

Tableau 2: Vaccination systématique recommandée pour les enfants - Résumé des notes synthèse de l'OMS

Antigène		Âge de la 1ère dose (minimum)	Doses 1ères séries	Intervalle entre les doses			Dose de rappel	Observations (voir détails dans les notes)
				1ère à 2ème	2ème à 3ème	3ème à 4ème		
Recommandations pour tous les enfants								
VRS 1	Option 1	Vaccin maternel (troisième trimestre)						Options stratégiques : vaccination maternelle et/ou anticorps monoclonal à longue durée d'action ; Co-administration ; Saisonnalité
	Option 2	Anticorps monoclonal – à la naissance (voir les notes)						
BCG 2		Le plus tôt possible après la naissance (<24h)	1					BCG à la naissance et statut VIH; Stratégie de vaccination universelle vs sélective; Co-administration; Vaccination des groupes plus âgés; Femmes enceintes
Hépatite B 3		Le plus tôt possible après la naissance (<24h)	3 ou 4	4 semaines (min) avec DTC-cv1	4 semaines (min) avec DTC-cv2	4 semaines (min) avec DTC-cv3		Prématurés et faible poids de naissance; Co-administration du vaccin; Groupes à haut risque
Polio 4	VPOb + VPI «calendrier à privilégier» (dose fractionnée permise)	VPOb 6 semaines VPI 14 semaines	5 (3 VPOb et 2 VPI)	VPOb 4 semaines (min) (ex. avec DTC-cv2) VPI ≥ 4 mois (min) (ex. le vaccin antirougeoleux)	VPOb 4 semaines (min) (ex. avec DTC-cv3)			VPOb dose à la naissance; Type de vaccin; Doses fractionnées de VPI; Critères de transmission et d'importation; L'épidémiologie locale, des implications programmatiques et de la faisabilité précoce de VPI. Calendriers post-certification
	VPOb + VPI «calendrier précoce» (dose complète VPI seulement)	VPOb 6 semaines VPI 6 semaines	5 (3 VPOb et 2 VPI)	VPOb 4 semaines (min) (ex. avec DTC-cv1) VPI 4 semaines (min) (combiné avec DTC-cv1)	VPOb 4 semaines (min) (ex. avec DTC-cv3)			
	VPOb + VPI option Hexavalente (VPI combiné avec DTC-cv)	VPOb 6 semaines VPI 6 semaines (combiné avec DTC-cv1)	6 (3 VPOb et 3 VPI)	VPOb 4 semaines (min) (ex. avec DTC-cv2) VPI 4 semaines (min) (combiné avec DTC-cv2)	VPOb 4 semaines (min) (ex. avec DTC-cv3) VPI 4 semaines (min) (combiné avec DTC-cv3)			
	VPI / VPOb Séquentiel (dose fractionnée permise)	8 semaines (VPI1) VPOb (4-8 semaines après VPI2)	4 (2 VPI suivie par ≥ 2 VPOb)	VPI (4-8 semaines)	VPOb (4-8 semaines)	VPOb (4-8 semaines)		Dans les pays où la couverture vaccinale est élevée (ex. 90% - 95%) et où le risque d'importation est faible, et la PPPV est préoccupante
	Tout-VPI (3-dose)	6-8 semaines	3	4-8 semaines	4-8 semaines			Dans les pays situés dans des régions exemptes de poliomélique où le risque d'importation est très faible et la couverture par la vaccination systématique est durablement élevée (DTC3 >90%).
<u>Option après cessation :</u>		≥14 semaines	2	≥ 4 mois (ex. avec le vaccin antirougeoleux)				Alternative à 2 doses recommandée uniquement après cessation

Se référer à <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers> pour les mises à jour du tableau et des notes d'informations.

Ce tableau résume les recommandations de l'OMS pour la vaccination des enfants. Il est conçu pour assister au développement des programmes spécifiques des pays et n'est pas destiné à un usage direct par les agents de santé.

Les programmes spécifiques de chaque pays doivent prendre en compte les considérations locales épidémiologiques, programmatiques, financières et politiques.

Même si les vaccins sont universellement recommandés, certains enfants peuvent présenter des contreindications à des vaccins particuliers.

Tableau 2: Vaccination systématique recommandée pour les enfants - Résumé des notes synthèse de l'OMS

Antigène	Âge de la 1ère dose (minimum)	Doses 1ères séries	Intervalle entre les doses			Dose de rappel	Observations (voir détails dans les notes)
			1ère à 2ème	2ème à 3ème	3ème à 4ème		
Recommandations pour tous les enfants							
Vaccin contenant DTC (DTC-cv) ⁵	6 semaines (min)	3	4 semaines (min) à 8 semaines	4 semaines (min) à 8 semaines		3 rappels 12-23 mois (DTC-cv); 4-7 ans (vaccin contenant dT/ DT), voir notes; et 9-15 ans (dT)	Programme reporté/interrompu; Vaccin combiné; Vaccination maternelle
<i>Haemophilus influenzae type b</i> ⁶	Option 1	6 semaines (min) 59 mois (max)	3	4 semaines (min) avec DTC-cv2	4 semaines (min) with DTPcv3	(voir notes)	Dose unique si >12 mois; Non recommandé pour enfants >5 ans; Programme reporté/interrompu;
	Option 2		2-3	8 semaines (min) si seulement 2 doses 4 semaines (min) si 3 doses	4 semaines (min) si 3 doses	Au moins 6 mois (min) après la dose précédente	Co-administration et vaccin combiné
<i>Pneumocoque (conjugué)</i> ⁷	Option 1 3p+0	6 semaines (min)	3	4 semaines (min)	4 semaines		Options de schéma (3p+0 vs 2p+1); Choix du vaccin;
	Option 2 2p+1	6 semaines (min)	2	8 semaines (min)		9-18 mois	Rappel pour nourrissons VIH+ et prématûrés; Vaccination des groupes plus âgés
<i>Rotavirus</i> ⁸		6 semaines (min) avec DTC-cv1	2 ou 3 selon vaccin	4 semaines (min) avec DTC-cv2	Pour la série de trois doses – 4 semaines (min) avec DTC-cv3		Non recommandé si > 24 mois d'âge
<i>Rougeole</i> ⁹		9 ou 12 mois (6 mois min, voir notes)	2	4 semaines (min) (voir notes)			Co-administration de vaccins vivants; Vaccin combiné; Vaccination précoce du VIH; Grossesse
<i>Rubéole</i> ¹⁰		9 ou 12 mois avec vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux	1				Co-administration et vaccin combiné; Grossesse
<i>PVH</i> ¹¹		Aussitôt que possible dès 9 ans (filles)	1-2	6-12 mois			Cible filles 9-14 ans; hors indications officielles 1-dose; Rattrapage plusieurs cohorts avec intro; Grossesse; VIH et immunodéprimé

Se référer à <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers> pour les mises à jour du tableau et des notes d'informations.

Ce tableau résume les recommandations de l'OMS pour la vaccination des enfants. Il est conçu pour assister au développement des programmes spécifiques des pays et n'est pas destiné à un usage direct par les agents de santé.

Les programmes spécifiques de chaque pays doivent prendre en compte les considérations locales épidémiologiques, programmatiques, financières et politiques.

Même si les vaccins sont universellement recommandés, certains enfants peuvent présenter des contreindications à des vaccins particuliers.

Tableau 2: Vaccination systématique recommandée pour les enfants - Résumé des notes synthèse de l'OMS

Antigène	Âge de la 1ère dose (minimum)	Doses 1ères séries	Intervalle entre les doses			Dose de rappel	Observations (voir détails dans les notes)
			1ère à 2ème	2ème à 3ème	3ème à 4ème		
Recommandations pour les enfants vivant dans certaines régions							
Encéphalite Japonaise 12	Inactivé préparé sur cellules Vero	6 mois	2 (généralement)	4 semaines (généralement)			Co-administration de vaccins vivants; Choix vaccin et recommandations du fabricant; Grossesse; Immunodéprimée
	Vivant atténué	8 mois	1				
	Vivant recombinant	9 mois	1				
Fièvre Jaune 13		9-12 mois avec vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux	1				Co-administration de vaccins vivants
Encéphalite à tiques 14		≥ 1 an FSME-Immun et Encepur ≥ 3 ans TBE-Moscow et EnceVir	3	1-3 mois FSME-Immun et Encepur 1-7 mois TBE-Moscow et EnceVir	5-12 mois FSME-Immun et Encepur 12 mois TBE-Moscow et EnceVir		Au moins 1 tous les 3 ans (voir notes)
Recommandations pour les enfants vivant dans des populations à haut risque							
Typhoïde 15	TCV (Typbar)	>6 mois	1				Définir haut risque; Choix du vaccin;
	Vi PS	2 ans (min)	1				Tous les 3 ans
	Ty21a	Capsules 6 ans (min) (voir notes)	3 ou 4 (voir notes)	1 jour	1 jour	1 jour	Tous les 3-7 ans
Choléra 16	Dukoral (WC- rBS)	2 ans (min)	3 (2-5 ans) 2 (≥6 ans)	≥ 7 jours (min); < 6 semaines (max)	≥ 7 jours (min); < 6 semaines (max)		Tous les 6 mois Tous les 2 ans
	Shanchol, Euvchol, et mORCVAX	1 an (min)	2	14 jours			Après 2 ans
Méningocoque 17	MenA conjugate	9-18 mois (5µg)	1				Définir haut risque; Choix du vaccin; 2 doses si < 9 mois avec intervalle 8 semaines
	MenC conjugate	2-11 mois	2	8 semaines			Après 1 an
	Quadrivalent conjugué	≥12 mois	1				Définir haut risque; Choix du vaccin;
	Pentavalent conjugué	9-18 mois	1				Replaces MenA conjugate where used; adds protection for serogroup X One-off wide age range campaigns

Se référer à <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers> pour les mises à jour du tableau et des notes d'informations.

Ce tableau résume les recommandations de l'OMS pour la vaccination des enfants. Il est conçu pour assister au développement des programmes spécifiques des pays et n'est pas destiné à un usage direct par les agents de santé.

Les programmes spécifiques de chaque pays doivent prendre en compte les considérations locales épidémiologiques, programmatiques, financières et politiques.

Même si les vaccins sont universellement recommandés, certains enfants peuvent présenter des contreindications à des vaccins particuliers.

Tableau 2: Vaccination systématique recommandée pour les enfants - Résumé des notes synthèse de l'OMS

Antigène		Âge de la 1ère dose (minimum)	Doses 1ères séries	Intervalle entre les doses			Dose de rappel	Observations (voir détails dans les notes)
				1ère à 2ème	2ème à 3ème	3ème à 4ème		
Hépatite A 18	Les vaccins inactivés	> 12 mois	1 ou 2	6-18 mois (max > 4-5 ans)				Niveau d'endémicité; Choix du vaccin; Définir haut risque
	Les vaccins vivants	18 mois						
Rage 19		Comme nécessaire	2	7 jours			(voir notes)	PrEP vs PEP; Définir haut risque
Dengue (TAK-003) 20		6 ans (min)	2	3 mois (min)				Zones de transmission élevée; La grossesse et l'allaitement; Comorbidités
Antipaludique 21		5 mois	4	4 semaines (min)	4 semaines (min)	6-18 mois (min 4 semaines)		Transmission modérée ou élevée; Stratégie saisonnière
Recommandations pour les enfants recevant les vaccinations d'un programme d'immunization spécifique								
Oreillons 22		12-18 mois avec vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux	2	1 mois (min) à l'entrée à l'école				Couverture élevée avec le vaccin RR; Vaccins combinés
Grippe saisonnière (inactif tri- & quadrivalent) 23		6 mois (min)	2 (6 mois à 8 ans) 1 (\geq 9 ans)	4 semaines			Revaccination annuelle: 1 dose seulement (voir notes)	Cibles prioritaires
Varicelle 24		\geq 9 mois (min)	2	4 semaines (min)				Co-administration; Les pays devraient définir leurs propres cibles minimales de couverture
Pneumocoque (Conjugué) 7 (Alternative 1p + 1)		6 semaines (min)	1				\geq 9 mois	Hors indications officielles; Option de dose fractionnée; (critères stricts pour une immunité bien établie de la population et une capacité de couverture élevée, voir notes)

Se référer à <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers> pour les mises à jour du tableau et des notes d'informations.

Ce tableau résume les recommandations de l'OMS pour la vaccination des enfants. Il est conçu pour assister au développement des programmes spécifiques des pays et n'est pas destiné à un usage direct par les agents de santé.

Les programmes spécifiques de chaque pays doivent prendre en compte les considérations locales épidémiologiques, programmatiques, financières et politiques.

Même si les vaccins sont universellement recommandés, certains enfants peuvent présenter des contreindications à des vaccins particuliers.

Résumé des notes - Tableau 2

- Se référer à <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers> pour la version la plus récente de ce tableau et des notes de synthèse.
- Le tableau ci-joint résume les recommandations de vaccination systématique pour les enfants, que l'on trouve dans les notes d'information de l'OMS, publiées dans la Revue Épidémiologique Hebdomadaire. Il s'agit d'assister les organisateurs à développer un programme de vaccination adapté. Les agents de santé peuvent se référer à leur programme national de vaccination. Même si les vaccins sont universellement recommandés, certains enfants peuvent présenter des contre-indications à des vaccins particuliers.
- Les vaccins peuvent généralement être co-administrés (par exemple, plus d'un vaccin administré sur différents sites, lors d'une même visite). Les recommandations appuyant formellement la co-administration sont indiquées dans le tableau, par contre le manque de recommandation explicite pour la co-administration ne signifie pas que le vaccin ne peut pas être co-administré; de plus, il n'y a pas de recommandation contre la co-administration.
- Les doses administrées lors d'une campagne ne font pas nécessairement partie du programme de vaccination systématique des enfants, cela dépend du type et de l'objectif de la campagne (par exemple, les activités supplémentaires de vaccination (AVS) versus vaccination systématique / campagne d'impulsion pour des raisons d'accès).
- Pour certains antigènes, les recommandations, concernant l'âge des séries de primovaccination et/ou les doses de rappel, ne sont pas disponibles. Par contre, les critères d'âge de la 1ère dose doivent être déterminés par les données épidémiologiques locales.
- Si un programme de rattrapage est disponible pour une vaccination interrompue, cela est précisé dans les notes de synthèse.
- D'autres vaccins, comme la varicelle et le pneumocoque polyosidique, qui peuvent avoir un bénéfice individuel, ne sont généralement pas recommandés dans la vaccination systématique. Voir les notes de synthèse spécifiques pour plus de détails.
- Pour plus d'informations sur les programmes de vaccination, se référer à "Immunological Basis for Immunization series" disponibles (en anglais) sur le lien suivant: http://www.who.int/immunization/documents/immunological_basis_series/en/index.html

¹ Virus Respiratoire Syncytial (VRS)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2025, 22:193-218\)](#)
- Compte tenu de la charge mondiale des formes graves d'infection à VRS chez les nourrissons, l'OMS recommande que des produits destinés à prévenir ces formes d'infection dans cette population soient introduits dans tous les pays.
- Le choix entre le vaccin maternel anti-VRS et/ou un anticorps monoclonal (Acm) à longue durée d'action doit tenir compte de facteurs tels que les coûts, le rapport coût-efficacité, les financements, l'approvisionnement, la couverture escomptée et la faisabilité de la mise en œuvre dans le cadre du système de santé existant.
- L'OMS recommande d'utiliser soit du vaccin maternel contre le VRS, soit un Acm à longue durée d'action, mais pas les deux, chez une paire mère-nourrisson donnée. Il existe toutefois une exception à cette recommandation : un Acm à longue durée d'action peut être administré aux nourrissons dont la mère a été vaccinées moins de 14 jours avant l'accouchement ainsi qu'aux nourrissons de mères vaccinées qui présentent encore un risque élevé de formes grave d'infection à VRS lorsqu'ils entament leur première saison de VRS après l'âge de 6 mois, lorsque les anticorps issus de la vaccination maternelle ont diminué.
- Dans la plupart des pays des régions tropicales et subtropicales, où le VRS circule pendant la majeure partie de l'année et/ou présente un profil de saisonnalité mal établi, il est sans doute préférable de proposer une vaccination anti-VRS tout au long de l'année, quel que soit le produit utilisé.

Vaccin maternel contre le VRS

- Dans les pays utilisant le vaccin maternel contre le VRS, l'OMS recommande d'administrer une dose unique au cours du troisième trimestre de la grossesse, tel qu'il est défini dans le contexte local (≥ 28 semaines de gestation dans la plupart des cas).
- Dans l'idéal, la vaccination doit avoir lieu plus de 2 semaines avant l'accouchement afin de garantir un transfert d'anticorps suffisant pour protéger le nourrisson. Toutefois, même lorsque le vaccin est administré dans les semaines qui précèdent l'accouchement, il est probable que le transfert d'une quantité moindre d'anticorps confère malgré tout un certain niveau de protection. Par conséquent, aucune limite supérieure en semaines de gestation pour la vaccination n'est recommandée, sauf chez les femmes en phase active d'accouchement, qui ne doivent pas recevoir le vaccin contre le VRS.
- Les vaccins maternels contre le VRS actuellement disponibles peuvent être administré conjointement à d'autres vaccins recommandés pendant la grossesse, notamment par vaccination simultanée en différents points anatomiques au cours de la même journée. Toutefois, d'autres vaccins pouvant être administrés à un stade plus précoce de la grossesse (tel que le vaccin antitétanique) ne doivent pas être retardés ou remis à plus tard afin d'être coadministrés avec le vaccin contre VRS.
- Le vaccin contre le VRS peut être administré au cours des grossesses ultérieures compte tenu des avantages potentiels et de l'absence d'effets délétères attendus s'il y a revaccination. Cependant, on ne dispose actuellement d'aucune donnée sur l'efficacité ou la sécurité de doses supplémentaires du vaccin durant les grossesses ultérieures.

Anticorps monoclonal à longue durée d'action (Acm)

- Dans les pays optant pour un anticorps monoclonal à longue durée d'action, l'OMS recommande d'administrer une dose unique à la naissance, ou dès que possible par la suite si une administration tout au long de l'année est adoptée.
- Si les pays optent pour une approche saisonnière, l'administration d'une dose unique d'un anticorps monoclonal à longue durée d'action est recommandée chez les nourrissons et doit être mise en place peu de temps avant le début de la saison de circulation du VRS, ainsi qu'à la naissance ou dès que possible par la suite pour les nourrissons nés pendant la saison de circulation du VRS.
- Le plus fort impact en matière de prévention des formes graves de l'infection à VRS sera obtenu en administrant l'Acm aux nourrissons de moins de 6 mois. Cependant, il existe toujours un bénéfice potentiel chez les nourrissons jusqu'à l'âge de 12 mois.
- La formulation de nirsévimab actuellement disponible est une dose unique proposée en 2 posologies: soit 50 mg chez les nourrissons pesant < 5 kg, soit 100 mg chez les nourrissons pesant ≥ 5 kg.
- Les anticorps monoclonaux à longue durée d'action peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins (par exemple, vaccin antituberculeux, vaccin contre l'hépatite B, vaccin antidiptérique-antitétanique-anticoquelucheux).
- Ils peuvent être administrés aux nouveau-nés de mères multipares, même si celles-ci avaient reçu le vaccin maternel contre le VRS au cours d'une grossesse précédente.

² BCG

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2018, 93:73-96\)](#)
- La vaccination universelle à la naissance par le BCG est recommandée dans les pays ou les milieux dans lesquels l'incidence de la tuberculose et/ou la charge de morbidité de la lèpre sont élevées. Une dose unique de vaccin BCG doit être administrée à tous les nouveau-nés en bonne santé à la naissance, la co-administration du BCG avec la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B est fortement recommandée.
- Les pays à faible incidence de tuberculose ou de lèpre peuvent choisir de vacciner sélectivement les nouveau-nés au sein de groupes à haut risque.
- La vaccination par le BCG est aussi recommandée pour enfants plus âgés, adolescents et adultes non-vaccinés qui sont TCT et TLIG négative provenant de milieux à forte incidence de tuberculose et/ou à forte charge de morbidité de la lèpre; passant d'un milieu à faible

incidence de tuberculose et/ou à faible charge de morbidité de la lèpre à un milieu à forte incidence/ charge de morbidité; et présentant un risque d'exposition professionnelle dans des zones à faible et à forte incidence de la tuberculose (par exemple agents de santé, personnels de laboratoire, étudiants en médecine, travailleurs pénitentiaires, autres personnes exposées sur le lieu de travail).

- La vaccination par le BCG n'est pas recommandée pendant la grossesse.
- Si les personnes infectées par le VIH, y compris les enfants, reçoivent un traitement antirétroviral, que leur état de santé clinique est bon et qu'elles sont immunologiquement stables ($CD4\% >25\%$ pour les enfants de <5 ans ou numération des $CD4 \geq 200$ si elles sont âgées de >5 ans), elles devraient être vaccinées par le BCG. Les nouveau-nés de mères dont on ignore le statut sérologique pour le VIH devraient être vaccinés, car les avantages de la vaccination par le BCG l'emportent sur les risques; les nouveau-nés de mères séropositives et dont le statut sérologique pour le VIH est inconnu devraient être vaccinés s'ils ne présentent pas de signes cliniques évocateurs de l'infection à VIH, que la mère reçoive ou non un traitement antirétroviral; et pour les nouveau-nés infectés par le VIH, confirmés par des tests virologiques précoces, la vaccination par le BCG devrait être retardée jusqu'à ce que le traitement antirétroviral soit instauré et que le nourrisson soit confirmé immunologiquement stable ($CD4 >25\%$).
- Les nourrissons dont la prématurité est moyenne à tardive (âge gestationnel >31 semaines) et les nourrissons de faible poids à la naissance ($<2\ 500$ g) qui sont en bonne santé et cliniquement stables peuvent être vaccinés par le BCG à la naissance ou, au plus tard, à leur sortie du service néonatal.

³Hépatite B

- Référence Note de synthèse : [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92:369-392\)](#).
- La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour tous les enfants à l'échelle mondiale. L'administration d'au moins 3 doses de vaccin anti-hépatite B à tous les enfants devrait être la norme pour tous les programmes nationaux de vaccination. Étant donné que la transmission dans la période périnatale et au début de la période postnatale est la source la plus importante d'infection chronique à VHB à l'échelle mondiale, tous les nourrissons (y compris ceux qui ont un faible poids de naissance ou sont prématurés) devraient recevoir leur première dose de vaccin anti-hépatite B dès que possible après la naissance, de préférence dans un délai de 24 heures.
- La dose à la naissance doit être suivie de 2 ou 3 doses supplémentaires pourachever la série de primovaccination. Les deux options suivantes sont convenables: i) schéma à 3 doses de vaccin anti-hépatite B, dont la première (vaccin monovalent) est administrée à la naissance et la deuxième et la troisième (vaccin monovalent ou combiné) sont administrées en même temps que la première et la troisième doses de vaccin à valence DTC; ou ii) 4 doses, la dose à la naissance de vaccin monovalent étant suivie de 3 doses (vaccin monovalent ou combiné), généralement administrées en même temps que d'autres vaccins figurant dans le calendrier de vaccination systématique des nourrissons; la dose supplémentaire n'a pas d'effet néfaste. L'intervalle entre les doses doit être de 4 semaines au moins.
- Une dose de vaccin anti-hépatite B peut être administrée à la naissance aux nourrissons qui sont prématurés ou qui présentent une insuffisance pondérale (<2000 g). Chez ces nourrissons, la dose à la naissance ne doit pas être comptée parmi les 3 doses de la série de primovaccination; la série standard de 3 doses de primovaccination doit être administrée conformément au calendrier vaccinal national.
- La vaccination de rattrapage doit être axée en priorité sur les tranches d'âge les plus jeunes, ces cohortes étant celles où le risque d'infection chronique est le plus élevé. La vaccination de rattrapage est une occasion de prévention limitée dans le temps qui devrait être envisagée en tenant compte des ressources disponibles et du degré de priorité de ces activités. Les personnes non vaccinées recevront le vaccin selon un calendrier de 0, 1 et 6 mois.
- Il est recommandé de vacciner les groupes présentant le plus haut risque d'infection à VHB, notamment: les patients qui ont fréquemment besoin de sang ou de produits sanguins, les

patients sous dialyse, les sujets diabétiques, les bénéficiaires de transplantations d'organes solides, les personnes atteintes d'une affection hépatique chronique dont l'hépatite C, les sujets infectés par le VIH, les détenus, les consommateurs de drogue par injection, les contacts domestiques et sexuels de personnes présentant une infection à VHB chronique, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes ayant des partenaires sexuels multiples, ainsi que les agents de santé et d'autres personnes pouvant être exposées à du sang, des produits sanguins ou d'autres liquides biologiques potentiellement infectieux dans le cadre de leur travail.

⁴Polio

- Référence Note de synthèse : [Relevé épid. hebdo. \(2022, 97:277-300\)](#).
- Tous les enfants dans le monde devraient être entièrement vaccinés contre la poliomyélite, et chaque pays devrait s'efforcer d'obtenir et de maintenir des niveaux élevés de couverture par les vaccins antipoliomyélitiques à l'appui de l'engagement mondial à éradiquer la poliomyélite.

VPOb plus VPI

- Pour tous les pays qui utilisent le VPO dans leur programme national de vaccination, l'OMS recommande un calendrier vaccinal comportant 3 doses de VPOb et 2 doses de VPI.
- Le calendrier à privilégier consiste à administrer les 3 doses de VPOb à partir de l'âge de 6 semaines, avec un intervalle d'au moins 4 semaines entre les doses. La première dose de VPI doit être administrée à partir de l'âge de 14 semaines (avec le DTC3/ Penta3), la deuxième dose de VPI étant administrée au moins 4 mois plus tard (éventuellement en même temps que d'autres vaccins administrés à l'âge de 9 mois).
- Ce schéma vaccinal fournit l'immunogénicité la plus élevée et peut être mis en œuvre en utilisant des doses complètes de VPI (VPI Salk ou VPI Sabin (VPIs)) ou des doses fractionnées de VPI en ID (VPI Salk uniquement pas VPIs) sans perte d'immunogénicité.
- En fonction de l'épidémiologie locale, des implications programmatiques et de la faisabilité de l'administration des vaccins, les pays peuvent choisir un autre calendrier précoce avec le VPI consistant à administrer la première dose à l'âge de 6 semaines (avec le DTC1/Penta1) et la deuxième dose à 14 semaines (avec le DTC3/Penta3).
- Ce schéma présente l'avantage de conférer une protection dès le début de la vie; cependant, l'immunogénicité totale obtenue est plus faible. Si l'on choisit ce calendrier, il faut utiliser des doses complètes de VPI (VPI Salk ou VPIs) plutôt que des doses fractionnées en raison de l'immunogénicité plus faible des VPIf à un âge précoce. Ce schéma ne sera plus conforme après la certification et les pays devront passer au calendrier préféré à partir de 14 semaines.
- Dans les pays d'endémie de la poliomyélite et dans ceux très exposés au risque d'importation et de propagation ultérieure de poliovirus, l'OMS préconise une dose de VPOb à la naissance (dose zéro), suivie d'une série de primovaccination de 3 doses de VPOb et de 2 doses de VPI. La dose zéro de VPOb doit être administrée à la naissance, ou au cours de la première semaine de vie, afin de maximiser les taux de séroconversion obtenus après les doses suivantes et d'induire une protection mucosale avant que des agents pathogènes entériques ne puissent interférer avec la réponse immunitaire. En outre, l'administration de la première dose de VPOb pendant que les nourrissons sont encore protégés par les anticorps d'origine maternelle (jusqu'à 6 mois) peut prévenir la PPPV.
- Pour les nourrissons qui commencent tardivement le schéma de vaccination systématique (âge >3 mois), la première dose de VPI devra être administrée lors du premier contact vaccinal en même temps que le VPO et les autres vaccins systématiquement recommandés.
- La mise en œuvre du calendrier de vaccination du nourrisson (3 doses de VPOb plus 2 doses de VPI) ne remplace pas la nécessité de mener des AVS. Les pays dont la couverture par la vaccination systématique est insuffisante qui s'appuient sur les AVS pour accroître l'immunité de la population devront continuer à utiliser le VPOb dans les AVS jusqu'à ce que la couverture systématique s'améliore ou jusqu'au retrait coordonné à l'échelle mondiale du VPOb.

- Un vaccin hexavalent contenant l'IPV et la coqueluche à cellules entières (wP) a désormais été préqualifié par l'OMS. Les pays qui adoptent ce vaccin doivent suivre les mêmes calendriers de vaccination que ceux actuellement recommandés pour le vaccin pentavalent (c'est-à-dire à 6, 10 et 14 semaines ou à 8, 12 et 16 semaines), en fonction de la politique nationale.
- Depuis mars 2025, sur la base des données actualisées relatives à l'immunogénicité, l'OMS ne recommande plus l'administration d'une dose de rappel de VPI après une série primaire de trois doses débutant à l'âge de ≥ 6 semaines. Cette recommandation devrait être ajoutée dans la note de synthèse sur la poliomylérite lors de la prochaine mise à jour ; entre-temps, vous pourrez trouver la nouvelle recommandation politique dans le document [Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, mars 2025 : conclusions et recommandations](#).

Séquentiel VPI-VPOb

- Dans les pays où la couverture vaccinale est élevée (90% - 95%, par exemple) et où le risque d'importation est faible (de pays limitrophes et/ou de pays partageant des mouvements de population importants qui présentent également des taux de couverture élevés), un calendrier séquentiel VPI-VPOb peut être mis en œuvre si la PPPV est plus préoccupante que la faible perte d'immunogénicité des VPI lorsqu'ils sont administrés précocement.
- Lorsqu'on utilise un tel calendrier, l'administration initiale de 2 doses de VPI doit être suivie de l'administration de ≥ 2 doses de VPOb pour garantir un niveau suffisant de protection de la muqueuse intestinale et une diminution de la charge de la PPPV.
- Pour les schémas séquentiels VPI-VPOb, l'OMS recommande que la première dose de VPI soit administrée à partir de l'âge de 8 semaines avec un intervalle de 4 à 8 semaines avant l'administration de la deuxième dose de VPI. On administrera ensuite au moins 2 doses de VPOb, espacées de 4 à 8 semaines selon le risque d'exposition aux poliovirus dans la petite enfance.

«tout VPI»

- Il est possible d'envisager un calendrier «tout VPI» dans les pays situés dans des régions exemptes de poliomylérite où le risque d'importation est très faible et la couverture par la vaccination systématique est durablement élevée (DTC3 >90%).
- À la demande de SAGE, l'OMS a élaboré un cadre d'évaluation des risques afin d'évaluer la capacité d'un pays à passer en toute sécurité à un calendrier de vaccination exclusivement basé sur le VPI avant l'arrêt synchronisé de l'utilisation du VPO à l'échelle mondiale. L'OMS aidera les pays à déterminer le calendrier de vaccination contre la poliomylérite le plus approprié.
- Il est recommandé de prévoir une série de primovaccination à 3 doses de VPI administré à partir de l'âge de 6 ou 8 semaines, avec un intervalle minimum de 4 semaines entre les doses.
- Autrement, il est possible d'envisager un schéma à 2 doses de VPI ou de VPI fractionné, à partir de l'âge de 14 semaines ou plus, avec une deuxième dose au minimum 4 mois plus tard. Ce calendrier est actuellement recommandé **seulement** après l'arrêt des VPO.
- Bien que ces deux schémas soient fortement immunogènes (>90%), la primovaccination à 3 doses confère une protection très tôt dans la petite enfance.

5 Vaccin contenant DTC (Diphthérie, Tétanos, Coqueluche)

- Référence Note de synthèse: Diphthérie – [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92:417-436\)](#); Tétanos – [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92: 53-76\)](#); Coqueluche – [Relevé épid. hebdo. \(2015, 90: 433-460\)](#).
- La vaccination précoce des nourrissons par le vaccin contenant DTC (DTC-cv) vise essentiellement à garantir une protection rapide contre la coqueluche, car les cas graves et les décès dus à la coqueluche se produisent presque exclusivement durant les premières semaines et les premiers mois de la vie.

- Il est recommandé d'effectuer une série de primovaccination par 3 doses de vaccin contenant l'anatoxine diptérique, dont la première est administrée dès l'âge de 6 semaines. Les doses suivantes doivent être administrées avec un intervalle minimal de 4 semaines entre les doses. La troisième dose de la série de primovaccination devrait si possible être administrée au plus tard à l'âge de 6 mois.
- Si le début ou la fin de la série de primovaccination a été retardé, les doses manquantes doivent être administrées dans les meilleurs délais, avec un écart minimal de 4 semaines entre les doses.
- 3 doses de rappel d'anatoxine diptérique doivent être administrées au cours de l'enfance et de l'adolescence. Il convient d'administrer ces doses de rappel en association avec l'anatoxine tétanique selon un calendrier harmonisé, c'est-à-dire à l'âge de 12-23 mois, 4-7 ans et 9-15 ans, au moyen de vaccins dont la formulation est adaptée à l'âge des sujets. Idéalement, les doses de rappel devraient être espacées d'au moins 4 ans.
- Tétanos - de conférer à toutes les personnes une protection à vie contre le tétanos en obtenant et en maintenant une forte couverture de la vaccination par 6 doses de vaccin contenant l'anatoxine tétanique (3 doses de primovaccination et 3 doses de rappel) dans le cadre des programmes de vaccination systématique de l'enfant.
- Ces 3 doses de rappel du vaccin contenant l'anatoxine tétanique devraient être administrées aux âges suivants: 12-23 mois; 4-7 ans; et 9-15 ans. Dans l'idéal, les doses de rappel devraient être espacées d'au moins 4 ans.
- Les calendriers nationaux de vaccination peuvent être ajustés dans les limites d'âge énoncées ci-dessus pour permettre aux programmes d'adapter leurs calendriers à l'épidémiologie locale, à leurs objectifs et à tout problème programmatique particulier, d'harmoniser la vaccination antitétanique avec les exigences immunologiques d'autres vaccins (en particulier les vaccins anticoqueluchéux et antidiptériques).
- Le vaccin antitétanique pourra être administré à l'occasion des consultations prévues dans la deuxième année de vie – pour le vaccin antipneumococcique conjugué selon le schéma 2+1, la seconde dose du vaccin contenant l'anatoxine tétanique et les vaccins contre le méningocoque A – et pendant la préadolescence et l'adolescence, notamment dans le cadre de la vaccination anti-PVH.
- Pour obtenir et maintenir une immunité à la fois contre le tétanos et la diptéritie tout au long de la vie et chez les deux sexes, il est recommandé d'utiliser des vaccins associant les anatoxines diptérique et tétanique adaptés à l'âge des patients. Pour les enfants de < 7 ans, on pourra employer les associations DTCe ou DTCa. [Chez les enfants de 4 ans et plus le vaccin contenant Td est à privilégier](#).
- À partir de l'âge de 7 ans, seuls les vaccins combinés Td doivent être utilisés. Des associations adaptées à l'âge contenant le vaccin anticoqueluchéux avec l'anatoxine diptérique faiblement dosée sont également disponibles.
- Si la vaccination antitétanique a débuté à l'adolescence ou à l'âge adulte, 5 doses correctement espacées suffisent pour obtenir une protection à vie.
- Les femmes enceintes et leurs nouveau-nés sont protégés du tétanos lié à la naissance si, avant d'arriver à l'âge de procréer, la mère a reçu 6 doses de vaccin contenant l'anatoxine tétanique durant l'enfance, ou 5 doses si la vaccination a débuté à l'adolescence/l'âge adulte (attestées par un carnet de vaccination, un registre de vaccination et/ou les antécédents de la femme). Les antécédents vaccinaux de la femme enceinte doivent être vérifiés pour déterminer si l'administration d'une dose de vaccin contenant l'anatoxine tétanique s'impose pendant la grossesse en cours.
- L'OMS réitère sa recommandation antérieure, préconisant un abandon des vaccins monovalents à base d'anatoxine tétanique au profit de vaccins combinés contenant l'anatoxine diptérique (vaccins DT ou Td).
- Les vaccins contenant l'anatoxine tétanique peuvent être utilisés chez les personnes immunodéprimées, y compris celles infectées par le VIH, mais la réponse immunitaire suscitée peut être plus faible que chez les sujets pleinement immunocompétents. Tous les enfants présentant une infection à VIH doivent être vaccinés contre le tétanos conformément aux recommandations vaccinales applicables à la population générale.

- Vaccins anticoquelucheux: Les 2 types de vaccins anticoquelucheux ont enregistré jusqu'à présent d'excellents résultats en matière d'innocuité.
- Les éléments disponibles indiquent que les vaccins anticoquelucheux acellulaire et à germes entiers homologués présentent une efficacité initiale équivalente dans la prévention de la coqueluche au cours de la première année de vie, mais que l'immunité s'estompe plus rapidement, avec éventuellement un impact plus limité sur la transmission, pour les vaccins acellulaires que pour les vaccins à germes entiers.
- Les programmes nationaux vaccinant actuellement contre la coqueluche avec le vaccin à germes entiers peuvent continuer à utiliser ce type de vaccin pour la primovaccination. Les données de surveillance et de modélisation laissent à penser que l'utilisation des vaccins acellulaires peut conduire à une résurgence de la coqueluche au bout d'un certain nombre d'années.
- Les programmes nationaux utilisant actuellement le vaccin acellulaire peuvent continuer de le faire, mais devront prendre en compte la nécessité de doses de rappel supplémentaires et de stratégies pour prévenir la mortalité infantile précoce, telles que la vaccination maternelle, en cas de résurgence de la coqueluche.
- Pour vacciner contre la coqueluche les individus de ≥ 7 ans, il ne faut utiliser que des vaccins acellulaires.
- Rappel de vaccin anticoquelucheux - une dose de rappel est recommandée pour les enfants de 1 à 6 ans, de préférence pendant la 2e année de vie (>6 mois après la dernière dose primaire), à moins que l'épidémiologie locale n'impose un autre moment; on pourra aussi tirer parti du contact pour effectuer un rattrapage vaccinal si des doses ont été manquées pour d'autres vaccinations. Ce calendrier devrait fournir une protection pendant au moins 6 ans dans les pays utilisant le vaccin à germes entiers. Dans les pays faisant appel au vaccin acellulaire, la protection fournie peut diminuer de manière appréciable avant l'âge de 6 ans.
- Vaccination des femmes enceintes et des contacts familiaux - la vaccination des femmes enceintes constitue probablement la stratégie complémentaire la plus rentable pour prévenir la coqueluche chez les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés et semble être plus efficace et bénéfique que le cocooning.
- Les programmes nationaux peuvent envisager la vaccination des femmes enceintes avec une dose de vaccin Tdca (au cours du 2e ou du 3e trimestre et de préférence au moins 15 jours avant la fin de la grossesse), en tant que stratégie destinée à compléter la vaccination anticoqueluchouse primaire systématique des nourrissons dans les pays où les endroits où la morbidité/mortalité dues à la coqueluche sont élevées ou en hausse.
- Vaccination contenant DTC retardée ou interrompue - chez les enfants dont la série vaccinale a été interrompue, il faudra reprendre la série sans ré-administrer les doses antérieures. Les enfants dont l'âge est compris entre 1 et 7 ans et qui n'ont pas été vaccinés auparavant devront recevoir 3 doses de vaccin suivant un calendrier de 0, 1 et 6 mois. L'administration ultérieure de 2 doses de rappel de vaccin combiné Td ou Tdca est nécessaire, avec un intervalle d'au moins 1 an entre les doses.
- Il doit désigner les agents de santé comme groupe prioritaire pour recevoir le vaccin anticoqueluchoux.

⁶ Haemophilus influenzae type b (Hib)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épид. hebdo. \(2013, 88: 413-428\).](#)
- L'utilisation des vaccins anti-Hib devra s'intégrer dans une stratégie complète pour lutter contre les pneumonies incluant l'allaitement au sein exclusif jusqu'à 6 mois, le lavage des mains au savon, l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, la réduction de la pollution de l'air dans les foyers et une meilleure prise en charge des cas au niveau des collectivités et des établissements de soins.
- L'OMS recommande d'appliquer l'un des calendriers de vaccination anti-Hib suivants: 3 doses primaires sans dose de rappel (3p+0); 2 doses primaires plus une dose de rappel (2p+1); et 3 doses primaires plus une dose de rappel (3p+1).
- Les maladies à Hib graves étant plus fréquentes chez les enfants de 4 à 18 mois, la vaccination devra débuter à 6 semaines ou dès que possible après cet âge.

- Le nombre de doses primaires devra être fixé après prise en compte de l'épidémiologie locale, de la présentation du vaccin (anti-Hib conjugué monovalent ou combiné à d'autres antigènes) et des possibilités d'intégration dans le calendrier de vaccination systématique global.
- Dans les pays où le pic de maladies à Hib sévères se produit chez les jeunes nourrissons, l'administration de 3 doses de vaccin à un stade précoce de la vie peut apporter un grand bénéfice.
- Dans certains contextes (par exemple lorsque le maximum de la charge de morbidité et de mortalité se présente plus tardivement ou lorsque les taux de réduction de la maladie ne se maintiennent pas complètement une fois le vaccin anti-Hib utilisé de manière systématique), il peut être avantageux d'ajouter une dose de rappel selon un calendrier de type 2p+1 ou 3p+1.
- L'intervalle entre les doses devra être de 4 semaines au moins si l'on administre 3 doses primaires, et de 8 semaines au moins si le nombre de doses primaires est de 2. Lorsqu'elle est administrée, la dose de rappel devra être injectée 6 mois au moins après l'achèvement de la série primaire.
- Si le déroulement de la vaccination a été interrompu, le calendrier peut être repris sans renouveler la première injection. Pour les enfants dont la vaccination débute tardivement, mais dont l'âge ne dépasse pas 12 mois, il faudraachever le calendrier de vaccination (par exemple administrer 3 ou 2 doses primaires plus une dose de rappel).
- Lorsque la première dose de vaccin est injectée à un enfant de >12 mois, il est recommandé de n'administrer qu'une seule dose.
- Le vaccin anti-Hib n'est pas nécessaire chez les enfants de >5 ans en bonne santé.
- Le vaccin anti-Hib conjugué est contre-indiqué pour les personnes que l'on sait allergiques à l'un des composants de ce vaccin. Il n'y a pas d'autre contre-indication ou précaution à prendre connue.

7 Pneumocoque (Conjugué)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2025, 39: 411-437\).](#)
- Les VPC actuellement disponibles sont efficaces et sans danger et sont recommandés pour être intégrés aux programmes de vaccination de l'enfant dans le monde entier.
- La vaccination antipneumococcique devrait s'inscrire en complément d'autres mesures de prévention et de lutte contre la maladie: prise en charge appropriée des cas, encouragement d'un allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de vie et réduction des facteurs de risque connus, comme la pollution intérieure et la fumée de tabac.
- L'OMS recommande d'administrer les VPC aux nourrissons selon un calendrier à 3 doses, pouvant être appliquée sous forme de schéma 2p+1 ou 3p+0, dès l'âge de 6 semaines.
- Si le schéma 2p+1 est choisi, un écart de ≥ 8 semaines est recommandé entre les 2 doses de primovaccination. Dans le schéma 2p+1, la dose de rappel doit être administrée entre les âges de 9 et 18 mois, en tenant compte des considérations programmatiques; il n'y a pas d'intervalle minimal ou maximal à respecter entre la série de primovaccination et la dose de rappel.
- Si le schéma 3p+0 est employé, un intervalle d'au moins 4 semaines doit être respecté entre les doses.
- Les pays désireux de réduire le coût de leur programme de vaccination antipneumococcique ou le nombre d'injections prévues dans le calendrier de vaccination des nourrissons peuvent adopter un schéma 1p+1, à titre de remplacement hors indication d'un schéma à 3 doses, à condition que les deux critères suivants soient remplis: Il existe une immunité collective bien établie chez les enfants de <5 ans, ET au cours des 5 années précédentes, le pays a démontré sa capacité à administrer la vaccination entre les âges de 9 et 18 mois avec une couverture moyenne $\geq 80\%$. **Voir la note de synthèse.**
- La première dose du schéma 1p+1 peut être administrée à l'âge de ≥ 6 semaines, et la dose de rappel à l'âge de ≥ 9 mois.

- Les pays soucieux de réduire les coûts de la vaccination pourraient recourir à une utilisation hors indication de doses fractionnées de ≥40% de VPC13-PFZ, administrées selon un schéma à 3 doses. Un schéma à doses fractionnées ne doit être envisagé que dans les pays où il existe une immunité collective bien établie chez les enfants de <5 ans, conformément au critère défini ci-dessus dans la section traitant du passage à un schéma 1p+1. **Voir la note de synthèse.**
- Les enfants non vaccinés ou partiellement vaccinés qui se sont rétablis à la suite d'une pneumococcie invasive (PI) doivent être vaccinés selon les schémas recommandés pour leur âge.
- Si un calendrier de vaccination est interrompu, il convient de le reprendre sans réadministrer la dose précédente.
- Le VPC10 et le VPC13 ont tous deux un impact considérable contre la pneumonie, la PI imputable aux sérotypes vaccinaux et le portage rhinopharyngé. Le choix du produit dans un pays donné devra se fonder sur les caractéristiques programmatiques, l'approvisionnement en vaccins, le prix des vaccins, la prévalence locale et régionale des sérotypes vaccinaux et les profils de résistance aux antimicrobiens.
- Une fois qu'un programme de vaccination par les VPC a été mis en place, il est déconseillé de passer d'un produit à l'autre à moins d'une évolution majeure des facteurs épidémiologiques ou programmatiques sur lesquels s'est fondé le choix initial du produit, par exemple en cas d'augmentation de la charge du sérotype 19A. Si une série ne peut être menée à terme avec le même type de vaccin, on utilisera le VPC qui est disponible. Il est déconseillé de recommencer une série, même s'il s'agit de la série de primovaccination.
- Dans la mesure du possible, on procèdera à une vaccination de rattrapage lors de l'introduction des VPC afin d'accélérer les effets de la vaccination sur la maladie parmi les enfants âgés de 1 à 5 ans, en particulier dans les zones où la charge de morbidité et la mortalité liées à la maladie sont élevées. Si la quantité de vaccins disponibles ou les ressources financières sont insuffisantes pour mettre pleinement en œuvre la vaccination de rattrapage, les doses de rattrapage de VPC devront être administrées en priorité aux enfants les plus jeunes (par exemple de <2 ans) en raison du risque plus élevé de pneumococcie dans cette population.
- Chez les enfants de ≥24 mois, on pourra administrer une dose unique de vaccin aux fins de la vaccination de rattrapage.
- Les enfants âgés de 1 à 5 ans qui n'ont pas été vaccinés et qui présentent un risque élevé d'infection pneumococcique en raison d'affections médicales sous-jacentes, comme une infection à VIH ou une drépanocytose, doivent recevoir au moins 2 doses espacées d'au moins 8 semaines.
- Chez les nourrissons positifs pour le VIH et les prématurés qui ont reçu leurs 3 doses de primovaccination avant d'atteindre l'âge de 12 mois, un rappel au cours de la deuxième année de vie peut être bénéfique
- La co-administration motivée par des raisons programmatiques semble acceptable.
- L'OMS n'a pas en ce moment des recommandations en ce qui concerne l'administration du VPC aux personnes >5 ans. Considérations relatives à la vaccination antipneumococcique chez les personnes âgées voir la Note: [Relevé épид. hebdo. \(2021, 96 \(23\), 217 – 228\)](#).
- La priorité devrait être donnée à l'introduction du VPC dans les programmes nationaux de vaccination de l'enfant et aux mesures de maintien d'un haut niveau de couverture chez les enfants avant d'envisager la mise en place d'un programme de vaccination antipneumococcique chez les personnes âgées.
- Les pays déjà dotés d'un programme bien établi de vaccination antipneumococcique de l'enfant pourront décider s'il convient de lancer un programme semblable chez l'adulte, avec le VPP23 ou le VPC13, en tenant compte de la charge de morbidité locale et du rapport coût-efficacité de cette intervention.

8 Rotavirus

- Référence Note de synthèse : [Relevé épid. hebdo. \(2021, 96: 301-320\)](#).
- Les vaccins antirotavirus devraient être intégrés dans tous les programmes nationaux de vaccination.
- L'utilisation des vaccins antirotavirus devrait faire partie d'une stratégie globale de lutte contre les affections diarrhéiques prévoyant le renforcement des mesures de prévention (promotion de l'allaitement précoce et exclusif au sein, lavage des mains, amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement) et de traitement (SRO à faible osmolarité et zinc).
- La première dose de vaccin antirotavirus doit être administrée le plus tôt possible après l'âge de 6 semaines.
- Si un enfant âgé de <24 mois a manqué une dose ou une série de doses de vaccin antirotavirus pour quelque raison que ce soit, l'OMS recommande de vacciner l'enfant contre le rotavirus. Compte tenu de la répartition habituelle de la GERV selon l'âge, la vaccination antirotavirus des enfants âgés de >24 mois n'est pas recommandée.
- Dans la mesure du possible, il convient d'utiliser le même vaccin antirotavirus pour la série de doses à administrer à chaque enfant. Toutefois, si le vaccin utilisé pour une dose antérieure est indisponible ou non connu, tout autre produit homologué disponible pourra être utilisé pour compléter la vaccination. Dans le cas d'une série mixte ou d'une série comprenant des vaccins non connus, un total de 3 doses de vaccin antirotavirus doit être administré pour que la vaccination soit complète.
- Les vaccins antirotavirus peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins du programme de vaccination de l'enfant.
- Les vaccins antirotavirus préqualifiés par l'OMS sont sans danger et bien tolérés. Il subsiste un faible risque d'invagination intestinale après la vaccination antirotavirus.
- Le vaccin contre le rotavirus ne doit pas être administré aux enfants ayant des antécédents d'invagination, de réaction allergique sévère (anaphylaxie par exemple) après une dose antérieure, ou d'immunodéficience sévère, notamment le déficit immunitaire combiné sévère.
- En présence d'une immunocompétence altérée autre qu'un déficit immunitaire combiné sévère, d'une maladie gastro-intestinale chronique et d'un spina bifida ou d'une exstrophie vésicale, des précautions s'imposent. La vaccination peut être différée en cas de gastro-entérite aiguë en cours ou de fièvre accompagnant une affection modérée à sévère.

9 Rougeole

- Référence Note de synthèse : [Weekly Epid. Record \(2017, 92: 205-228\)](#).
- L'accès à tous les enfants avec 2 doses de vaccin antirougeoleux devrait être la norme pour tous les programmes nationaux de vaccination. En plus de la première dose de routine du vaccin contenant le virus de la rougeole (MCV1), tous les pays devraient ajouter une deuxième dose de routine de MCV2 à leurs calendriers nationaux de vaccination, quel que soit le niveau de couverture MCV1.
- Le MCV1 devrait être administré à l'âge de 9 mois dans les pays où la transmission de la rougeole est continue. L'administration de la deuxième dose devrait être administrée entre 15 et 18 mois. L'administration systématique de la seconde dose aux enfants dans leur deuxième année de vie diminue la vitesse à laquelle le nombre des enfants sensibles augmente et les risques de flambée de rougeole. L'intervalle minimum entre les deux doses est de 4 semaines.
- Étant donné que de nombreux cas de rougeole se produisent chez des enfants âgés de plus de 12 mois qui n'ont pas été vaccinés, la vaccination avec le MCV1 ne devrait pas être limitée aux nourrissons âgés de 9 à 12 mois et la vaccination avec le MCV2 ne devrait pas être limitée aux nourrissons de 15 à 18 mois âge. Chaque occasion (par exemple lorsque les enfants entrent en contact avec les services de santé) doit être prise pour vacciner tous les enfants non vaccinés qui ont raté une ou les deux doses de routine de MCV, en particulier ceux de moins de 15 ans. Les politiques qui interdisent l'utilisation du vaccin chez les

enfants de plus d'un an, les enfants plus âgés et les adolescents devraient être modifiées pour permettre à ces personnes d'être vaccinées.

- Dans les pays présentant de faibles niveaux de transmission de la rougeole (c'est-à-dire les pays approchant de l'élimination ou ceux dont il est vérifié qu'ils ont éliminé la transmission endémique du virus rougeoleux) et où le risque d'infection rougeoleuse chez les nourrissons est donc bas, la MCV2 peut être administrée à l'âge de 12 mois pour tirer parti des taux de séroconversion élevés obtenus à cet âge. Dans ces pays, l'âge optimal pour délivrer la MCV2 systématique dépend de considérations programmatiques visant à obtenir la plus forte couverture possible par cette seconde dose et par conséquent le niveau le plus élevé possible d'immunité de la population. L'administration de la MCV2 entre 15 et 18 mois garantit une protection précoce des individus, ralentit l'accumulation de jeunes sujets sensibles et peut coïncider avec le calendrier d'autres vaccinations systématiques (rappel du DTC, PCV ou vaccins antimeningocoïques, par exemple). Cette mesure peut aussi appuyer la mise en place d'une politique de vaccination et d'autres interventions sanitaires au cours de la deuxième année de vie. Si la couverture par la MCV1 est forte (>90 %) et le taux de scolarisation élevé (>95%), l'administration d'une MCV2 systématique à l'entrée à l'école peut s'avérer une stratégie efficace pour obtenir une couverture importante et prévenir les flambées en milieu scolaire.
- Pour des raisons programmatiques (par exemple, pour réduire les besoins en stockage réfrigéré et le gaspillage de vaccins), il est recommandé d'utiliser la même formulation pour les 2 doses systématiques de MCV.
- Dans les situations suivantes, une dose supplémentaire de MCV devra être administrée aux nourrissons à partir de l'âge de 6 mois: (1) au cours d'une flambée de rougeole dans le cadre de l'intensification de la délivrance de services; (2) pendant les campagnes, dans les contextes où le risque de rougeole chez les nourrissons de <9 mois reste élevé (pays d'endémie subissant des flambées régulières, par exemple); (3) pour les populations déplacées à l'intérieur du pays et les réfugiés, et pour les populations résidant dans des zones de conflit; (4) pour les nourrissons qui individuellement sont à haut risque de contracter la rougeole qui se trouvent dans des situations comportant un risque accru d'exposition en cas de flambée, comme les garderies, par exemple); (5) pour les nourrissons emmenés dans des pays soumis à des flambées de rougeole; (6) pour les nourrissons dont on sait qu'ils sont infectés par le VIH ou exposés à ce virus (c'est-à-dire nés d'une femme infectée par le VIH).
- L'administration du MCV avant 9 mois devra donc amener à envisager une dose supplémentaire et à enregistrer la première dose dans le carnet de vaccination de l'enfant en tant que «MCV0». Les enfants bénéficiant d'une dose de MCV0 devront aussi recevoir une MCV1 et une MCV2 aux âges recommandés, conformément au calendrier national.
- Compte tenu de l'évolution sévère de la rougeole chez les personnes atteintes du sida, la vaccination antirougeoleuse devra être administrée de manière systématique aux enfants et aux adultes infectés par le VIH asymptomatiques potentiellement sensibles. Cette vaccination peut même être envisagée chez les individus présentant une infection à VIH symptomatique s'ils ne sont pas sévèrement immunodéprimés selon les définitions classiques. Dans les zones de forte incidence des infections à VIH comme de la rougeole, la première dose de MCV peut être proposée dès que les enfants atteignent l'âge de 6 mois (dose enregistrée en tant que MCV0). Les 2 doses systématiques de MCV (MCV1 et MCV2) devront donc être administrées à ces enfants conformément au calendrier de vaccination national.
- Une dose supplémentaire de MCV devra être administrée aux enfants infectés par le VIH et recevant un TARHA après reconstitution immunitaire. Si l'on effectue un suivi des numérations de lymphocytes T CD4+, il faudra administrer une dose supplémentaire de MCV une fois la reconstitution immunitaire obtenue, par exemple lorsque la numération en lymphocytes T CD4+ aura atteint 20 à 25 %. En cas d'indisponibilité de cette numération, les enfants devront recevoir une dose additionnelle de MCV 6 à 12 mois après le début du TARHA.
- Une dose supplémentaire de MCV (enregistrée en tant que MCV0) devra être envisagée chez les nourrissons que l'on sait exposés au VIH (c'est-à-dire nés d'une femme infectée par ce virus) ou immédiatement après le diagnostic d'une infection à VIH chez les enfants âgés de >6 mois qui ne reçoivent pas le TARHA et pour lesquels le risque de rougeole est important.

- Les infections bénignes concurrentes ne sont pas des contre-indications à la vaccination. À titre de précaution, l'administration du vaccin antirougeoleux - seul ou en association avec d'autres vaccins - devra être évitée pendant la grossesse. Les MCV ne devront pas être administrés à des individus ayant des antécédents de réaction anaphylactique ou de réaction allergique sévère à l'un des constituants du vaccin (néomycine ou gélatine, par exemple) ou encore souffrant d'une forme quelconque d'immunodépression sévère.
- En règle générale, les vaccins vivants doivent être administrés soit simultanément, soit à intervalles de 4 semaines. Le vaccin antipoliomyélétique oral (VPO) fait exception à cette règle et peut être administré à tout moment, avant, avec ou après la vaccination antirougeoleuse, sans interférer avec la réponse à l'un des vaccins.

10 Rubéole

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2020, 95: 301-324\)](#).
- À partir de septembre 2024, l'obligation pour les pays d'atteindre une couverture de 80% par le vaccin antirougeoleux dans le cadre de la vaccination systématique ou lors des campagnes avant l'introduction du vaccin antirubéoleux a été levée. Cette composante de la note de synthèse sur la rubéole sera modifiée lors de la prochaine mise à jour ; dans l'intervalle, la nouvelle recommandation politique figure dans la [Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, septembre 2024: conclusions et recommandations](#).
- Tous les pays qui n'ont pas encore introduit le RCV devraient prévoir de le faire.
- Il est recommandé d'administrer le RCV en combinaison avec le vaccin antirougeoleux et d'utiliser le vaccin combiné pour toutes les activités de vaccination après l'introduction du RCV, y compris la vaccination systématique, les AVS et la riposte aux flambées épidémiques.
- L'élimination de la rougeole exige une couverture de ≥95%, l'objectif de la couverture vaccinale contre la rubéole devrait également être de ≥95%.
- La stratégie de vaccination recommandée consiste à commencer par une campagne de vaccination par le RR ciblant les 2 sexes et une large tranche d'âge (par exemple 9 mois/15 ans), en se basant si possible sur le profil de sensibilité par cohorte de naissance, suivie immédiatement par l'introduction du vaccin RR ou ROR dans le calendrier de vaccination systématique. La campagne doit cibler les hommes aussi bien que les femmes afin de réduire la probabilité de créer des lacunes en matière d'immunité.
- La première dose de RCV peut être administrée à l'âge de 9 ou 12 mois, en fonction de l'intensité de la transmission du virus rougeoleux. Le RCV doit être utilisé dans toutes les campagnes de suivi ultérieures.
- Les vaccins anti-rubéole peuvent être administrés en même temps que les vaccins inactivés.
- Les vaccins vivants doivent être administrés soit simultanément, soit à au moins 4 semaines d'intervalle. Le vaccin antipoliomyélétique oral (VPO) fait exception à cette règle et peut être administré à tout moment, avant, en même temps ou après le RCV, sans interférer avec la réponse à l'un ou l'autre de ces vaccins. L'OMS recommande la coadministration des vaccins antirubéoleux et antiamaril.
- La vaccination contre la rubéole doit être évitée pendant la grossesse en raison d'un risque théorique (mais jamais démontré) d'effets tératogènes. Il est conseillé aux femmes qui prévoient une grossesse d'éviter de tomber enceinte dans le mois qui suit la vaccination antirubéoleuse.
- L'OMS recommande aux personnes qui reçoivent des produits sanguins d'attendre au moins 3 mois avant de se faire vacciner contre la rubéole et, si possible, d'éviter de recevoir des produits sanguins pendant 2 semaines suivant la vaccination.

11 Papillomavirus Humain (PVH)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2022, 97: 645-672\)](#).
- L'introduction des vaccins anti-PVH doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie complète et coordonnée de prévention du cancer du col utérin et d'autres maladies dues aux PVH. Cette stratégie devra notamment reposer sur des efforts d'éducation visant à réduire les comportements qui entraînent un risque accru d'infection à PVH et sur la communication d'informations sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des lésions précancéreuses, sur le cancer et sur les facteurs de risque. L'accès à des services de dépistage et de traitement de qualité doit être amélioré.
- L'objectif prioritaire de la vaccination anti-PVH est de prévenir le cancer du col de l'utérus, qui représente 82% de tous les cancers liés aux PVH. La Stratégie mondiale 2020 de l'OMS visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique⁴ recommande que les vaccins anti-PVH soient intégrés dans tous les programmes nationaux de vaccination et que 90% des filles soient vaccinées avant l'âge de 15 ans d'ici 2030. Le meilleur moyen de prévenir le cancer du col de l'utérus est de vacciner les jeunes filles avant qu'elles ne deviennent sexuellement actives.
- L'OMS recommande que la vaccination anti-PVH cible principalement les filles âgées de 9-14 ans, avant le début de l'activité sexuelle.
- En raison de la protection directe et collective accrue qu'elle engendre, la vaccination de rattrapage de plusieurs cohortes de filles âgées de 9 à 18 ans au moment de l'introduction du vaccin anti-PVH a un impact plus rapide et plus important dans la population. Cette approche présente un bon rapport coût/efficacité, permet de réaliser des économies d'échelle et rend les programmes plus résistants à d'éventuelles interruptions de la vaccination.
- La vaccination des populations cibles secondaires, notamment des femmes et des filles de ≥15 ans, des garçons, des hommes ou des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, n'est recommandée que si elle est réalisable et financièrement abordable et si elle ne détourne pas les ressources nécessaires à la vaccination de la population cible principale ou à la mise en œuvre de programmes efficaces de dépistage du cancer du col utérin.
- Tous les vaccins bivalents, quadrivalents et nonavalents actuellement homologués contre les PVH présentent d'excellents profils d'innocuité et sont dotés d'une grande efficacité ou ont satisfait aux exigences d'immunobridging.
- Au vu des données actuelles, il est recommandé d'utiliser un schéma à 2 doses dans le groupe cible principal à partir de l'âge de 9 ans et dans toutes les tranches d'âge supérieures pour lesquelles les vaccins anti-PVH sont homologués.
- La première et la deuxième dose doivent être espacées d'au moins 6 mois. Avec un intervalle de 12 mois, la moyenne géométrique des titres d'anticorps produits est plus élevée et cette approche est suggérée pour des raisons programmatiques et d'efficacité.
- Il n'y a pas d'intervalles maximum recommandé entre les doses et on pourra envisager des intervalles plus longs, allant jusqu'à 3 ou 5 ans, si cela est utile d'un point de vue programmatique.
- Schéma à dose unique: En tant qu'utilisation hors indications officielles, un schéma à dose unique peut être adopté chez les filles et les garçons âgés de 9-20 ans. Les données actuelles portent à croire que l'efficacité vaccinale et la durée de protection offertes par une dose unique sont comparables à celles d'un schéma à 2 doses et que le schéma à dose unique peut présenter des avantages sur le plan programmatique, être une solution plus efficace et abordable et contribuer à une meilleure couverture. Du point de vue de la santé publique, l'utilisation d'un schéma à dose unique peut avoir des avantages substantiels qui l'emportent sur le risque d'un déclin potentiel de la protection si l'efficacité vaccinale diminue avec le temps, bien que rien n'indique actuellement que cela soit le cas.
- Les personnes immunodéprimées ou infectées par le VIH (quel que soit leur âge ou leur statut au regard du traitement antirétroviral) devraient recevoir au moins 2 doses de vaccin antiPVH (espacées d'au moins 6 mois), voire 3 doses si possible.
- Les vaccins anti-PVH peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins, vivants ou non, en utilisant des seringues et des sites d'injection distincts. La

coadministration avec une dose de rappel du vaccin antitétanique-antidiphétique devrait être envisagée pour améliorer l'efficacité des programmes et éviter les occasions manquées de vaccination.

- Il est déconseillé, à titre de précaution, d'administrer le vaccin anti-PVH pendant la grossesse. Si la grossesse survient après l'administration de la première dose, la dose suivante doit être différée jusqu'à la fin de la grossesse. Il n'est pas indiqué de mettre un terme à la grossesse en cas de vaccination par inadvertance de la mère pendant la gestation. L'allaitement n'est pas une contre-indication à la vaccination anti-PVH.

12 Encéphalite Japonaise (EJ)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2015, 90: 69-88\)](#).
- La vaccination contre l'EJ devra être intégrée aux calendriers nationaux de vaccination dans toutes les zones où cette maladie est reconnue comme une priorité de santé publique.
- La stratégie la plus efficace de vaccination contre l'EJ dans les zones d'endémie consiste à mener une campagne unique dans la population cible primaire définie par l'épidémiologie locale (habituellement les enfants <15 ans), suivie par l'intégration du vaccin contre l'EJ dans le programme de vaccination systématique des enfants.
- Il est recommandé de respecter les schémas posologiques vaccinaux et les âges d'administration indiqués ci-après. La nécessité d'une dose de rappel dans les situations d'endémie n'a été clairement établie pour aucun des vaccins figurant dans la liste suivante:
 - *vaccin inactivé préparé sur cellules Vero* : série primaire selon les recommandations du fabricant (variables selon les produits) : généralement 2 doses à 4 semaines d'intervalle, en débutant la série primaire à ≥6 mois dans les situations d'endémie,
 - *vaccin vivant atténué*: dose unique administrée à ≥8 mois,
 - *vaccin vivant recombinant*: dose unique administrée à ≥9 mois.
- Il est préférable de remplacer les vaccins inactivés préparés sur tissu cérébral murin par des vaccins de génération plus récente, examinés dans cette note de synthèse. Les vaccins inactivés préparés sur tissu cérébral murin peuvent continuer à jouer un rôle dans la lutte contre l'EJ dans certains pays, mais globalement, ces produits ont un profil d'innocuité moins favorable, en raison de leur plus forte réactogénicité, que les vaccins contre l'EJ plus récents. Parmi leurs autres inconvénients, figurent la variabilité de la production, leur coût, le plus grand nombre de doses requises et la nécessité de doses de rappel.
- Même si les données concernant l'immunogénicité/efficacité et l'innocuité pour toutes les associations possibles du vaccin contre l'EJ avec les vaccins du programme de vaccination systématique ne sont pas complètes, une coadministration semble néanmoins acceptable pour des raisons programmatiques, même dans le contexte de campagnes de masse. En règle générale, tout vaccin vivant peut être administré simultanément ou avec un intervalle de 4 semaines.
- Le vaccin contre l'EJ inactivé est utilisable chez les personnes immunodéprimées, y compris celles infectées par le VIH, mais la réponse immunitaire suscitée peut être plus faible que chez des personnes pleinement immunocompétentes. Il faudra pour vacciner ces personnes faire appel à des vaccins inactivés préparés sur cellules Vero de préférence aux vaccins vivants atténués ou recombinants. Le dépistage du VIH n'est pas un préalable indispensable à la vaccination.
- Si le risque d'EJ est suffisant pour justifier la vaccination des femmes enceintes, on utilisera pour cela des vaccins inactivés préparés sur cellules Vero de préférence aux vaccins vivants atténués ou aux vivants recombinants sur la base du principe général de précaution qui s'oppose à l'utilisation de vaccins vivants chez les femmes attendant un enfant, notamment si d'autres types de vaccins sont disponibles. Le dépistage de la grossesse n'est pas un préalable indispensable à la vaccination contre l'EJ. L'administration par inadvertance d'un vaccin vivant atténué ou vivant recombinant contre l'EJ à une femme enceinte n'est pas une indication pour l'interruption de la grossesse.

13 Fièvre Jaune

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2013, 88: 269-284\)](#).
- L'OMS recommande à tous les pays d'endémie d'introduire le vaccin contre la FJ dans leurs programmes de vaccination.
- Une dose unique de vaccin antiamaril suffit pour conférer une immunité protectrice contre la FJ tout au long de la vie ; l'administration d'une dose de rappel n'est pas nécessaire.
- Il est recommandé d'administrer le vaccine antiamaril aux enfants entre 9 et 12 mois, en même temps que la vaccination antirougeoleuse.
- La vaccination antiamarile est contre-indiquée chez les enfants de < 6 mois et n'est pas recommandée chez ceux de 6 à 8 mois, sauf en cas d'épidémie lorsque le risque d'infection par le virus de la FJ est très élevé. Les autres contre-indications pour cette vaccination sont l'hypersensibilité sévère aux antigènes de l'œuf et l'immunodéficience sévère.
- Des campagnes de vaccination de masse préventives sont recommandées pour les habitants des zones à risque de FJ lorsque la couverture vaccinale y est faible. Dans les zones où des cas sont notifiés, tout individu âgé de ≥ 9 mois doit être vacciné. Sachant que le vaccin antiamaril est un vaccin vivant, il convient d'effectuer une évaluation risque/bénéfice pour les femmes enceintes et allaitantes.
- Le vaccin antiamaril doit être proposé à tous les voyageurs non vaccinés de ≥ 9 mois se rendant dans une zone à risque ou quittant une telle zone, à moins qu'ils n'appartiennent à une catégorie d'individus pour laquelle cette vaccination est contre-indiquée.
- La vaccination antiamarile peut être administrée en même temps que d'autres vaccins. En règle générale, tout vaccin vivant peut être administré simultanément ou avec un intervalle de 4 semaines. Le vaccin antipoliomyélétique oral est administrable à un moment quelconque par rapport à la vaccination antiamarile.

14 Encéphalite à tiques

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2011, 86: 241-256\)](#).
- L'incidence de l'encéphalite à tiques pouvant varier considérablement d'une région géographique à l'autre, voire au sein d'une même région, les stratégies publiques de vaccination doivent s'appuyer sur des évaluations du risque menées au niveau du pays, de la région ou même du district et être adaptées à la situation d'endémie locale. Par conséquent, il est indispensable de mettre en place la notification des cas de la maladie avant de décider des mesures préventives les plus appropriées.
- Dans les zones où l'encéphalite à tiques est fortement endémique (c'est-à-dire où l'incidence moyenne de la maladie clinique avant la vaccination est ≥5 cas/100 000 habitants par an), ce qui implique un risque individuel d'infection élevé, l'OMS recommande de proposer la vaccination dans toutes les classes d'âge, y compris les enfants.
- Sachant que l'encéphalite à tiques tend à être plus grave au-delà de 50-60 ans, il est important que cette classe d'âge soit visée par la vaccination.
- Dans les zones où l'incidence prévaccinale de la maladie est faible ou modérée (moyenne annuelle <5/100 000 habitants sur 5 ans) ou limitée à des lieux géographiques particuliers ou à certaines activités de plein air, la vaccination doit viser des sujets appartenant aux cohortes les plus sévèrement touchées.
- Il faut aussi proposer la vaccination aux personnes qui viennent de zones de non-endémie et se rendent dans des zones d'endémie si leur séjour doit comprendre des activités de plein air prolongées.
- La vaccination contre l'encéphalite à tiques nécessite une première série de 3 doses; les personnes qui vont continuer d'être exposées à ce risque devront recevoir ≥1 dose de rappel.
- Les autorités sanitaires concernées doivent choisir, parmi la gamme étendue d'intervalles acceptables entre les doses, le calendrier de primovaccination le plus rationnel pour leurs programmes de vaccination à l'échelle du pays, de la région ou du district.

- Bien que tout porte à croire qu'on puisse espacer considérablement les rappels par rapport aux intervalles actuellement préconisés par les fabricants (chaque 3-5 ans), on ne dispose pas encore de suffisamment d'éléments pour recommander avec certitude le nombre et la fréquence de ces rappels. Les pays peuvent donc continuer de recommander d'utiliser les vaccins en fonction de l'épidémiologie locale de la maladie et selon les calendriers actuels jusqu'à ce que l'on dispose d'informations plus précises.
- Pour les vaccins fabriqués en Autriche et en Allemagne (FSME-Immun and Encepur), on recommande un intervalle de 1 à 3 mois entre les 2 premières doses et de 5 à 12 mois entre la deuxième et la troisième dose. Si la protection doit être obtenue rapidement, par exemple pour les voyageurs devant se rendre dans des zones d'endémie, l'intervalle entre les 2 premières doses peut être ramené à 1-2 semaines.
- Pour les vaccins fabriqués dans la Fédération de Russie (TBE-Moscow and EnceVir), on recommande des intervalles de 1-7 mois entre les deux premières doses et de 12 mois entre la deuxième et la troisième dose. Les rappels sont préconisés tous les 3 ans pour les personnes constamment exposées au risque.
- Il convient de maintenir les intervalles entre les rappels actuellement recommandés jusqu'à ce que davantage de données aient été générées sur la durée de la protection conférée par les vaccins russes.
- Quel que soit le retard pris, les calendriers vaccinaux interrompus doivent être repris sans répétition des doses antérieures.

15 Typhoïde

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2018, 93: 153-172\)](#).
- Des programmes de vaccination antityphoïdiques devraient s'inscrire dans le cadre d'autres efforts de lutte contre la maladie, notamment l'éducation sanitaire, l'amélioration des conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, et la formation des professionnels de la santé au diagnostic et au traitement de cette maladie.
- Parmi les vaccins antityphoïdiques disponibles, le VTC est à privilégier à tous les âges en raison de ses meilleures propriétés immunologiques, de son aptitude à être utilisé chez le jeune enfant et de la durée de protection plus longue escomptée. Les pays pourront également envisager une administration systématique du vaccin ViPS chez les sujets âgés de 2 ans ou plus et du vaccin Ty21a après l'âge de 6 ans.
- VTC - les enfants à partir de l'âge de 6 mois, ainsi que chez les adultes jusqu'à l'âge de 45 ans. L'administration programmatique systématique de VTC en même temps que les autres vaccins administrés à l'âge de 9 mois ou au cours de la deuxième année de vie. ViPS - une dose unique doit être administrée par voie intramusculaire ou sous-cutanée à partir de l'âge de 2 ans. Ty21a - l'administration de 3 doses orales, prises 1 jour sur 2, après l'âge de 6 ans.
- Une vaccination de ratrappage par le VTC est recommandée jusqu'à l'âge de 15 ans lorsque cela est possible et que les données épidémiologiques le justifient.
- Une vaccination antityphoïdique est recommandée en riposte à une flambée confirmée de fièvre typhoïde et peut être envisagée en situation d'urgence humanitaire, selon l'évaluation des risques dans la zone concernée.
- La nécessité éventuelle d'une revaccination par le VTC n'a pas été clairement établie à ce jour. S'agissant des vaccins ViPS et Ty21a, une revaccination est recommandée tous les 3 ans pour le ViPS et tous les 3 à 7 ans.
- L'administration du vaccin vivant atténué Ty21a doit être évitée pendant la grossesse en raison du risque théorique.

16 Choléra

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92:477-500\)](#).
- La prise en charge adéquate des cas, les interventions en faveur de l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la surveillance et la mobilisation des communautés demeurent les pierres angulaires de la lutte contre le choléra. La vaccination se veut complémentaire des autres mesures de lutte et devrait être mise en œuvre dans les contextes pertinents dans le cadre de stratégies globales de lutte contre le choléra ou pendant l'élaboration des autres activités.
- Pour les vaccins WC (Shanchol, Euvchol, et mORCVAX), 2 doses doivent être administrées à 14 jours d'intervalle aux individus âgés de ≥ 1 an. Pour le vaccin WC-rBS (Dukoral), les enfants âgés de 2 à 5 ans doivent recevoir 3 doses et les enfants âgés de ≥ 6 ans et les adultes 2 doses, avec un intervalle de 1 à 6 semaines entre les doses dans les 2 groupes.
- Une nouvelle vaccination est recommandée si le risque d'infection à *V. cholerae* est permanent, une nouvelle vaccination au bout de 3 ans est recommandée avec les vaccins WC. Avec le vaccin WC-rBS, le fabricant recommande une nouvelle vaccination dans les 6 mois pour les enfants âgés de 2 à 5 ans. Si le délai écoulé depuis la vaccination précédente est inférieur à 6 mois, une dose unique suffira pour renouveler la protection. Sinon, il faudra répéter la primovaccination (3 doses). Pour les enfants de ≥ 6 ans et les adultes, si le délai écoulé depuis la dernière dose de vaccin est supérieur à 2 ans, il faudra répéter la primovaccination (2 doses).
- Dans les pays d'endémie cholérique, la vaccination de l'ensemble de la population (dans tout le pays quel que soit le risque) n'est généralement pas justifiée. Les politiques et les stratégies de vaccination doivent reposer sur une évaluation du risque de choléra et doivent cibler des points chauds de choléra. On peut envisager des stratégies ciblant certaines tranches d'âges davantage exposées au risque de choléra.
- La vaccination anticholérique doit être envisagée pour aider à prévenir la propagation des flambées épidémiques actuelles vers de nouvelles zones. Pour les campagnes de vaccination, une vaccination à dose unique avec les vaccins WC (Shanchol, Euvchol or mORCVAX) peut être envisagée dans les zones touchées par des flambées épidémiques de cholera.
- Lors d'urgences humanitaires associées à un risque de choléra, mais sans flambée épidémique en cours, la vaccination par le VCO devrait être envisagée comme une mesure de préparation supplémentaire pour prévenir les épidémies, si l'infrastructure locale le permet (capacités pour organiser une campagne de vaccination).
- Femmes enceintes et allaitantes et personnes infectées par le VIH doivent être incluses dans les campagnes de vaccination par le VCO ainsi le bénéfice potentiel est élevé et les risques minimes.

17 Méningocoque

- Référence Note de synthèse: [Weekly Epid. Record \(2011, 86: 521-540\)](#); Mise à jour des recommandations relatives au vaccin conjugué MenA - [Weekly Epid. Record \(2015, 90: 57-68\)](#); Mise à jour des recommandations relatives aux vaccins multivalents contre le méningocoque - [Weekly Epid. Record \(2023, 98: 599-620\)](#); et [Weekly Epid. Record \(2024, 99: 1-10\)](#).
- On recommandera les vaccins conjugués de préférence aux vaccins polyosidiques en raison de leur potentiel à créer une protection collective et de leur plus forte immunogénicité, en particulier chez l'enfant de moins de 2 ans.
- Les vaccins conjugués comme les vaccins polyosidiques sont sûrs et efficaces lorsqu'ils sont utilisés chez la femme enceinte.
- L'OMS recommande l'utilisation du **Men5CV (vaccin conjugué pentavalent)** en une seule dose à partir de l'âge de 9 mois, conformément aux calendriers de vaccination systématique. Le vaccin peut être administré en toute sécurité et efficacement en association avec d'autres vaccins inclus dans le Programme élargi de vaccination (PEV). La

nécessité d'une dose de rappel est actuellement à l'étude, sur la base de l'expérience acquise dans le cadre du programme.

- Pour les pays qui utilisent encore le vaccin **MenA conjugué**, (5 μ g) un calendrier en 1-dose est recommandé à l'âge de 9-18 mois en fonction des considérations programmatiques et épidémiologiques locales. L'Administration du vaccin par injection intramusculaire profonde, de préférence dans la face antérolatérale de la cuisse. Il n'y a aucune raison de s'attendre à des interférences quand l'administration concomitante avec d'autres vaccins. La nécessité d'une dose de rappel n'a pas été établie. Si, dans un contexte spécifique, il y a un motif impérieux de vacciner les nourrissons avant l'âge de 9 mois, un calendrier de 2 doses sera alors appliqué à partir de l'âge de 3 mois et avec un intervalle d'au moins 8 semaines entre les 2 doses.
- Pour le vaccin **monovalent conjugué MenC**, on recommande une dose unique intramusculaire chez les enfants âgés de ≥ 12 mois, les adolescents et les adultes. Les enfants âgés de 2 à 11 mois nécessitent l'administration de 2 doses espacées d'au moins 2 mois et un rappel au bout de 1 an. Si la primovaccination est interrompue, il convient de reprendre la vaccination sans répéter la dose précédente.
- Les calendriers recommandés pour les **vaccins conjugués quadrivalents** (ACWY-D, ACWY-CRM et ACWY-TT) varient en fonction de l'autorisation de mise sur le marché du produit. L'OMS préqualifie plusieurs vaccins conjugués et recommande aux pays de faire leur choix en fonction de l'adéquation avec leur programme, en suivant les recommandations spécifiques à chaque produit.
- Les vaccins antiméningococciques polyosidiques, sont moins, ou pas immunogènes chez l'enfant de moins de 2 ans.
- Les vaccins polyosidiques peuvent être utilisés pour lutter contre les flambées dans les pays disposant de ressources économiques limitées, ou dans lesquels un approvisionnement insuffisant limite l'utilisation des vaccins antiméningococciques conjugués. Les vaccins antiméningococciques polyosidiques doivent être administrés en une dose unique à partir de l'âge de 2 ans. Un rappel effectué 3 à 5 ans après la primovaccination peut être administré aux personnes considérées comme exposées à un risque permanent élevé, notamment certains agents de santé. Voir note de synthèse pour plus de détails.

18 Hépatite A

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2022, 97: 493-512\)](#).
- La vaccination contre l'hépatite A doit s'intégrer dans un plan global de prévention et de lutte contre l'hépatite virale, comprenant notamment des mesures d'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux services d'hygiène et d'assainissement (par exemple pour le lavage des mains) et des mesures de lutte contre les flambées épidémiques.
- L'OMS recommande d'introduire la vaccination contre l'hépatite A dans les calendriers nationaux de vaccination pour les personnes âgées de ≥ 12 mois si cette vaccination est indiquée sur la base: i) d'une tendance à la hausse de l'hépatite A aiguë, y compris des cas sévères, chez les enfants plus âgés, les adolescents ou les adultes; ii) d'un changement du degré d'endémicité, passé d'un niveau élevé à intermédiaire; et iii) de considérations relatives au rapport coût-efficacité.
- Dans les pays de forte endémicité, la plupart des habitants ont contracté une infection à VHA asymptomatique pendant l'enfance, ce qui les protège contre l'apparition d'une hépatite A clinique à l'adolescence et à l'âge adulte. Dans ces pays, il n'est pas systématiquement recommandé de mettre en place des programmes de vaccination à grande échelle, car ces derniers comportent le risque d'une augmentation paradoxale de l'incidence de la maladie chez les personnes non vaccinées. Si un pays de forte endémicité souhaite néanmoins envisager une vaccination à grande échelle, il est essentiel qu'il procède à une analyse préalable approfondie des risques par rapport aux avantages et qu'il assure une couverture vaccinale élevée pour éviter ce risque.
- Les groupes à haut risque d'hépatite A devraient être vaccinés. Ces groupes comprennent: les voyageurs venant de pays de faible endémicité et se rendant dans des zones d'endémicité intermédiaire ou forte, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les groupes exerçant des professions à risque (tels que les égoutiers ou le

personnel de laboratoire manipulant des échantillons de VHA), les consommateurs de drogues par injection, les personnes sans abri, les migrants, les réfugiés, les personnes incarcérées; et les patients souffrant d'une maladie hépatique chronique ou les personnes vivant avec le VIH, en particulier dans les pays de faible ou de très faible endémicité.

- Les pays qui connaissent une amélioration de leur situation socioéconomique peuvent rapidement passer d'une forte endémicité à une endémicité intermédiaire de l'hépatite A, ce qui implique qu'une plus grande proportion des adolescents et/ou des jeunes adultes sera sensible à l'infection à VHA. Dans ces pays, la vaccination à grande échelle contre l'hépatite A dans la petite enfance est susceptible de présenter un bon rapport coût-efficacité et est donc recommandée. Lors de l'introduction du vaccin, ces pays doivent envisager une vaccination de rattrapage en fonction des taux de séroprévalence selon l'âge ou d'autres marqueurs de sensibilité.
- Les vaccins contre l'hépatite A peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins figurant dans le calendrier de vaccination systématique de l'enfant.

Les vaccins inactivés:

- Chez l'enfant, les vaccins inactivés contre l'hépatite A peuvent être administrés selon un schéma à une ou 2 doses, par voie intramusculaire. Dans le schéma à 2 doses, la première dose doit être administrée à partir de l'âge ≥ 12 mois. L'intervalle entre les doses est flexible, pouvant aller de 6 mois à 4-5 ans ou plus, mais se situe habituellement entre 6 et 18 mois. Les données sur l'efficacité vaccinale et sur la persistance des anticorps, ainsi que les études de modélisation de la séroprotection à long terme, indiquent que l'utilisation hors indications d'un schéma à dose unique donne des résultats équivalents au schéma à 2 doses chez les enfants, tout en étant moins coûteux et plus facile à mettre en œuvre.
- Chez les adultes âgés de >40 ans, il convient de privilégier le schéma à 2 doses de vaccin inactivé, car on ne dispose pas de données suffisantes sur l'immunogénicité et la protection à long terme d'une dose unique dans cette tranche d'âge.
- Les vaccins anti-hépatite A inactivés produits par les différents fabricants sont tous interchangeables, y compris ceux se présentant sous forme de vaccin combiné.
- Chez les personnes immunodéprimées, le schéma à 2 doses de vaccin inactivé reste recommandé tant que l'on n'aura pas acquis une expérience plus poussée de l'utilisation d'un schéma à dose unique. Les vaccins anti-hépatite A inactivés doivent aussi être envisagés chez les femmes enceintes exposées à un risque d'infection par le VHA.

Les vaccins vivants:

- Les vaccins vivants atténués sont homologués pour les personnes âgées de ≥ 18 mois et sont administrés en dose unique par voie sous-cutanée.

19 Rage

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2018, 93: 201-220\)](#).
- La production et l'utilisation de vaccins développés sur tissus nerveux devraient être arrêtées et remplacées par des vaccins fabriqués à partir du virus rabique préparés en culture cellulaire ou sur œufs embryonnés (VCCOE).
- Il y a deux 2 grandes stratégies de vaccination pour la prévention de la rage humaine: (i) la PPE qui comprend un lavage soigneux et poussé de la plaie là où l'exposition au virus rabique a eu lieu, ainsi que l'administration d'immunoglobuline antirabique si nécessaire, et l'administration d'une série de plusieurs doses de vaccin antirabique; (ii) la PPrEx qui consiste dans l'administration de plusieurs doses de vaccin antirabique avant l'exposition au virus de la rage.
- La PPrEx est recommandée pour les individus exposés à un risque élevé d'exposition au virus rabique. Il s'agit notamment de sous-populations vivant dans des milieux de forte endémie où l'accès à une PPE en temps utile et adéquate est limité, de personnes exposées à un risque professionnel et de voyageurs présentant un risque d'exposition.
- Pour la PPE comme pour la PPrEx, les vaccins peuvent être administrés soit par voie intradermique, soit par voie intramusculaire. Une dose intradermique correspond à 0,1 ml de vaccin; une dose intramusculaire à 0,5 ml ou 1,0 ml selon le produit.

- L'indication et la procédure de la PPE dépendent du type de contact avec l'animal suspecté enragé et du statut vaccinal du patient. Pour les expositions de catégorie I, aucune PPE n'est requise; pour la catégorie II, la vaccination immédiate est recommandée; pour la catégorie III, la vaccination immédiate est recommandée, combinée à l'administration d'immunoglobuline antirabique si nécessaire.
- Le schéma de PPrEx suivant: injections ID en 2 sites aux jours 0 et 7. Pour une administration par voie intramusculaire, l'OMS recommande des doses IM en 1 site aux jours 0 et 7.
- Si l'administration d'une dose est retardée, il faut poursuivre la vaccination et non la recommencer. Un changement dans la voie d'administration ou dans le produit vaccinal au cours d'une prophylaxie pré ou post-exposition est acceptable si un tel changement est inévitable.
- Aucune autre dose de rappel de vaccin antirabique n'est nécessaire après une série primaire de prophylaxie pré ou post-exposition pour les personnes vivant ou voyageant dans des zones à haut risque.
- Les professionnels continuellement ou fréquemment exposés à un risque dans le cadre de leurs activités devraient faire l'objet d'un suivi sérologique régulier. Si les taux d'anticorps neutralisants induits par le vaccin tombent à $<0,5$ UI/ml, il est recommandé d'administrer une dose de rappel ID ou IM en 1 site. Si le suivi sérologique n'est pas disponible pour les personnes exposées à un risque professionnel continu ou fréquent, on peut envisager l'administration périodique d'une dose de rappel (ID ou IM) en fonction de l'évaluation du risque relatif.

20 Dengue (TAK-003)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2024, 99: 203-224\)](#)
- La vaccination contre la dengue doit être considérée comme l'un des éléments d'une stratégie intégrée comprenant également d'autres mesures de lutte contre cette maladie, notamment la lutte antivectorielle, la prise en charge adéquate des cas, l'éducation et la mobilisation des communautés. Le vaccin TAK-003 ne prévient pas tous les cas de dengue.
- L'OMS recommande aux pays d'envisager l'introduction du vaccin TAK-003 dans leurs programmes de vaccination systématique dans les zones où l'intensité de la transmission de la dengue pose un problème de santé publique important. Dans de nombreux pays, l'intensité de la transmission peut être géographiquement hétérogène, de sorte qu'une introduction ciblée à l'échelle infranationale peut être envisagée.
- Dans les zones de forte transmission de la dengue, il n'est pas recommandé d'adopter une stratégie de dépistage prévaccinal pour vacciner uniquement les personnes séropositives, car cela réduirait sensiblement l'impact de la vaccination sur la santé publique et augmenterait les coûts programmatiques.
- L'OMS recommande d'utiliser le TAK-003 chez les enfants âgés de 6-16 ans dans les zones où l'intensité de la transmission de la dengue est élevée. À l'intérieur de cette tranche d'âge, le vaccin devrait de préférence être administré environ 1-2 ans avant l'âge correspondant au pic d'incidence des hospitalisations liées à la dengue, bien qu'il soit également important de tenir compte des possibilités d'alignement avec l'administration d'autres vaccins et d'autres interventions sanitaires en milieu scolaire.
- Une vaccination de rattrapage peut également être envisagée pour d'autres groupes d'âge appartenant à la tranche d'âge 6-16 ans au moment de l'introduction du vaccin.
- L'OMS ne recommande pas l'utilisation programmatique du vaccin TAK-003 chez les enfants âgés de <6 ans en raison de sa moindre efficacité dans cette tranche d'âge. En outre, le taux de séropositivité à la dengue est généralement faible dans cette tranche d'âge, même dans les zones de forte transmission de la maladie.
- Il est recommandé d'administrer le vaccin selon un schéma à 2 doses, avec un intervalle minimum de 3 mois entre les doses. Il est déconseillé de réduire l'intervalle entre les doses.
- Si l'administration de la deuxième dose est retardée pour une raison quelconque, il n'est pas nécessaire de redémarrer la série complète et il convient de procéder dès que possible à l'administration de la deuxième dose.

- Une dose de rappel n'est actuellement pas recommandée.
- Le TAK-003 peut être administrer en même temps que d'autres vaccins inactivés, sous-unitaires ou à ARNm, à l'exception des vaccins vivants, pour lesquels des données supplémentaires sont nécessaires.
- Le TAK-003 n'est pas recommandé pendant la grossesse et il convient d'éviter toute grossesse pendant au moins 1 mois après la vaccination. L'administration accidentelle du vaccin à une personne enceinte ne justifie pas de mettre fin à la grossesse.
- Le vaccin est contre-indiqué pour les mères qui allaitent. Le TAK-003 est contre-indiqué chez les personnes présentant un déficit immunitaire congénital ou acquis, y compris celles qui ont reçu un traitement immunosuppresseur tel qu'une chimiothérapie ou de fortes doses de corticostéroïdes systémiques dans les 4 semaines précédant la vaccination. Le vaccin est également contre-indiqué chez les personnes présentant une infection à VIH symptomatique, ou une infection à VIH asymptomatique accompagnée de signes d'altération de la fonction immunitaire.
- Les personnes atteintes de comorbidités telles que la drépanocytose, le diabète, l'hypertension ou d'autres comorbidités sousjacentes susceptibles d'entrainer des tendances hémorragiques (p. ex. rectocolite hémorragique) présentent un risque plus élevé d'issues graves de la maladie lorsqu'elles sont infectées par le virus de la dengue. Il s'agit généralement de personnes plus âgées. Personnes présentant des comorbidités qui vivent dans des pays d'endémie de la dengue, même si elles n'appartiennent pas à la tranche d'âge recommandée pour l'utilisation programmatique du vaccin (soit 6-16 ans), à condition que le pays concerné enregistre une charge substantielle d'issues graves de la dengue dans ces souspopulations. En attendant que davantage de données soient disponibles sur les profils efficacité-innocuité, l'OMS recommande de fixer la limite d'âge inférieure à 6 ans et la limite d'âge supérieure à 60 ans pour la vaccination.

21 Antipaludique

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2024, 99: 225-248\)](#)
- Les vaccins antipaludiques doivent être fournis dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre le paludisme.
- L'OMS recommande l'utilisation de vaccins antipaludiques pour la prévention du paludisme à *P. falciparum* chez les enfants vivant dans des zones d'endémie palustre, en donnant la priorité aux zones de transmission modérée ou élevée. Toutefois, les pays peuvent également envisager d'utiliser les vaccins dans des contextes de faible transmission.
- Les vaccins antipaludiques doivent être administrés selon un schéma à 4 doses aux enfants à partir de l'âge de 5 mois.
- L'intervalle minimum entre les doses est de 4 semaines; toutefois, pour prolonger la protection, la quatrième dose doit être administrée 6 à 18 mois après la troisième dose.
- Le calendrier vaccinal se veut souple concernant la quatrième dose. Pour améliorer la couverture, on peut envisager de l'administrer en même temps que d'autres vaccins au cours de la deuxième année de vie. Pour optimiser l'efficacité du vaccin, qui culmine dans les premiers mois suivant la vaccination, on peut choisir d'administrer la quatrième dose juste avant les pics saisonniers de transmission palustre.
- Une cinquième dose, administrée un an après la quatrième dose, peut être proposée dans les zones de transmission fortement saisonnière et peut être envisagée dans d'autres contextes, sur la base d'une évaluation locale de la faisabilité et du rapport coût-efficacité, quand il existe un risque important de paludisme chez les enfants.
- Au moment de l'introduction du vaccin, une vaccination de rattrapage peut être envisagée chez les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans, en fonction de l'épidémiologie locale et de l'âge auquel le risque est élevé, de la faisabilité, de l'accessibilité financière et de la disponibilité des vaccins.
- Dans les zones où la transmission palustre est fortement saisonnière ou dans lesquelles la transmission a lieu tout au long de l'année avec des pics saisonniers, les pays peuvent envisager d'adopter une approche de la vaccination basée sur l'âge ou sur la saisonnalité. Ils

- peuvent aussi opter pour une approche hybride, qui consiste à administrer les 3 premières doses en fonction de l'âge et les doses annuelles ultérieures de manière saisonnière.
- Dans la mesure du possible, la série de vaccination antipaludique doit être effectuée avec le même produit. Toutefois, si le vaccin utilisé pour une dose antérieure n'est pas disponible ou n'est pas connu, la série doit être complétée par l'un ou l'autre des vaccins antipaludiques recommandés par l'OMS.
- Les vaccins antipaludiques peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins pédiatriques.
- Les vaccins antipaludiques ne doivent pas être administrés aux personnes qui ont eu une réaction allergique sévère à un vaccin contre l'hépatite B, à une dose de vaccin antipaludique ou à l'un des composants de ces vaccins.
- L'utilisation du vaccin antipaludique n'est pas recommandée chez l'adulte (y compris les agents de santé et les personnes enceintes). Il n'est pas indiqué pour les voyageurs; ces derniers doivent recourir à la chimioprophylaxie et aux méthodes de lutte antivectorielle pour se protéger du paludisme lorsqu'ils se rendent dans des zones d'endémie.

22 Oreillons

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2024, 82: 49-60\)](#).
- La vaccination anti-ourlienne est recommandée dans les pays disposant d'un programme de vaccination capable de maintenir une couverture élevée par la vaccination antirougeoleuse et antirubéoleuse et atteindre les niveaux de contrôle et/ou d'élimination de la rougeole et de la rubéole.
- S'il est mis en œuvre, anti-ourlienne vaccin doit être administré avec le contre la rougeole et la rubéole sous forme de vaccin combiné ROR ou RORV et suivre le même calendrier.

23 Grippe saisonnière (Vaccin inactivé)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2022, 97: 185-208\)](#).
- L'OMS recommande à tous les pays d'envisager la mise en œuvre de programmes de vaccination contre la grippe saisonnière. Il a été démontré que l'existence d'un programme solide de lutte contre la grippe est un atout pour pouvoir riposter à une éventuelle pandémie de grippe.
- Pour les pays qui prévoient de lancer ou d'étendre des programmes de vaccination contre la grippe saisonnière, l'OMS recommande d'envisager la vaccination des groupes cibles suivants (sans ordre de priorité): les agents de santé, les personnes présentant des comorbidités et des affections sousjacentes, les personnes âgées et les femmes enceintes.
- En fonction de leurs objectifs de lutte contre la maladie et des capacités, des ressources, de l'épidémiologie, des politiques, des priorités et de la charge de morbidité au niveau national, les pays peuvent envisager de vacciner d'autres (sous-)populations, notamment les enfants . Les autres groupes pour lesquels la vaccination devrait être envisagée comprennent les personnes à haut risque de grippe sévère qui vivent dans des structures collectives, comme les prisons, les camps de réfugiés et les foyers collectifs. Les programmes doivent accorder une attention particulière à l'équité vaccinale en tenant compte des populations défavorisées et autochtones soumises à une forte charge de morbidité.
- Les enfants âgés de 6 mois à 8 ans n'ayant jamais été vaccinés devront recevoir 2 doses, espacées d'au moins 4 semaines.
- Ceux qui ont déjà été vaccinés au moins une fois devront ensuite recevoir une dose annuelle, tout comme les enfants et pour les personnes âgées de 9 ans ou plus, y compris pour les adultes en bonne santé.
- Les vaccins antigrippaux vivants atténués ne sont actuellement pas recommandés pour les enfants de moins de 2 ans et les adultes, y compris les personnes âgées et les sujets présentant des comorbidités, car l'efficacité de ces vaccins n'a pas été systématiquement démontrée dans ces tranches d'âge. Étant donné que les vaccins vivants atténués contiennent un virus vivant et que les données sur leur administration aux femmes

enceintes et sur les risques maternels et fœtaux associés sont limitées, ils ne sont pas non plus recommandés pendant la grossesse. Les personnes enceintes doivent recevoir un vaccin inactivé.

- Co-administration du vaccin contre la grippe saisonnière, y compris avec les vaccins contre la COVID-19 ou des vaccins vivants, est acceptable. Lorsque 2 vaccins sont administrés lors de la même visite, le membre contralatéral doit être utilisé.

24 Varicelle

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2025, 47: 567-590\)](#).
- L'OMS recommande l'utilisation des vaccins contre la varicelle pour la prévention de cette maladie chez les enfants dans les populations où elle est considérée comme un problème de santé publique important.
- De manière générale, les pays qui introduisent le vaccin contre la varicelle devraient chercher à atteindre des taux de couverture élevés, tant au niveau national qu'infranational. Les pays devraient définir leurs propres cibles minimales de couverture, en se basant sur des critères tels que la charge de morbidité nationale et infranationale, l'accessibilité financière, le rapport coût/efficacité, les taux de séroprévalence et l'âge d'acquisition de l'infection.
- L'OMS recommande l'utilisation du vaccin antivaricelleux monovalent ou du vaccin combiné RORV.
- Le nombre de doses recommandé dépend de l'objectif fixé au niveau du programme de vaccination. Pour une prévention efficace de la varicelle, l'OMS recommande un schéma à 2 doses d'un vaccin à valence varicelle, car il s'est avéré plus efficace qu'un schéma à une seule dose. Les pays qui envisagent un schéma à une dose doivent savoir que, si un tel programme peut être suffisant pour réduire la mortalité et la morbidité sévères imputables à la varicelle, il est moins efficace pour prévenir la circulation du virus et la survenue de flambées épidémiques occasionnelles.
- Pour la vaccination de rattrapage des adolescents et des adultes, il est également recommandé d'utiliser un calendrier à 2 doses.
- Les pays où l'âge moyen d'acquisition de l'infection est élevé (≥ 15 ans), ce qui indique une forte proportion de personnes susceptibles dans la population, pourront envisager d'autres stratégies de vaccination telles que la vaccination des adolescents et des adultes en l'absence de preuves d'immunité contre la varicelle. Ces stratégies nécessitent un calendrier de vaccination en 2 doses.
- La vaccination antivaricelleuse est contre-indiquée pendant la grossesse et l'éventuelle mise en route d'une grossesse devra être différée pendant 4 semaines après la vaccination. Il n'est pas indiqué de mettre un terme à la grossesse en cas de vaccination par inadvertance de la mère pendant la gestation.
- Le vaccin antivaricelleux peut être administré en même temps que d'autres vaccins. A moins qu'il ne soit administré avec d'autres vaccins antiviraux vivants (antirougeoleux, RR, ROR), il convient de l'injecter en respectant un intervalle minimum de 28 jours.
- Les pays devront envisager la vaccination du personnel soignant potentiellement susceptible (c'est-à-dire non vacciné et sans antécédents de varicelle) avec 2 doses de vaccin antivaricelleux.