monopole de la vaccination.** Nous devons atteindre un objectif tous ensemble. Selon les chiffres actuels, la médecine générale est active à toutes les étapes du calendrier vaccinal mais surtout pour le Tétravac<sup>®</sup> de 5-6 ans (72,7 % des cas) car ces enfants ne vont plus à l'ONE et n'iront à la médecine scolaire que vers 7 ans. Pour la vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche et la grippe et pour les vaccinations adultes, le médecin généraliste est le principal vaccinateur. L'analyse des don-

nées vaccinales belges permet de tirer **certaines conclusions** sur la situation actuelle :

- le MG est le seul vaccinateur capable d'effectuer les rattrapages de vaccination ;
- le MG est le seul vaccinateur qui suit les patients dans la durée ;
- le MG peut améliorer ses performances vaccinales en étant plus systématique ;
- le MG est le principal acteur dans l'information et la promotion de la vaccination.

Il est utile que le MG considère sa patientèle comme une population, une communauté. Pour la protéger au mieux, une couverture vaccinale suffisante doit être atteinte afin que celles et ceux qui ne peuvent pas être vaccinés soient aussi protégés par les autres membres vaccinés de la communauté. Pour cela, **il est conseillé d'adopter une approche systématique de vérification de la vaccination et un encodage des données** tant pour le dossier que pour l'échéancier.

Le médecin généraliste est un acteur essentiel de Santé Publique, même sans le vouloir. (TVdS)

D'après l'exposé « La place du généraliste en vaccination » du D<sup>r</sup> Béatrice SWENNEN, ESP, ULB.

**Mots-clés : vaccination, santé publique.**

## Savoir répondre à l'hésitation vaccinale

L'hésitation vaccinale est le retard d'acceptation ou le refus des vaccins malgré leur disponibilité. Il s'agit d'un problème complexe et variable d'un patient à l'autre.

Le refus catégorique de la vaccination est le fait de patients très engagés pour leur santé mais avec une très faible confiance envers la science et les autorités. En cas de refus catégorique, il est inutile d'argumenter car aucune ambivalence n'est présente. **C'est seulement auprès des patients hésitants qu'il est utile de prendre le temps d'expliquer et de répondre aux questions.** C'est donc bien les capacités de communication du médecin et sa capacité d'écoute des



préoccupations et croyances du patient qui lui permettront de rallier ces patients à la vaccination.

La vaccination est un acte médical volontaire pour protéger un individu et la collectivité. Cependant de nombreux parents préfèrent prendre un risque de maladie (maladie dont ils ne sont pas responsables dans l'absolu) plutôt que de se sentir responsables de prendre volontairement un risque en autorisant la vaccination de leur enfant. Dans ces situations, il est utile d'informer que les vaccins sont là pour éviter soit des maladies graves (hépatite, méningite, etc.), soit des maladies avec complications graves (rougeole, rubéole...). Vacciner son enfant permet aussi d'éviter que des enfants plus jeunes (pas encore vaccinés) ou plus faibles (pas vaccinables) ne soient contaminés.

Certains parents et patients redoutent les effets secondaires des vaccins. Ces effets secondaires existent, mais ils sont moindres, tant en nombre qu'en gravité, que les effets de la maladie elle-même. Ni les études scientifiques, ni la pharmacovigilance n'ont démontré de risque des adjuvants actuels des vaccins. La douleur liée à l'injection inquiète aussi les parents. Diverses techniques existent pour diminuer cette douleur et les pleurs de l'enfant. Parmi ces techniques citons l'utilisation de la tétine ou d'une solution sucrée avant le vaccin, de techniques de distraction de l'enfant, la position verticale de l'enfant pour la vaccination. Signalons encore que la vaccination améliore aussi le lien entre l'enfant et le parent qui l'accompagne. (TVdS)

D'après l'atelier « Comment répondre à l'hésitation vaccinale » du Dr Julie SPODEN, médecin généraliste à Louvain-la-Neuve.

**Mots-clés :** hésitation vaccinale, vaccination.

## Les vaccins contre le HPV

L'HPV est un virus qui infecte la peau et les muqueuses. 80% de la population sexuellement active sera touchée (très souvent lors des premiers rapports sexuels) mais 90% des infections guérissent spontanément dans les 6 à 18 mois. **Chez la femme**, le pic de prévalence des cancers induits par l'HPV (du col très majoritairement) se situe entre 25 et 30 ans, on retrouve aussi un pic moins important vers l'âge de 60 ans. **Chez l'homme**, la prévalence de ces cancers est plus constante au cours du temps. L'HPV est responsable de 5% des cancers à travers le monde, avec une augmentation des cas de cancers ORL (1<sup>re</sup> cause devant alcool et tabac). Le préservatif n'offre pas une protection complète car le virus se transmet par différents biais (les doigts, la bouche, etc.); la protection vaccinale est donc d'autant plus importante. Les vaccins bi- et quadrivalents contre l'HPV offrent une protection contre 70% des cancers du col de l'utérus, le vaccin nonavalent ajoute une protection contre les souches qui provoquent les cancers anaux, péniens et

oropharyngés (plus fréquents chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes). Selon de nouvelles données, la durée de protection serait de minimum 10 à 15 ans. Il est recommandé de vacciner les personnes immunodéprimées qui sont très à risque pour les lésions précancéreuses.

**Les schémas recommandés** sont :

- entre 9 et 14 ans : 0-6 mois ;
- après 14 ans : 0-1 (Cervarix®) ou 2 (Gardasil®) -6 mois.

Le vaccin est remboursé jusqu'à 18 ans inclus (gratuit pour les filles de maximum 18 ans s'il est commandé à la RW/COCOF). On a pu observer une nette diminution des CIN 2 et CIN 3 en Australie, où tout le monde est vacciné. On estime que dans 40 ans, il y aura une diminution des cancers à 1 à 3/100 000. Dès lors, on envisage de faire passer le dépistage de 3 à 5 ans. **En Belgique, à l'heure actuelle, le CSS conseille de vacciner aussi bien les filles que les garçons.** (SK)

D'après l'exposé « Vaccination contre le HPV » du Dr Sophie NOËL, médecin généraliste et sexologue à Bruxelles.

**Mots-clés :** Vaccination, HPV.

## Rougeole-Rubéole-Oreillons

La **rougeole** est une maladie virale hautement contagieuse à déclaration obligatoire (diagnostic biologique par frottis salivaire ou prise de sang). Les complications sont rares mais graves. Le diagnostic clinique se fait par la triade fièvre, éruption maculopapuleuse et au moins 1 des symptômes suivants : toux, rhinite, conjonctivite. Vu le réservoir exclusivement humain, il est possible d'éradiquer la rougeole si on atteint 95% de taux de vaccination pour les 2 doses. Notez qu'une épidémie est en cours en Europe depuis le début de l'année 2018<sup>a</sup>.

La **rubéole** est une maladie en recrudescence depuis 2012. Elle est en général bénigne sauf pour la femme enceinte chez qui les complications sont fréquentes et graves pour le fœtus (déclaration obligatoire du syndrome de rubéole congénitale). Le réservoir est uniquement humain. Le diagnostic est clinique : éruption ET au moins 1 des symptômes suivants : adénopathies, arthralgies et arthrite. Le diagnostic biologique se fait par prise de sang, frottis de gorge ou urines (PCR). Il y a quasi 100% de protection avec 1 dose de vaccin.

a. Voir le communiqué de l'AVIQ du 22.02.2019 : [https://www.aviq.be/handicap/pdf/actualites/communiqués\\_presse/2019%2002%2022%20CP%20AVIQ%20-%20l'AVIQ%20fait%20le%20point%20sur%20la%20rougeole.pdf](https://www.aviq.be/handicap/pdf/actualites/communiqués_presse/2019%2002%2022%20CP%20AVIQ%20-%20l'AVIQ%20fait%20le%20point%20sur%20la%20rougeole.pdf)

Les **oreillons** sont une maladie en recrudescence depuis 1990. Leur déclaration est obligatoire. Le réservoir est strictement humain. Le diagnostic est clinique : fièvre et au moins 1 des symptômes suivants : parotidite, orchite, méningite. La confirmation biologique se fait par prise de sang ou frottis salivaire. Le vaccin n'est pas parfaitement protecteur (88 % après 2 doses) mais une bonne couverture vaccinale réduit considérablement la transmission.

Le vaccin RRO est contraindiqué chez la femme enceinte et les patients immunodéprimés. Il est utile de vacciner les personnes non immunisées pour la rougeole dans les 72 h après contact avec une personne infectée. (TVdS)

D'après l'exposé « RRO » du Dr Caroline FORTPIED, médecin généraliste à Spy.

**Mots-clés : vaccination, rougeole, rubéole, oreillons.**

## Le rattrapage vaccinal

Le rattrapage vaccinal est important aussi bien en termes de santé personnelle que publique. Il participe à l'effort d'éradication de certaines maladies (rougeole, polio). Cela concerne les migrants (enfants et adultes), les regroupements familiaux, les adoptions et toute personne en perte de suivi vaccinal.

**Les questions à se poser sont :**

- **l'âge** : le schéma de rattrapage est différent en fonction de l'âge. L'âge pivot est 5 mois (avant cet âge, un retard ne change pas le schéma de base ; après 5 mois, il faut réduire le nombre de doses et l'intervalle entre 2 doses est modifié) ;  
Il est aussi important de tenir compte de la qualité de la réponse vaccinale (un vaccin fait avant l'âge recommandé ne compte pas, il est primordial de respecter les intervalles entre les doses) ;
- **le pays d'origine** : les schémas varient très fort entre les pays, même au sein de l'Europe. Il existe des sites où l'on peut les trouver :
  - ECDC pour les pays européens : <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/pages/scheduler.aspx>
  - OMS pour les autres pays : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary)
- **la couverture santé/stabilité du pays d'origine** : il faut être particulièrement attentif aux personnes venant de pays où il y a des conflits (Syrie, République centrafricaine, Somalie, Nigeria, Guinée depuis l'épidémie d'Ebola, etc.) ;
- **les preuves de vaccination** : concernant une vaccination incertaine, considérer que la personne est non vaccinée sauf pour le tétanos et l'hépatite B où l'on peut faire 1 injection test puis demander la sérologie 4-6 semaines après. Pour le RRO, l'hépatite A et le virus varicelle-zoster (VZV), il est pos-

sible de contrôler la sérologie. Il vaut mieux croire qu'une personne est mal vaccinée plutôt que de penser erronément qu'elle est protégée (pas de danger d'une dose en trop). (SK)

## Quelques informations complémentaires utiles

**Une dose reçue n'est jamais perdue** : il n'y a pas de nécessité de rajouter de dose, même si le début de la vaccination s'est fait plusieurs années plus tôt.

Il existe une meilleure compliance avec des vaccins combinés.

**Hib** : plus de rattrapage nécessaire après 5 ans, il faut rester particulièrement attentif aux patients pédiatriques splénectomisés.

**Méningocoque** : la Belgique envisage d'introduire le vaccin quadrivalent car il y a une augmentation de la souche W aux Pays-Bas.

**Pneumocoque** : rattrapage jusqu'à 2 ans chez les enfants.

**Polio** : il n'est pas nécessaire de faire un rattrapage chez l'adulte en Belgique s'il n'y a aucun projet de voyage et pas de contacts avec une personne originaire d'un pays endémique (Nigeria, Afghanistan, Pakistan).

**Varicelle** : Peu de personnes venant des pays chauds ont fait la varicelle. Le vaccin est à proposer aux femmes séronégatives en âge de procréer, au personnel de santé et aux personnes en contact avec des enfants.

**Immunosuppression et grossesse** sont des contre-indications formelles aux vaccins vivants atténués (RRO, fièvre jaune, varicelle, BCG et Polio oral).

**Hépatite A** : il est conseillé de vacciner si le patient voyage dans un pays endémique ou si la famille originaire d'un pays endémique vient en visite. (SK)

D'après l'atelier « Rattrapage vaccinal » du Dr Charlotte MATIN, infectiologue au CHU Saint-Pierre, ULB

**Mots-clés : vaccination, rattrapage.**