



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**VACCINATION CONTRE
LA GRIPPE SAISONNIÈRE**

**SAISON HIVERNALE 2021-2022
DANS LE CONTEXTE COVID-19**

**JUIN 2021
CSS N° 9625**



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre la grippe
saisonnière - Saison hivernale 2021-2022. Bruxelles: CSS; 2021.
Avis n° 9625.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir
de la page web: www.css-hgr.be

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9625

Vaccination contre la grippe saisonnière Saison hivernale 2021-2022

*This advisory report deals with the vaccination against seasonal flu
and determines which population groups should be given priority for vaccination*

Version validée par le Collège de juin 2021

I INTRODUCTION ET QUESTION

Le 26 janvier 2021, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a reçu de la part de Mr le Ministre Frank Vandenbroucke une demande d'avis (deux questions) concernant la stratégie vaccinale contre la grippe saisonnière pour la période 2021-2022. Pour des raisons opérationnelles, Mr le Ministre souhaiterait obtenir ces recommandations le plus rapidement possible. Le CSS a fait en sorte d'y répondre mais a bien dû faire face en premier lieu aux urgences de la stratégie vaccinale contre le SARS-CoV-2.

Ces deux questions sont (*traduction libre*) :

« - La définition claire du groupe cible prioritaire et de l'ordre de priorité est un élément important pour le succès d'une campagne de vaccination. La définition des groupes cibles doit être aussi précise que possible afin qu'il n'y ait aucune marge d'interprétation. Cela permet également la possibilité de travailler par phases.

- Les groupes cibles et la hiérarchisation des priorités doivent être mis en concordance avec un nombre limité de vaccins contre la grippe. Pour la prochaine saison de grippe 2021-2022, on s'attend à ce que la demande soit encore élevée et que l'offre reste par définition limitée. »

Plusieurs types de virus grippaux peuvent provoquer la grippe saisonnière, les plus courants appartenant aux types A et B. Ces différents types de virus grippaux se subdivisent en différentes souches ou différents sous-types. Les virus grippaux en circulation évoluent sans cesse, mais font l'objet d'une surveillance permanente (par exemple par l'OMS, CDC, ECDC, Sciensano, ...), ce qui permet de miser sur la composition la plus efficace pour contrer la prochaine épidémie de grippe saisonnière, et ce sur la base de prévisions et des (sous-) types les plus courants en circulation.

Les vaccins quadrivalents comportent des antigènes contre les deux souches les plus courantes de type A et des composants contre les deux souches de type B en circulation (Victoria et Yamagata). Seul ce type de vaccin sera disponible en Belgique pour la saison 2021-2022.

Compte-tenu du contexte sanitaire général et de l'expérience de la saison précédente, le CSS a examiné la possibilité d'adapter et de compléter ses avis précédents concernant les groupes prioritaires et leur phasage éventuel pour la vaccination contre la grippe saisonnière (CSS 9488, 2018 ; CSS 9531, 2019 ; CSS 9581, 2020).

Il est en effet à noter que la saison 2020-2021 fut la première où il a été décidé d'implémenter la « vaccination en phases » pour pallier à une demande importante et à une éventuelle limitation du nombre de vaccins disponibles. Ce phasage avait pour but de s'assurer que les groupes prioritaires soient bel et bien vaccinés. L'idée première était de vacciner en deux phases : les personnes reprises dans les catégories A et B en premier lieu puis d'ouvrir la vaccination à ceux qui le souhaitaient (catégorie C). Ce phasage a dû être revu en cours de saison car, d'une part, l'approvisionnement de vaccins a été retardé et, d'autre part, la demande des plus de 50 ans (catégorie B) a été plus importante qu'initialement prévue (préoccupations de la population face à la pandémie de la COVID-19). Le phasage a donc été scindé en 3 phases : catégorie A, puis catégorie B puis les autres. Ce changement en cours de route a donné lieu notamment à des soucis de gestion en médecine du travail et à une vaccination tardive (mi-décembre) pour la catégorie C.

Sur les 2.9 millions de doses prévues pour la saison précédente (2020-2021), 5% n'ont pas été administrés suite aux difficultés rencontrées (gestion, retard d'approvisionnement, modification du phasage, vaccination tardive dans la saison, etc.). Par contre, à ce jour, on ne dispose pas d'information sur la quantité de vaccins qui a été « *inadéquatement* » administrée aux personnes en bonne santé et aux jeunes.

Il est à noter que, pour la saison 2020-2021, la couverture vaccinale des groupes prioritaires était élevée et qu'elle a significativement augmenté comparativement à la saison précédente.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*¹

Mesh terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
<i>Influenza, human</i>	<i>Flu</i>	<i>Griep</i>	Grippe	<i>Grippe</i>
<i>Vaccination</i>	<i>Vaccination</i>	<i>Vaccinatie</i>	Vaccinations	<i>Impfung</i>
<i>Population at risk</i>	<i>Risk groups</i>	<i>Risicogroepen</i>	Groupes à risque	<i>Risikogruppen</i>
<i>Pregnancy complications</i>	<i>Pregnancy</i>	<i>Zwangerschap</i>	Grossesse	<i>Schwangerschaft</i>
<i>Elderly</i>	<i>Elderly</i>	<i>Ouderen</i>	Personnes âgées	<i>Ältere Personen</i>

Liste des abréviations utilisées

AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (FAGG)
BMI	<i>Body Mass Index</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CSS	Conseil Supérieur de la Santé (HGR)
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
CRM	Commission de remboursement des médicaments (CTG)
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité (RIZIV)
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
NITAG	<i>National Immunization Technical Advisory Group</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la Santé</i>

²MeSH (*Medical Subject Headings*) is the NLM (*National Library of Medicine*) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> .

II MÉTHODOLOGIE

Après analyse de la demande du Ministre, le Collège et le président du Domaine Vaccination (NITAG) ont identifié les expertises nécessaires pour répondre à la demande de Mr le Ministre. Sur cette base, un groupe de travail ad hoc a été chargé de la préparation des recommandations.

Le résultat de ce travail préparatoire a ensuite été présenté au NITAG. Dans ce groupe, des expertises en vaccinologie, gériatrie, infectiologie, virologie, soins de santé pour la jeunesse, pédiatrie, médecine générale, médecine interne, standardisation biologique, épidémiologie sont représentées. Les experts de ces deux groupes ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

Ce présent avis repose sur le travail réalisé en mars-avril 2020 (avis CSS 9581), lui-même basé sur une revue de la littérature scientifique pertinente, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*). Cette version de juin 2021 s'appuie en plus sur les données de terrain communiquées par Sciensano, l'AFMPS et le KCE pour la saison en cours, ainsi que sur l'opinion des experts.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail et le NITAG, le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

III CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

3.1. Conclusions et réponses aux questions

Le CSS recommande, pour la vaccination contre la grippe saisonnière 2021-2022 que les groupes de personnes qui suivent soient vaccinés selon le **phasage par catégories de groupe-cible** (et non par types de comorbidités) c'ad selon le phasage Catégorie A > Catégorie B > Catégorie C suivant :

Catégorie A: (en priorité, concomitamment, à partir de la mi-octobre)

- Groupe 1 : les personnes à risque de complications, à savoir:
 - toute personne de 65 ans et plus;
 - tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique sous-jacente, même stabilisée, d'origine pulmonaire (incluant l'asthme sévère²), cardiaque (excepté l'hypertension), hépatique, rénale, métabolique (incluant le diabète), BMI³>35, neuromusculaire ou des troubles immunitaires (naturels ou induits);
 - les personnes séjournant en institution;
 - toutes les femmes enceintes quel que soit le stade de grossesse;
 - les enfants de 6 mois à 18 ans compris sous thérapie à l'aspirine au long cours.
- Groupe 2: tous les travailleurs du secteur de soins de santé, dans et hors institutions de soins (rupture de la transmission). Par « *personnes actives dans le secteur des soins* », on reprend toutes les catégories socio-professionnelles énumérées dans l'avis 9611 de septembre 2020. Ces catégories sont reprises en détail en Annexe 1.
- Groupe 3: les personnes vivant sous le même toit (*herd immunity*) que
 - des personnes à risque du groupe 1;
 - des enfants de moins de 6 mois.

Catégorie B : (après, en fonction de la mise à disposition du vaccin)

De plus, il faut également envisager - en discussion directe avec leur médecin traitant - de vacciner toutes les personnes de 50 à 64 ans compris, même si elles ne souffrent pas d'une pathologie à risque telle que reprise dans le groupe 1 (catégorie A).

Outre le risque accru de les voir développer des complications en cas de grippe en raison de leur âge, il existe en effet une chance sur trois qu'elles présentent au moins un facteur augmentant le risque de complications. Ce risque est d'autant plus présent chez des fumeurs, des buveurs excessifs et des personnes obèses (BMI>30).

Catégorie C : (en tout dernier lieu, si les réserves de vaccin le permettent)

Le reste de la population souhaitant être vacciné pour des raisons d'ordre personnel. Cependant les données montrent que la vaccination systématique des adultes en bonne santé entre 18 et 65 ans n'a aucun impact sur le nombre de consultations médicales, de jours de maladie, de prescription d'antibiotiques et d'hospitalisations et a probablement un effet très limité sur l'absentéisme. C'est la raison pour laquelle la vaccination des 18-65 ans n'est pas recommandée (WOREL, 2018).

² Selon les critères du *Global Initiative for Asthma (GINA Report 2009, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Chapter 2 Diagnosis and classification p 23* (<http://www.ginasthma.com>)

³ BMI : *Body Mass Index*

Pour répondre à la question concernant le phasage de la vaccination contre la grippe saisonnière 2021-2022, le CSS recommande donc de débuter celle-ci d'abord par les groupes repris dans la Catégorie A à la mi-octobre; si les stocks de vaccins le permettent, de procéder ensuite à la vaccination des personnes reprises dans la Catégorie B. Dans la mesure où les doses vaccinales résiduelles le permettraient encore, terminer dès lors par la vaccination des personnes reprises dans la Catégorie C. Cet ordre de priorité ne peut être court-circuité.

3.2 Autres considérations

Selon le groupe d'experts consultés, à la lumière de ce qui s'est passé pour la saison 2020-2021, le stock prévu par les Autorités (3.3 millions de doses pour 2021-2022) est en mesure de répondre à cette recommandation de priorisation dans la vaccination contre la grippe saisonnière.

Il n'est pas possible de prévoir comment/quand le virus de la grippe fera son apparition à la prochaine saison et d'en estimer ni la sévérité ni la virulence. Pour différentes raisons, les cas de grippe dans le monde ont été faibles voire inexistantes durant la saison 2020-2021. Ceci pose question quant à l'immunité de la population pour contrer la phase grippale de la saison 2021-2022. En effet, l'absence d'immunité naturelle acquise récente pourrait augmenter le risque de transmission du virus de la grippe notamment par les enfants/jeunes adultes (non vaccinés et non immunisés naturellement) vis-à-vis des personnes plus à risque.

L'impact potentiel des mesures prises cette année-ci pour la prévention de la COVID-19 sur la non existence de l'épidémie de grippe doit rester présent à l'esprit des Autorités sanitaires. Des mesures aisées à mettre en place et maintenant bien intégrées par la population générale telles que le lavage/désinfection des mains à la solution hydroalcoolique, le port du masque en période d'épidémie (si elle a lieu) tout spécialement dans les lieux fréquentés en communauté (transport en commun, etc.) pourraient être fortement recommandées (sans pour autant être rendues obligatoires).

Le stock de vaccins à commander ne devrait pas être supérieur à celui déjà programmé; le CSS ne s'attend pas un taux de vaccination supérieur à celui de la saison 2020-2021 mais plutôt à un *statu quo*.

De plus, dans le cas de l'apparition d'une épidémie de grippe la saison prochaine, le CSS recommande aux Autorités la poursuite du respect des principes de prévention déjà existants (port du masque/lavage des mains à la solution hydroalcoolique) **surtout auprès des personnes à risque.**

IV. ELABORATION ET ARGUMENTATION

a) Réflexions sur l'utilité d'augmenter le volume du stock de vaccin :

Il est difficile de prévoir le succès de la vaccination contre le virus de la grippe pour la prochaine saison compte-tenu de son absence cette saison 2020-2021 et de la priorité bien compréhensible donnée à vaccination contre le SARS-CoV-2.

Actuellement, les données chiffrées sur le nombre de personnes pouvant bénéficier de la vaccination - en fonction des catégories A et B référencées dans l'avis de 2020 sont les suivantes :

- tout le personnel (au sens large) dans les institutions de santé : < 500.000 personnes
- les 0-64 ans avec comorbidité(s): 1.4 million dont un tiers se fait d'habitude vacciner (données sur base des années précédentes).
- les > 65 ans : 2.1 millions de personnes
- femmes enceintes : ± 115.000 personnes
- les personnes âgées entre 50-64 ans, non personnel soignant, sans comorbidité : 1.5 million

Comme mentionné en introduction, la couverture vaccinale des groupes à risque a augmenté en automne 2020 par rapport aux autres années. En Région flamande, la couverture vaccinale a même atteint 70-80% pour le personnel de santé dans les hôpitaux. En Région wallonne, le taux est de l'ordre de 40%.

Même si on se base sur les taux de 80% de couverture du personnel soignant (au lieu de 40% en 2018), le nombre de personnes concernées reste minime (< 500.000) par rapport aux patients atteints de comorbidités et aux personnes âgées de plus de 65 ans.

De plus, on a pu constater qu'après la crise due au virus H1N1, la vaccination contre le virus de la grippe a diminué. On peut donc se poser la question s'il en sera de même après la pandémie de la COVID-19.

Sur base de ces analyses rétrospectives et de ces réflexions, le groupe d'experts considère/présume que les taux de vaccination de la saison prochaine ne seront pas plus élevés que ceux observés cette saison écoulée, compte-tenu du contexte épidémiologique actuel.

Sachant que 2,9 millions de doses ont été prévues pour la saison précédente (2020-2021) et qu'une planification pour 3,3 millions de doses vaccinales pour la saison 2021-2022 est en négociation au niveau de l'AFMPS et avec le Cabinet, cela semble donc largement suffisant pour les experts consultés, compte tenu de la situation actuelle.

b) Précision sur la terminologie et ordre de priorité (phasage) :

Pour les experts consultés, les catégories et leur « ordre de priorité » méritent d'être plus clairement ou plus précisément définis, notamment comme cela a été proposé dans le cadre de la priorisation de la vaccination COVID-19 (avis 9618). Ceci permettra d'adapter le calendrier à celui des livraisons de vaccins.

Il s'agit notamment de la définition des professionnels de santé en contact avec les personnes à risque. Les interprétations ont été différentes en fonction de la médecine du travail, de la médecine générale et entre centres, ce qui a donné lieu à des accès à la vaccination différents de centres à centres.

Pour les experts consultés, il faut se référer à ce qui a déjà été communiqué en juillet 2020 à ce propos (avis 9597) c'est-à-dire considérer l'hôpital dans sa globalité.

Le fait de vacciner l'entièreté du personnel des hôpitaux sans distinction (autant les techniciens, que les cuisiniers que les travailleurs de la santé de première ligne) joue sur la dynamique de l'hôpital et augmente la motivation à la vaccination. Le CSS a donc décidé de préciser ce point. Par « *personnes actives dans le secteur des soins* » (travailleurs du secteur de soins de santé), on reprend toutes les catégories socio-professionnelles énumérées dans l'avis 9611 de septembre 2020. Ces catégories sont reprises en détail en Annexe 1.

Comme expliqué dans le point précédent, le CSS ne s'attend pas à une explosion des demandes de vaccination « grippe » cette année mais plus tôt un *statu quo* par rapport à l'année passée voire un taux inférieur. En prévoyant 3,3 millions de doses de vaccins, on estime que les groupes prioritaires seront couverts et qu'une modification du phasage ou des stratifications ne soit donc pas pertinente. Ce changement conduirait à des complications opérationnelles mais aussi à des confusions au sein de la population, surtout auprès des personnes habituellement vaccinées d'année en année.

Le CSS recommande que la vaccination débute dès la mi-octobre avec tous les groupes de la Catégorie A. En fonction de la mise à disposition des doses de vaccins, les personnes reprises dans la Catégorie B seront ensuite vaccinées. La Catégorie C - qui reprend le reste de la population (qui souhaite se faire vacciner essentiellement pour des raisons d'ordre personnel) - serait quant à elle vaccinée en dernier lieu.

c) Réflexions sur le phasage en fonction des comorbidités et/ou en fonction de l'âge :

La question s'est posée de savoir s'il fallait prévoir un phasage et donc une priorisation en fonction des comorbidités comme cela a été réalisé pour la vaccination contre la COVID-19 (avis CSS 9618).

Dans le cas présent, cette approche ne semble pas appropriée selon les experts consultés compte-tenu de la disponibilité des vaccins contre la grippe. De plus, opter pour cette méthodologie pourrait amener à des situations où des personnes habituellement vaccinées depuis des années ne pourraient plus l'être ou le seraient plus tard car la pathologie dont elles souffrent serait jugée « moins prioritaire ».

Il faut aussi avoir à l'esprit que ce type de phasage en fonction des comorbidités est extrêmement compliqué à opérationnaliser dans la mesure où l'on ne dispose pas/peu de données quant à l'efficacité du vaccin en fonction de la comorbidité existante ni de l'impact de la grippe en fonction des comorbidités (au contraire des données disponibles avant la vaccination contre la COVID-19).

D'après les données d'hospitalisation (avec un code influenza) en Belgique pour des causes de grippe entre 2004-2007, il apparaît :

- que le risque d'admission à l'hôpital double pour les personnes de 15 à 49 ans avec des comorbidités (par rapport à ceux sans comorbidité)
- que le risque d'admission à l'hôpital quadruple pour les personnes de 50 à 64 ans en cas de comorbidité (par rapport à ceux sans comorbidité).

L'âge a donc un impact sur la manière dont les comorbidités modulent la sévérité de la grippe chez les moins de 65 ans sans qu'il soit aussi marqué que dans la COVID-19.

Ceci est confirmé par les études SARI annuelles de Sciensano sur base des pathologies qui permet de définir trois grands groupes de personnes à risque : les personnes immunodéprimées, les patients ayant des troubles respiratoires et/ou cardiovasculaires. Parmi les hospitalisations, ces groupes à risque sont représentés chaque année même si la prépondérance d'un facteur ou de l'autre varie d'année en année. Ces analyses sont cependant limitées par le petit nombre de sujets impliqués.

Ces informations, limitées, ne permettent pas de privilégier la vaccination des personnes avec comorbidité versus celles des personnes âgées de plus de 65 ans.

Par ailleurs, l'étude EBM du CEBAM attribue un grade (d'évidence) différent pour les personnes âgées de plus de 65 ans séjournant dans les résidences (plus haut grade) et celles vivant à domicile (grade inférieur). Ceci rejoint la priorisation de vaccination contre la COVID-19. Cela ne prend cependant peut-être pas en compte le fait que certaines personnes demeurent constamment chez elles en ayant soit des soins à domicile, soit des passages limités par des institutions. Les arguments en faveur d'une différenciation entre les personnes en institutions de soins ou résidant à domicile sont limités et donc peu justifiables. A fortiori, on peut s'attendre à ce que les personnes séjournant en résidence soient souvent plus âgées, présentent fréquemment plus de comorbidités et aient plus de risque de contracter des infections nosocomiales du fait de la vie en communauté. Le bénéfice global que l'on pourrait retirer de cette priorisation reste très limité ; il est acquis dans la population générale que toutes personnes de plus de 65 ans ont un intérêt évident à se faire vacciner. Expliquer le soudain changement de stratégie pourrait être mal compris et interférer négativement sur la qualité de la couverture vaccinale.

Pour le Groupe 3 de la Catégorie A (càd les personnes vivant sous le même toit), souvent les cohabitants sont dans la même catégorie d'âge ou présentent parfois des comorbidités similaires ; ils seront *de facto* repris dans les personnes à vacciner. Force est de constater qu'en Belgique, il

y a peu de structures familiales dans lesquelles on retrouve un mélange intergénérationnel conséquent (personnes de 25 ans vivant avec des personnes de 70 ans). Le Groupe 3 est donc limité mais sa vaccination s'avère nécessaire pour assurer une bonne couverture vaccinale des personnes du Groupe 1 de la Catégorie A.

d) Vaccins disponibles contre la grippe saisonnière en Belgique

Cette saison, seront disponibles trois vaccins quadrivalents (Alpharix-Tetra® et Vaxigrip Tetra® enregistrés pour toute personne âgée de 6 mois et plus et Influvac Tetra® à partir de 3 ans).

e) Dose du vaccin à administrer chez l'enfant

Sur la base de données de sécurité vaccinale, le Conseil recommande d'administrer quel que soit l'âge et donc y compris chez les nourrissons âgés de 6 à 36 mois la dose entière de 0.5 ml du vaccin. En effet il a été démontré que la dose de 0.5 ml était accompagnée d'une meilleure immunogénicité sans entraîner plus d'effets secondaires et d'autre part les nouveaux vaccins quadrivalents sont enregistrés avec la dose de 0.5 ml.

Les enfants âgés de moins de 9 ans qui sont vaccinés pour la première fois nécessitent une seconde dose du vaccin avec un intervalle minimum de 4 semaines.

f) Quand vacciner?

Le CSS recommande de vacciner contre la grippe à partir de mi-octobre; le vaccin offre une protection dans un délai de 10 à 15 jours après l'injection.

La saison de la grippe dure en moyenne de 8 à 12 semaines ; tant que le pic d'incidence de la grippe n'a pas été atteint, il est toujours opportun de se faire vacciner (<https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/diseases/Pages/Influenza.aspx>). Cependant après le pic d'incidence, la vaccination peut être considérée au cas par cas par le médecin traitant.

NB : Point d'attention :

Actuellement, le vaccin Efluelda (de Sanofi-Pasteur) est un vaccin dit *high dose* à destination essentiellement des personnes âgées de plus de 65 ans. Il présente plus de 60 µg d'antigènes par rapport aux vaccins actuels qui sont dosés à 15 µg.

Ce vaccin a reçu l'autorisation de mise sur le marché mais se trouve – au moment de la rédaction de ces lignes – dans la procédure entamée au sein de la « *Commission de remboursement des médicaments* » (CRM) de l'INAMI. Il n'est donc pas possible pour les experts consultés de savoir s'il sera ou pas pris en compte dans les perspectives de commandes et, si c'est le cas, dans quelles quantités il sera disponible pour les seniors.

V REFERENCES

- AFMPS-FAGG. Task Force Influenza vaccine . 2020-2021 / 2021-2022

- CSS-HGR (www.css-hgr.be/)
 - 9448 Vaccination contre la grippe saisonnière - Saison hivernale 2018-2019 (mars 2018 - update octobre 2018)
 - 9531 Vaccination contre la grippe saisonnière Saison hivernale 2019-2020
 - 9581 Vaccination contre la grippe saisonnière - Saison hivernale 2020-2021 (dans le contexte Covid-19)
 - 9597 Stratégie de vaccination contre la Covid-19 en Belgique
 - 9618 Recommandations en matière de priorisation de sous-groupes de patients de moins de 65 ans pour la vaccination contre le SARS-CoV-2 (phase Ib)

- Desiere Pieter-Jan. AFMPS-FAGG.
Task Force “Griepvaccin/Vaccin contre la grippe 2021-2022“. 27-01-2021.

- Hanquet G. Estimation de la population pour vaccination saisonnière grippe, 2020. KCE. 17-122020

- WOREL - Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) - Mokrane S., Nicolas Delvaux N., Schetgen M. Prévention de l'influenza en médecine générale. Mise à jour. À la demande du groupe de travail de EBMPPracticeNet pour le développement des recommandations de première ligne. Version validée: le 30 mars 2018.

VI COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS: [composition et fonctionnement](#).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS ([conflits d'intérêts](#)).

Le groupe de travail permanent en charge du Domaine Vaccination (NITAG) a approuvé en sa séance du 25-05-2021 l'avis proposé par le groupe de travail ad hoc 9625. Le groupe de travail ad hoc 9625 et le groupe de travail permanent ont été présidés par **Yves VAN LAETHEM** et le secrétariat scientifique a été assuré par Jean-Jacques Dubois et Muriel Baltes.

Composition du Groupe de travail ad hoc 9625 :

BOSSUYT Nathalie	Epidémiologie	Sciensano
GOVAERTS Frans	Médecine générale, Prévention et promotion de la santé	Domus Medica
HANQUET GERMAINE	Epidémiologie	KCE
THOMAS Isabelle	Virologie, biologie moléculaire	Sciensano
VAN LAETHEM Yves	Infectiologie, vaccinologie, maladie des voyages, VIH	CHU Saint-Pierre, ULB
VANDERMEULEN Corinne	Epidémiologie, vaccinologie	KU Leuven

Composition du NITAG ayant validé ces recommandations le 27-05-2021:

CALLENS Steven	Infectiologie, médecine interne	UZ Gent
CARRILLO SANTISTEVE Paloma	Médecine préventive et santé publique, vaccinologie	ONE
CORNELISSEN Laura	Epidémiologie, obstétrique, gynécologie	Sciensano
DE LOOF Geert	Médecine générale	BCFI
DE SCHEERDER Marie-Angélique	Médecine interne, infectiologie, médecine du voyage, HIV	UZ Gent
DOGNE Jean- Michel	Pharmacie, pharmacovigilance	UNamur, EMA
FRERE Julie	Pédiatrie, infectiologie	CHU Liège
GOOSSENS Mieke	Surveillance, épidémiologie	Sciensano
GOVAERTS Frans	Médecine générale, Prévention et promotion de la santé	Domus Medica
HULSTAERT Frank	Vaccinologie	KCE
LEROUX-ROELS Isabel	Vaccinologie, prévention des infections, microbiologie	UZ Gent
MALFROOT Anne	Pédiatrie, infectiologie	UZ Brussel
MANIEWSKI Ula	Infectiologie, maladies tropicales, vaccinologie	ITG-IMT
PELEMAN Renaat	Infectiologie, vaccinologie	UZ Gent
ROBERFROID Dominique	Epidémiologie	KCE, UNamur

ROSSI Camelia	Infectiologie, vaccinologie, HIV	CHU Ambroise Paré
SCHELSTRAETE Petra	Pédiatrie, pneumologie, vaccinologie	UGent
SPODEN Julie	Médecine générale	SSMG
SWENNEN Béatrice	Epidémiologie, vaccinologie	ULB
TILMANNE Anne	Pédiatrie, infectiologie	HUDERF
TUERLINCKX David	Pédiatrie, vaccinologie	CHU UCL Namur
VAN DAMME Pierre	Epidémiologie, vaccinologie	UAntwerpen
VAN LAETHEM Yves	Infectiologie, vaccinologie, maladie des voyages, VIH	CHU Saint-Pierre, ULB
VANDERMEULEN Corinne	Epidémiologie, vaccinologie	KU Leuven
VEKEMAN Veerle	Médecin conseil	Kind en Gezin
VERHAEGEN Jan	Microbiologie, bactériologie	UZ Leuven
WAETERLOOS	Qualité des vaccins et produits sanguins	Sciensano
WYNDHAM-THOMAS Chloé	Infectiologie	Sciensano

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

HAMDANI Jamila	Epidémiologie	AFMPS
MALI Stéphanie	Epidémiologie	AFMPS
THEETEN Heidi	Vaccinologie	VAZG, UAntwerpen
TOP Geert	Manager programme de vaccination	VAZG
WUILLAUME Françoise	Epidémiologie	AFMPS

VII ANNEXE

Annexe 1 : Extrait de l'avis 9611 (sept 2020) :

Est-ce qu'une description plus précise peut être délivrée au sujet du groupe prioritaire « personnes actives dans le secteur des soins » ?

Ce groupe « personnes actives dans le secteur des soins » reprend **toutes** les personnes impliquées et actives (en ce donc y compris les volontaires et stagiaires):

1. dans une institution de soins aigus et chroniques (en contact direct ou pas avec la patientèle). Par exemple :
 - Personnel soignant
 - Staff médical
 - Technicien
 - Entretien
 - Catering
 - Personnel administratif
 - etc.
2. dans les services de prévention dans le domaine de la santé (par exemple : ONE, Kind&Gezin,...)
3. ainsi que tous les professionnels de santé et leur personnel œuvrant hors-institution : au cabinet, en officine, à domicile. Par exemple :
 - Pharmacien
 - Médecin traitant
 - Infirmier/-ière
 - Kinésithérapeute
 - Ergothérapeute
 - Logopède
 - Psychologue
 - etc.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'Environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de Déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 40 membres issus du pool des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante: info.hgr-css@health.belgium.be.

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT