

Introduction

La vaccination systématique par le vaccin trivalent constitué des virus vivants atténués de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (RRO) a été introduite en Belgique en 1985 (première dose) et 1995 (deuxième dose).

Entre 1982 et 1998, l'incidence de la rougeole est passée de 714 à 10 par 100.000 habitants en Flandre et de 1.281 à 32 en Wallonie.

Pour la même période, l'incidence des oreillons est passée de 548 à 40 par 100.000 habitants en Flandre et de 1.103 à 47 en Wallonie.

En 2011, la Belgique a été confrontée à une augmentation du nombre de cas de rougeole. Au total 566 cas ont été signalés en 2011 contre 33 en 2009 et 40 en 2010. Des épidémies de rougeole ont également été constatées dans d'autres pays européens. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'enfants ou d'adultes non vaccinés ou d'enfants de moins de 12 mois (c.-à-d. avant l'âge de la première vaccination au moyen du vaccin RRO). Cette augmentation peut s'expliquer par la couverture vaccinale suboptimale au moyen du vaccin RRO dans la population en général et l'existence de groupes à risque rendant possible une accumulation de personnes sensibles.

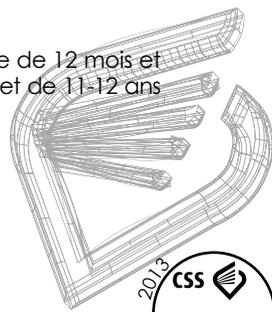
Il est fait état, tant en Belgique que dans d'autres pays, d'émergences d'oreillons, principalement chez les adolescents et les jeunes adultes. En 2011, une première vague a eu lieu en Flandre où 164 cas ont été signalés. En 2012, plus de 1.700 cas d'oreillons ont été notifiés en Flandre. En Wallonie et à Bruxelles, les notifications de cas d'oreillons sont également en augmentation. L'apparition d'épidémies récentes peut s'expliquer par un échec du vaccin tant primaire que secondaire associé à une couverture vaccinale insuffisamment élevée (<90-95% pour les deux doses de RRO).

Il y a peu de données épidémiologiques fiables pour la rubéole. Deux études sérologiques, réalisées en 2002 et 2006, ont montré que le pourcentage de femmes séronégatives en âge de procréer est compris entre 13,4 et 15% en Belgique. Au cours des dernières années, le nombre de cas de rubéole congénitale déclarés a varié entre 0 et 1 cas par an. La réduction du nombre de cas de rubéole congénitale s'explique principalement par le fait que les jeunes enfants vaccinés ne sont plus une source de contagion pour les sujets non immuns de leur entourage.

Recommandations et schéma vaccinal

Selon les recommandations du producteur, le vaccin est administré de préférence en injection soit sous-cutanée soit intramusculaire.

- Le schéma vaccinal comporte une première dose de RRO à l'âge de 12 mois et une deuxième dose à l'âge de 10-11 ans (5^{ème} primaire) en Flandre et de 11-12 ans (6^{ème} primaire) en Fédération Wallonie-Bruxelles.



- Si nécessaire, une vaccination de rattrapage pour les deux doses sera proposée aussi tôt que possible (voir fiches «vaccination de rattrapage»).
- Enfants de moins de 12 mois qui voyagent dans une région à risque épidémique accru (comme c'est actuellement le cas dans plusieurs pays européens): une vaccination RRO supplémentaire à partir de l'âge de 6 mois. Etant donné que la vaccination entre 6 et 12 mois offre une protection considérable mais non durable, le schéma de vaccination habituel doit ensuite être suivi, comprenant une 2^{ème} vaccination à l'âge de 12 mois (ou au moins quatre semaines après la vaccination supplémentaire) et une 3^{ème} dose à l'âge de 10-12 ans comme recommandé.

Effets indésirables

Des réactions locales peuvent apparaître immédiatement après la vaccination, notamment une sensation de brûlure de courte durée au site d'injection. Des réactions systémiques peuvent occasionnellement se manifester 5 à 10 jours plus tard sous forme d'une fièvre, d'un rash et/ou d'arthralgies passagères. Ces symptômes ne persistent que 2 ou 3 jours et sont une forme atténuée de l'infection rougeoleuse ou rubéoleuse. De même, plus rarement, un gonflement parotidien peut également survenir. Les enfants présentant des symptômes post-vaccinaux ne sont pas contagieux.

L'allergie aux oeufs ne constitue pas une contre-indication sauf chez les sujets qui ont présenté dans leurs antécédents des réactions anaphylactiques aux oeufs ou aux substances du vaccin. Les traces d'ovalbumine sont moins souvent en cause lors de manifestations allergiques que les autres constituants du vaccin comme la gélatine et la néomycine.

Pour une description complète, nous nous référons à la notice pour le public de l'AFMPS et aux données générales du CBIP concernant les vaccins :
<http://www.fagg-afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/notices/>
http://www.cbip.be/GGR/Index.cfm?qgrWelk=/GGR/MPG/MPG_L.cfm

Perspectives

L'OMS cible l'élimination de la rougeole et de la rubéole pour l'année 2015 dans la région européenne. Pour réaliser cet objectif, il faut atteindre une couverture vaccinale très élevée (> 95%) pour les deux doses de vaccin.

L'étude de séroprévalence (2006) a démontré que l'immunité de personnes âgées de 5 à 30 ans était en 2006 (°1976-2001) insuffisante pour éviter des épidémies de rougeole. Il est donc important d'améliorer la couverture vaccinale, principalement pour la deuxième dose.

