

Les fiches de vaccination du Conseil Supérieur de la Santé ont été révisées [voir www.health.fgov.be/shc/vaccinations, date: mai 2009]. Il s'agit de modifications minimales dont voici un aperçu. Les données de cet article proviennent des fiches révisées, à moins que cela ne soit explicitement mentionné autrement.

L'édition 2010 du Répertoire Commenté des Médicaments tient également compte de ces données. Dans l'édition 2010 du Répertoire, les avis du Conseil Supérieur de la Santé au sujet des différents vaccins sont mentionnés, parfois de manière résumée, sous une rubrique séparée, éventuellement complétés par des commentaires du CBIP.

Vaccination des enfants et des adolescents

- Le calendrier des vaccinations de base recommandées chez l'enfant et l'adolescent (version de mai 2009, qui figurera dans l'édition 2010 du Répertoire Commenté des Médicaments) n'a pas été modifié par rapport au calendrier 2008. Les vaccins qui sont repris dans le calendrier des vaccinations de base (enfants et adolescents) sont mis gratuitement à disposition par les Communautés, à l'exception du vaccin contre le rotavirus et du vaccin contre le papillomavirus humain: ceux-ci sont remboursés partiellement par l'INAMI (situation au 01/03/2010).

- Concernant la **vaccination contre Haemophilus influenzae type b (Hib) et contre la coqueluche**, les fiches révisées insistent particulièrement sur l'importance de débiter la vaccination à l'âge de 8 semaines. Le schéma de vaccination contre Hib doit être finalisé à l'âge de 15 mois: le risque d'une infection grave est en effet le plus élevé à un très jeune âge, mais la vaccination de rappel à l'âge de 15 mois est nécessaire pour conférer une protection efficace à plus long terme.

- En ce qui concerne la **primovaccination contre l'hépatite B** chez les jeunes adolescents, seul un schéma à trois doses, avec un vaccin pédiatrique (schéma 0-1-6 mois), était possible jusqu'à présent. Depuis peu, il est également possible d'appliquer un schéma à 2 doses (schéma 0-6 mois), en utilisant un vaccin pour adultes: pour l'instant, cette possibilité n'est mentionnée que dans la notice de Engerix B® (20 µg/ml) (situation au 01/03/2010).

- En Communauté Flamande, on passe au schéma à deux doses pour la vaccination des élèves de première secondaire qui n'ont pas encore été vaccinés contre l'hépatite B (utilisation de Engerix B® 20 µg/ml).
- En Communauté Française, on continue d'appliquer le schéma à trois doses pour ce groupe d'adolescents (utilisation de Hbvax-pro junior®).

- Deux vaccins sont disponibles pour la **vaccination contre le rotavirus**: Rotarix® (2 doses à l'âge de 8 semaines et de 12 semaines) et RotaTeq® (3 doses à l'âge de 8, 12 et 16 semaines). Le Conseil Supérieur de la Santé insiste sur la nécessité de commencer et de finaliser chaque schéma de vaccination avec un vaccin du même fabricant, et de ne pas administrer la dernière dose après l'âge de 6 mois. [N.d.l.r.: la place exacte de la vaccination contre le rotavirus dans des pays tels que le nôtre où la mortalité liée à ce virus est très faible, fait l'objet de discussions, voir aussi les Folia de juillet 2006 et de février 2007].

- La **vaccination contre les pneumocoques** chez les nourrissons a pour objectif principal de prévenir les infections graves et invasives; la protection conférée contre l'otite moyenne et la pneumonie est moins claire. On signale dans le Répertoire Commenté des Médicaments que, vu le faible nombre de sérotypes présents dans le vaccin, son utilisation prolongée et à grande

échelle pourrait induire un glissement vers des sérotypes non présents dans le vaccin. Aux Etats-Unis, où une diminution significative de l'incidence des infections invasives à pneumocoques a été observée depuis la vaccination généralisée contre les pneumocoques chez les jeunes enfants, l'effet protecteur est en effet légèrement atténué suite au glissement vers des infections invasives dues à des sérotypes non présents dans le vaccin. En Belgique, des données récentes chez des enfants âgés de moins de 5 ans indiquent une diminution de l'incidence des infections invasives à pneumocoques dues aux sérotypes présents dans le vaccin, mais pas de l'incidence globale des infections invasives à pneumocoques (une augmentation a surtout été observée avec les sérotypes 1, 7F et 19A).

Aux Etats-Unis, des données indiquent aussi une diminution de l'incidence des infections invasives à pneumocoques chez les enfants plus âgés et les adultes, ce qui s'explique par l'immunité de groupe (*herd immunity*, c.-à-d. que le germe circule moins grâce à la vaccination des jeunes

enfants, et les personnes non vaccinées se trouvent ainsi indirectement protégées). En Belgique, on ne dispose actuellement pas de données concernant les adultes âgés de plus de 65 ans.

Vaccination des adultes

- En ce qui concerne la **vaccination contre l'hépatite A**, un groupe supplémentaire a été ajouté aux groupes de personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée: les personnes en contact étroit avec un enfant récemment adopté et issu d'un pays à prévalence élevée d'hépatite A.

- En ce qui concerne la **vaccination contre l'hépatite B**, le Conseil Supérieur de la Santé a défini quelques groupes de personnes à risque pour lesquelles la vaccination est recommandée: les homosexuels masculins, les prostituées, les toxicomanes, les patients chez lesquels une infection sexuellement transmissible (IST) a été diagnostiquée et les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels. Aucun remboursement n'est prévu pour ces groupes à risque supplémentaires.

En bref

- On sait que les **antipsychotiques** peuvent provoquer **des effets indésirables métaboliques** (entre autres prise de poids, hyperlipidémie, hyperglycémie), et on suppose que l'importance de ce risque varie d'un antipsychotique à l'autre [voir Folia de février 2006 et de juin 2009]. Les données concernant les effets indésirables métaboliques chez les enfants et les adolescents sont rares. Une étude de cohorte (étude SATIETY), menée aux Etats-Unis auprès de 272 enfants et adolescents (âgés de 4 à 19 ans) traités par de l'aripiprazole, de l'olanzapine, de la quétiapine ou de la rispéridone, apporte plus d'informations [JAMA 2009;302:1765-73, avec un éditorial 1811-2]. Après un traitement de 11 semaines, une prise de poids manifeste a été observée chez

les patients traités par des antipsychotiques (allant de + 4,4 kg avec l'aripiprazole, à + 8,5 kg avec l'olanzapine), tandis que la prise de poids était négligeable dans le groupe témoin (+ 0,2 kg). Chez plus de la moitié des patients traités, la prise de poids était supérieure à 7% du poids corporel. Des effets négatifs sur le profil lipidique, la glycémie et l'insulinémie ont aussi été observés, mais ces effets n'étaient pas toujours statistiquement significatifs. Dans les "Résumés des Caractéristiques du Produit" (notices scientifiques) belges, l'usage chez les enfants et les adolescents n'est pas toujours mentionné comme indication; il existe peu d'expérience dans cette population, et de nombreuses incertitudes subsistent, par exemple en ce qui concerne la dose optimale.