

Tableau 1 : Vaccination systématique recommandée - Résumé des notes d'information de l'OMS

| Antigène | | Enfants (voir détails tableau 2) | | Adolescents | Adultes | Observations (voir détails dans les notes) |
|--|----------|---|---|---|---------|--|
| Recommandations pour tous les programmes de vaccination | | | | | | |
| BCG ¹ | | 1 dose | | | | BCG à la naissance et VIH; Stratégie de vaccination universelle à la naissance vs stratégie de vaccination sélective; Co-administration; Vaccination des groupes plus âgés; Femmes enceintes |
| Hépatite B ² | | 3-4 doses (voir notes pour les choix des programmes) | | 3 doses (pour groupes à haut risque si pas vaccinés précédemment) (voir note) | | Dose à la naissance Prématuré et faible poids à la naissance Co-administration des vaccins et vaccin combiné Définir haut risque |
| Polio ³ | | 3-4 doses (au moins une dose VPI) avec DTCCV | | | | VPOb dose à la naissance Critères de transmission et d'importation Type de vaccin |
| Vaccin contenant DTC (DTCCV) ⁴ | | 3 doses | 2 rappels 12-23 mois (DTCCV) et 4-7 ans (vaccin contenant dT/DT, voir notes) | 1 rappel 9-15 ans (dT) | | Programme reporté ou interrompu Co-administration du vaccin Immunisation maternelle |
| Haemophilus influenzae type b ⁵ | option 1 | 3 doses, avec DTCCV | | | | Dose unique si >12 mois d'âge Non recommandé pour enfants > 5 ans Programme reporté ou interrompu Co-administration des vaccins et vaccin combiné |
| | option 2 | 2 ou 3 doses, avec rappel au moins 6 mois après l'achèvement de la série primaire | | | | |
| Pneumocoque (conjugué) - VPC ⁶ | option 1 | 3 doses (3p+0) avec le vaccin DTCCV | | | | Options de schéma (3p+0 vs 2p+1) Choix du vaccin Rappel pour nourrissons VIH+ et prématurés |
| | option 2 | 2 doses avant 6 mois d'âge, rappel à 9-15 mois d'âge (2p+1) avec DTCCV | | | | |
| Rotavirus ⁷ | | Rotarix: 2 doses avec DTCCV RotaTeq: 3 doses avec DTCCV | | | | Choix du vaccin Non recommandé si > 24 mois d'âge |
| Rougeole ⁸ | | 2 doses | | | | Vaccin combiné; Vaccination précoce du VIH; Grossesse |
| Rubéole ⁹ | | 1 dose (voir notes) | | 1 dose (adolescentes et/ou femmes en âge de procréer si non vaccinées auparavant; voir notes) | | Atteindre et maintenir une couverture de 80% Co-administration des vaccins et vaccin combiné Grossesse |
| PVH ¹⁰ | | | | 2 doses (filles) | | Cible filles 9-14 ans; Vaccination de cohortes multi-âges Grossesse; Groupes plus âgés ≥ 15 ans 3 doses; VIH et immunodéprimé |

Se référer à <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/> pour les dernières mises à jour du tableau et des notes d'information.

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 contre-indications à des vaccins particuliers.

Table 1 : Vaccination systématique recommandée - Résumé des notes d'information de l'OMS

| Antigène | | Enfants (voir détails tableau 2) | Adolescents | Adultes | Observations (voir détails dans les notes) |
|--|------------------------------|--|---|---------|---|
| Recommandations pour certaines régions | | | | | |
| Encéphalite Japonaise ¹¹ | | vaccin inactivé préparé sur cellules Vero: généralement 2 doses vaccin vivant atténué: 1 dose vaccin vivant recombinant: 1 dose | | | Choix vaccin et recommandations du fabricant; Grossesse; Immunodéprimée |
| Fièvre jaune ¹² | | 1 dose, avec le vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux | | | |
| Encéphalite à tiques ¹³ | | 3 doses (> 1 yr FSME-Immun et Encepur; > 3 ans TBE-Moscow and EnceVir) avec au moins 1 rappel (tous les 3 ans pour TBE-Moscow et EnceVir) | | | Définir haut risque Choix du vaccin Rappel |
| Recommandations pour certaines populations à risque | | | | | |
| Typhoïde ¹⁴ | | vaccine conjugué contre le typhoïde (Typbar-TCV®): 1 dose, Vaccin Vi polysidique (ViPS) 1 dose; Ty21a vivant vaccin oral : 3-4 doses (voir note) : Dose de rappel (ViPS et Ty21a) 3 à 7 ans après les séries de primovaccination | | | Définir haut risque Choix du vaccin |
| Choléra ¹⁵ | | Dukoral (WC-rBS): 3 doses ≥ 2-5 ans, rappel tous les 6 mois; 2 doses adultes/enfants ≥ 6 ans, rappel après 2 ans Shanchol, Eucvchol & mORCVAX: 2 doses ≥ 1 an, dose de rappel après 2 ans | | | Âge minimum Définir haut risque |
| Méningocoque (conjugué) ¹⁶ | MenA conjugué | 1 dose 9 - 18 mois (5µg) | | | 2 doses si < 9 mois avec intervalle de 8 semaines |
| | MenC conjugué | 2 doses (2-11 mois) avec rappel après un an 1 dose (≥12 mois) | | | Définir haut risque Choix du vaccin |
| | Quadrivalent conjugué | 2 doses (9-23 mois) 1 dose (≥ 2 ans) | | | |
| Hépatite A ¹⁷ | | au moins 1 dose ≥ 1 an | | | Niveau d'endémicité ; choix du vaccin; Définir haut risque |
| Rage ¹⁸ | | 2 doses | | | PrEP vs PEP; Définir haut risque; rappel |
| Dengue (CYD-TDV) ¹⁹ | | 3 doses 9-45 ans (voir notes) | | | Minimiser le risque des vaccins parmi les personnes séro-négatives par dépistage pré-vaccinale; Grossesse et lactation |
| Recommandations pour les programmes de vaccination spécifiques | | | | | |
| Oreillons ²⁰ | | 2 doses avec le vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux | | | Critères de couverture > 80% Vaccin combiné |
| Grippe saisonnière (inactivé tri- & quadrivalent) ²¹ | | Primo vaccination: 2 doses Revaccination annuelle: 1 dose seulement (voir notes) | Priorité femmes enceintes 1 dose ≥ 9 ans Revaccination annuelle | | Cibles prioritaires Dosage plus faible pour les enfants 6-35 mois |
| Varicelle ²² | | 1-2 doses | 2 doses | | Atteindre et maintenir une couverture de ≥ 80% Grossesse Co-administration avec autres vaccins vivants |

Résumé des notes - Tableau 1

- Se référer à <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/fr> 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 Epidémiologique 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 polysidique, 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 BCG

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2018, 93:73-96\)](#) [pdf 660KB]
- La vaccination universelle à la naissance par le BCG est recommandée dans les pays où 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 TLIIG 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 ≥ 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.

2 Hépatite B

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92:369-392\)](#) [pdf 2.4MB]
- 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 pour achever 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.

3 Polio

- Référence Note de synthèse: [Relevé epid. hebdo. \(2016, 9: 145-168\)](#) [pdf 611kb] et en cours de révision sur la base de *Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2017 – conclusions et recommandations*. [Relevé epid. hebdo. \(2017, 92:729-48.\)](#)

VPO plus le VPI

- Pour l'ensemble des pays utilisant le VPO dans leur programme national de vaccination, l'OMS recommande l'inclusion d'au moins une dose de VPI dans le calendrier vaccinal.
- 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 VPO à la naissance (dose zéro), suivie d'une série primaire de 3 doses de VPO et d'au moins 1 dose de VPI.
- La dose zéro de VPO devra être administrée à la naissance ou dès que possible après celle-ci pour maximiser les taux de séroconversion avec les doses ultérieures et induire une protection mucoale.
- L'administration de la série primaire, composée de 3 doses de VPO plus 1 dose de VPI, peut débuter à l'âge de 6 semaines, avec un intervalle minimum de 4 semaines entre les doses de VPOb. Si l'on utilise une seule dose de VPI, elle devra être administrée à partir de l'âge de 14 semaines (lorsque les anticorps maternels auront baissé et que l'immunogénicité sera notablement plus forte) et elle pourra éventuellement être injectée en même temps que celle de VPOb.
- La série primaire peut être administrée selon les calendriers habituels des programmes nationaux de vaccination, par exemple à 6, 10 et 14 semaines (VPOb, VPOb, VPOb +VPI) ou à 2, 4 et 6 mois (VPOb, VPOb +VPI, VPOb ou VPOb, VPOb, VPOb+VPI).
- Le VPO, comme le VPI, peuvent être co-administrés avec d'autres vaccinations infantiles.
- Pour les nourrissons débutant tardivement le calendrier de vaccination systématique (à >3 mois), la dose de VPI devra être administrée lors du premier contact vaccinal, en même temps que le VPOb et les autres vaccins systématiquement recommandés.
- En tant qu'alternative à l'injection intramusculaire d'une dose complète de VPI, les pays peuvent envisager l'administration de doses fractionnées (1/5 de la dose complète de VPI) par voie intradermique, mais le coût programmatique et les implications logistiques de cette option devront aussi être examinés.
- Pour assurer une protection précoce, on peut envisager l'administration d'un calendrier composé de doses fractionnées à 6 et 14 semaines. Les deux doses fractionnées devront être séparées d'un intervalle minimum de 4 semaines.
- La mise en oeuvre d'un nouveau calendrier infantile (3 doses de VPOb + 1 dose de VPI) n'élimine pas la nécessité d'activités de vaccination supplémentaires (AVS). Les pays dont la couverture par la vaccination systématique est insuffisante et qui s'appuient sur des AVS pour accroître l'immunité de leur population devront poursuivre ces AVS avec le VPOb jusqu'à ce que la couverture par la vaccination systématique s'améliore ou jusqu'au retrait coordonné à l'échelle mondiale du VPOb.
- Les pays ayant différé l'introduction du VPI ou ayant subi des ruptures de stock délivrent une dose complète ou 2 doses de VPIf (par exemple, à 6 et 14 semaines) à tous les enfants laissés de côté, dès que le vaccin devient disponible.
- Les pays à faible risque utilisant le VPOb peuvent adopter le calendrier post-certification à 2 doses (complet ou fractionné), à savoir l'administration du VPI à 14 semaines et ≥4 mois plus tard (par exemple à 9 mois lors de la visite pour la vaccination contre la rougeole), avant l'arrêt total du VPO. Ces pays devront alors continuer à employer le VPOb dans leur calendrier de vaccination systématique jusqu'à l'arrêt du VPO.

Calendrier séquentiel VPI-VPO

- Dans les pays bénéficiant d'une forte couverture vaccinale (90-95 %, par exemple) et où le risque d'importation est faible (avec des pays limitrophes et des populations déplacées importantes présentant également des taux de couverture élevés), un calendrier séquentiel

VPI-VPOb peut être appliqué si les PPAV représentent une préoccupation importante.

- L'administration initiale de 1 ou 2 doses de VPI doit être suivie de celle de ≥2 doses de VPOb pour garantir un niveau suffisant de protection de la muqueuse intestinale et une diminution acceptable de la charge de PPAV.
- Pour les calendriers séquentiels VPI-VPOb, l'OMS préconise d'administrer le VPI à l'âge de 2 mois (calendrier en 3 doses VPI-VPOb- VPOb, par exemple) ou à 2 mois et à 3-4 mois (calendrier en 4 doses VPI-VPI-VPOb-VPOb, par exemple), puis au moins 2 doses de VPOb. Entre les différentes doses de la série primaire, il faut prévoir un intervalle de 4-8 semaines selon le risque d'exposition au poliovirus dans la petite enfance.

Calendrier «tout VPI»

- Il est possible d'envisager un calendrier «tout VPI» dans les pays où la couverture vaccinale est durablement forte et où le risque d'importation et de transmission de PVS est très bas.
- On administrera une série primaire de 3 doses de VPI en commençant à 2 mois. Si la série primaire débute plus tôt (calendrier d'administration à 6, 10 et 14 semaines, par exemple), il faudra injecter une dose de rappel à l'issue d'un intervalle de ≥6 mois (pour un calendrier en 4 doses).

4 Vaccin contenant DTC (Diphthérie, Tétanos and Coqueluche)

- Référence Note de synthèse: Diphthérie - [Relevé epid. hebdo. \(2017, 92:417-436\)](#) [pdf 526KB]; Tétanos - [Relevé epid. hebdo. \(2017, 92: 53-76\)](#) [pdf 636kb]; Coqueluche - [Relevé epid. hebdo. \(2015, 90: 433-460\)](#) [pdf 667kb]
- La vaccination précoce des nourrissons par le vaccin contenant DTC (DTCCV) 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 diphtérique, 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 diphtérique 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 anticoquelucheux et antidiphthérique).

- 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 diphtérie tout au long de la vie et chez les deux sexes, il est recommandé d’utiliser des vaccins associant les anatoxines diphtérique 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 anticoquelucheux avec l’anatoxine diphtérique 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 diphtérique (vaccins DT ou Td). Dans de nombreux pays, cette recommandation n’a pas encore été pleinement mise en oeuvre, malgré l’écart de prix négligeable entre le vaccin monovalent et les vaccins DT ou Td. L’OMS encourage vivement les pays et les partenaires à prendre les mesures nécessaires pour accélérer cette transition.
- 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 anticoquelucheuse 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 anticoquelucheux.

5 *Haemophilus influenzae* type b (Hib)

- Référence Notes d’information: [Relevé épid. hebdo. \(2013, 88: 413-428\)](#) [pdf 209kb]
- 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 faudra achever 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.

6 Pneumocoque (Conjugué)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2019, 94: 85-104\)](#) [pdf 444kb]
- 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 appliqué 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 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 procédera 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 coadministration 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.
- Pour le **vaccin anti pneumococcique polysidique 23** voir la Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo.\(2008, 83: 373-384\)](#) [pdf 308kb]
- Dans les pays à ressources limitées où il faut arbitrer entre nombre de priorités sanitaires, les éléments disponibles ne sont pas en faveur de la vaccination systématique des personnes âgées et des populations à haut risque par le vaccin antipneumococcique polysidique 23-valent. De plus, en raison de la faiblesse des preuves de bénéfice, la vaccination systématique par le vaccin 23-valent des adultes infectés par le VIH n'est pas recommandée dans ces mêmes pays. Dans les pays qui ne vaccinent pas systématiquement leurs populations à risque par le vaccin 23-valent, les données sont insuffisantes pour recommander l'introduction de ce vaccin en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées à la grippe pandémique

7 Rotavirus

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2013, 88: 49-64\)](#) [pdf 950kb]
- Il est recommandé de l'inclure dans tous les programmes nationaux de vaccination.
- La vaccination précoce est préférée avec la première dose de vaccin contre le rotavirus à administrer à partir de 6 semaines d'âge, toutefois, afin de profiter à ceux qui peuvent se présenter en retard, les nourrissons peuvent recevoir des doses sans restriction d'âge. Compte tenu de la répartition typique de la gastroentérite à rotavirus (GERV) selon l'âge, la vaccination antirotavirus des enfants âgés > 24 mois n'est pas recommandée.
- Le Rotarix est administré par voie orale dans un calendrier à 2 doses au même moment que le DTCCV/penta, avec un intervalle d'au moins 4 semaines entre les doses.
- Le RotaTeq est administré par voie orale dans un calendrier à 3 doses au même moment que le DTCCV/penta avec un intervalle d'au moins 4 semaines entre les doses.
- Les vaccins antirotavirus peuvent être administrés en même temps que les autres vaccins du programme de vaccination infantile.
- Mis à part le faible risque d'invagination intestinale (environ 1-2 pour 100 000 nourrissons vaccinés), on considère que les vaccins antirotavirus sont sûrs et bien tolérés.
- Des réactions allergiques sévères (anaphylaxie par exemple) après une dose administrée précédemment et l'immunodéficience sévère, y compris le déficit immunitaire combiné sévère, sont des contre-indications aux vaccins antirotavirus.
- Des précautions sont nécessaires en cas d'antécédents d'invagination ou de malformations intestinales, une affection gastro-intestinale chronique et une maladie aiguë sévère. La vaccination doit être différée en cas de gastroentérite aiguë en cours ou de fièvre accompagnant une affection modérée à grave.
- L'utilisation des vaccins antirotavirus devrait faire partie d'une stratégie globale de lutte contre les affections diarrhéiques, avec le renforcement des mesures de prévention (l'allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, la supplémentation en vitamine A, de l'eau potable, l'hygiène/ le lavage des mains avec du savon, et l'assainissement) et de traitement (SRO à osmolarité réduite, le zinc et l'alimentation en continu).

8 Rougeole

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92:205-228\)](#) [pdf 600KB].
- 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 antiméningococciques, 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.

9 Rubéole

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2011, 86: 301-316\)](#) [pdf 413kb]
- Tous les pays qui n'ont pas encore introduit le vaccin contre la rubéole et qui délivrent 2 doses de vaccin antirougeoleux dans le cadre de la vaccination systématique ou des activités de vaccination supplémentaire, ou des deux, doivent envisager d'inclure l'administration d'un vaccin contenant le vaccin contre la rubéole dans leur programme de vaccination. Les pays qui prévoient d'introduire des vaccins contenant le vaccin contre la rubéole doivent étudier l'épidémiologie de la rubéole, et notamment le profil de sensibilité de la population; évaluer le poids du SRC; et faire de la prévention de la rubéole et du SRC une priorité de santé publique.
- Il existe 2 grandes stratégies d'utilisation du vaccin antirubéoleux: (i) exclusivement axée sur la réduction de SRC en vaccinant les adolescentes ou les femmes en âge de procréer, ou les deux, afin d'apporter une protection individuelle; (ii) se concentre sur l'interruption de la transmission du virus rubéoleux et l'élimination de la rubéole et du SRC en introduisant le vaccin antirubéoleux dans les calendriers de vaccination systématique des enfants et en l'associant à la vaccination systématique des classes d'âge plus élevées qui sont sensibles à la rubéole.
- La rubéole n'étant pas aussi infectieuse que la rougeole et l'efficacité d'une dose de vaccin contenant le vaccin contre la rubéole restant > 95 % même à l'âge de 9 mois, il suffit d'une dose de vaccin contre la rubéole pour obtenir l'élimination de cette maladie si l'on réalise une couverture élevée. Toutefois, lorsque ce vaccin est associé au vaccin antirougeoleux, il peut être plus facile d'administrer une deuxième dose de vaccin contre la rubéole en utilisant à chaque fois la même association RR ou ROR.
- Pour éviter la possibilité d'une augmentation du risque de SRC, les pays doivent atteindre et maintenir une couverture vaccinale d'au moins 80 % en administrant au moins une dose d'un vaccin contenant le vaccin contre la rubéole, délivrée par le biais de services de vaccination systématique ou d'activités de vaccination supplémentaire régulières, ou les deux.
- La première dose d'un vaccin contenant le vaccin contre la rubéole peut être administrée à l'âge de 9 ou 12 mois, selon le calendrier de vaccination contre la rougeole.

- Les vaccins contenant un vaccin contre la rubéole peuvent être administrés en même temps que des vaccins inactivés. En règle générale, les vaccins vivants doivent être administrés simultanément ou à au moins 4 semaines d'intervalle. Le vaccin oral contre la poliomyélite fait exception à cette règle car il peut être administré à un moment quelconque avant ou après des vaccins contenant le vaccin contre la rubéole sans interférer avec la réponse à ces vaccins. Il peut y avoir interférence entre les vaccins ROR et anti-rougeole s'ils sont administrés simultanément à des enfants de moins de 2 ans d'âge.
- En raison d'un risque théorique, mais jamais démontré, de tératogénéicité, la vaccination contre la rubéole doit être en principe évitée chez la femme enceinte, et il est conseillé aux femmes qui envisagent une grossesse d'attendre pour cela 1 mois après la vaccination.
- L'administration de sang et de produits sanguins avant ou peu après la vaccination peut influencer sur l'efficacité du vaccin. Si l'on n'utilise que des vaccins contenant le vaccin contre la rubéole, les personnes qui reçoivent des produits sanguins doivent attendre au moins 3 mois avant de se faire vacciner et, dans la mesure du possible, doivent éviter d'en recevoir d'autres dans les 2 semaines suivant la vaccination. Les personnes vaccinées ne peuvent donner leur sang pendant le mois qui suit la vaccination.

10 Papillomavirus Humain (PVH)

- Reference Note de synthèse [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92:241-268\)](#) [pdf 2.9MB]
- Groupe cible recommandée pour la prévention du cancer du col: les filles de 9 à 14 ans, avant le début de l'activité sexuelle.
- Les vaccins anti-PVH doivent être introduits dans le cadre d'une stratégie coordonnée visant à prévenir le cancer du col utérin.
- Un schéma de 2 doses espacées de 6 mois est recommandé chez les personnes recevant la première dose avant l'âge de 15 ans. Celles qui sont âgées de ≥15 ans au moment de la deuxième dose sont aussi correctement couvertes par 2 doses.
- Une vaccination initiale de plusieurs cohortes de filles âgées de 9 à 14 ans est recommandée lors de l'introduction du vaccin.
- Si l'intervalle entre les doses est inférieur à 5 mois, une troisième dose devra être administrée 6 mois au moins après la première dose.
- Un schéma à 3 doses (0, 1-2 mois, 6 mois) doit être appliqué pour toutes les vaccinations commencées à un âge ≥15 ans, ainsi que chez les personnes de <15 ans qui sont immunodéprimées et/ou infectées par le VIH (qu'elles soient ou non sous traitement antirétroviral). Il n'est pas nécessaire de procéder à un dépistage des infections à PVH ou du VIH avant la vaccination anti-PVH.
- Ces recommandations valent pour les vaccins bivalents, quadrivalents et nonavalents.
- Les trois vaccins anti-PVH peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins, vivants ou non, en utilisant des seringues et des points d'injection séparés.
- Les données sur l'innocuité de la vaccination anti-PVH pendant la grossesse sont limitées et cette vaccination devra être évitée chez les femmes enceintes.
- La vaccination des populations cibles secondaires, notamment des femmes et des filles de ≥15 ans et des sujets de sexe masculin, n'est recommandée que si elle est réalisable, financièrement abordable et d'un bon rapport coût/efficacité et si elle ne détourne pas les ressources nécessaires à la vaccination de la population cible principale ou à des programmes efficaces de dépistage du cancer du col utérin.

11 Encéphalite Japonaise (EJ)

- Reference Note de synthèse [Relevé épid. hebdo. \(2015, 90: 69-88\)](#) [pdf 923kb].
- 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/l'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.
- 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.

12 Fièvre Jaune

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2013, 88: 269-284\)](#) [pdf 1.24mb]
- 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 anti-rougeole 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 vaccin anti-rougeole aux enfants entre 9 et 12 mois, en même temps que la vaccination antirougeoleuse.
- La vaccination anti-rougeole 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.

13 Encéphalite à tiques

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2011, 86: 241-256\)](#) [pdf 318kb]
- 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 pré-vaccinale 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.

14 Typhoïde

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2018, 93: 153-72\)](#) [pdf 297kb].
- Des programmes de vaccination antityphoïdique 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 programmée 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 rattrapage 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.

15 Cholera

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2017, 92:477-500\)](#) [pdf 676KB]
- 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, and 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.

16 Méningocoque

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2011, 86: 521-540\)](#) [pdf 1.1Mb] et Orientations actualisées, antiméningococcique conjugué contre le sérogroupe A: [Relevé épid. hebdo. \(2015, 90: 57-68\)](#) [pdf 852 Kb]
- On recommandera les vaccins conjugués de préférence aux vaccins polysidiques 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 polysidiques sont sûrs et efficaces lorsqu'ils sont utilisés chez la femme enceinte.
- Pour le vaccin conjugué MenA (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 interférence 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 vaccins conjugués quadrivalents (A, C, W135, Y-D et A, C, W135, Y-CRM) doivent être administrés en une dose intramusculaire unique à partir de l'âge de 2 ans. Le premier est également homologué pour les enfants âgés de 9 à 23 mois et il est alors administré en 2 doses, à 3 mois d'intervalle, à partir de l'âge de 9 mois. Si la primovaccination est interrompue, il convient de reprendre la vaccination sans répéter la dose précédente.
- Les vaccins antiméningococciques polysidiques, sont moins, ou pas immunogènes chez l'enfant de moins de 2 ans.

- Les vaccins polysidiques 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 polysidiques 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.

17 Hépatite A

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2012, 87: 261-276\)](#) [pdf 1.24 Mb]
- La vaccination contre le VHA est recommandée au calendrier de vaccination des enfants ≥ 1 an si cette vaccination est indiquée compte tenu de l'incidence de l'hépatite A aiguë, du passage de l'endémicité de forte à moyenne et du rapport coût/efficacité de l'intervention.
- Dans les pays fortement endémiques, presque tous les habitants sont infectés de manière asymptomatique par le VHA dès l'enfance, ce qui prévient effectivement l'apparition d'une hépatite A clinique chez les adolescents et les adultes. Les programmes de vaccination à grande échelle ne sont pas recommandés dans ces pays.
- Les pays dont la situation socio-économique s'améliore peuvent passer rapidement d'une endémicité forte à une endémicité moyenne pour l'hépatite A. Dans ces pays, un pourcentage relativement important de la population adulte est sensible au VHA et une vaccination à grande échelle contre l'hépatite A offrira probablement un bon rapport coût/efficacité et devra donc être encouragée.
- La vaccination ciblée des groupes à haut risque doit être envisagée dans les contextes de faible ou très faible endémicité pour procurer des bénéfices pour la santé individuelle. Les groupes présentant un risque accru d'hépatite A comprennent les voyageurs se rendant dans des zones d'endémicité forte ou moyenne, ceux nécessitant un traitement à vie par des produits sanguins, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes travaillant en contact avec des primates non humains et les consommateurs de drogues par injection. En outre, les personnes souffrant d'une maladie hépatique chronique sont exposées à un risque accru d'hépatite A fulminante et doivent être vaccinées.
- Le vaccin anti-hépatite A inactivé est autorisé pour être administré par voie intramusculaire selon un schéma à 2 doses, dont la première est délivrée à l'âge d'un an ou plus tard. L'intervalle entre la première dose et la seconde est flexible (de 6 mois à 4-5 ans), mais se situe habituellement entre 6 et 18 mois. Les programmes nationaux de vaccination peuvent envisager d'inclure une dose unique de vaccin anti-hépatite A inactivé dans leurs calendriers vaccinaux. Cette option semble offrir une efficacité comparable tout en étant moins coûteuse et plus facile. Néanmoins, tant que l'on n'aura pas réuni davantage d'expérience avec le schéma monodose chez les individus exposés à un risque substantiel de contracter l'hépatite A et chez les sujets immunodéprimés, un schéma à 2 doses sera à privilégier. Les vaccins anti-hépatite A inactivés produits par les différents fabricants, y compris les vaccins combinés à valence hépatite A, sont interchangeables. À part les cas de réaction allergique sévère à la dose précédente, il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation des vaccins anti-hépatite A inactivés. Ces vaccins peuvent être administrés en même temps que d'autres vaccins prévus dans le calendrier de vaccination systématique des enfants. Les vaccins anti-hépatite A inactivés doivent aussi être envisagés chez les femmes enceintes encourant un risque explicite d'infection par le VHA.
- Le vaccin vivant atténué est administré par voie sous-cutanée, sous forme de dose unique délivrée à l'âge d'un an ou plus tard. Une allergie sévère aux composants des vaccins anti-hépatite A vivants atténués est une contre-indication à l'utilisation de ces vaccins et, en règle générale, les vaccins vivants ne doivent pas être administrés pendant la grossesse ou à des sujets fortement immunodéprimés. On ne dispose d'aucune information sur la coadministration de vaccins anti-hépatite A vivants atténués et d'autres vaccins prévus dans le calendrier de vaccination systématique.
- La vaccination contre l'hépatite A doit faire partie d'un plan complet pour prévenir et combattre

cette maladie, comprenant notamment des mesures pour améliorer l'hygiène et l'assainissement et pour lutter contre les flambées.

18 Rage

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2018, 93: 201-220\)](#) [1.01kb].
- 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 enrégé 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.

19 Dengue (CYD-TDV)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2018, 93: 457-476\)](#) [pdf 513kb]
- La vaccination devra être envisagée comme faisant partie intégrante de la stratégie pour prévenir et combattre la dengue.
- Les pays ne devront envisager l'introduction du vaccin CYD-TDV contre la dengue que s'ils sont en mesure de minimiser les risques parmi les individus séronégatifs.
- Pour les pays qui envisagent de vacciner dans le cadre de leur programme de lutte contre la dengue, le dépistage pré vaccinal est la stratégie recommandée.

- Si le dépistage pré vaccinal n'est pas praticable, on pourra envisager la vaccination sans dépistage préalable dans les zones où la présence d'un taux de séroprévalence de 80% au moins a été relevé chez les enfants de 9 ans.
- Les décisions relatives à la mise en oeuvre d'une vaccination sur la base de critères de séroprévalence, sans dépistage individuel, devront s'appuyer sur des enquêtes sérologiques de haute résolution, c'est-à-dire au niveau du district et du sous-district.
- Les tests de dépistage devront être hautement spécifiques pour éviter de vacciner des personnes réellement séronégatives et présenter une grande sensibilité pour s'assurer qu'une forte proportion des individus séropositifs est vaccinée.
- La communication doit veiller à informer correctement et complètement des risques que comporte la vaccination de personnes dont le statut sérologique est inconnu.
- La tranche d'âge optimale à viser est celle précédant immédiatement l'âge de plus forte incidence de la dengue sévère, celui-ci peut être déterminé à partir des données de surveillance systématique confirmées en laboratoire de niveau national et infranational.
- Il est recommandé d'administrer le CYD-TDV sous forme de série de 3 doses, à 6 mois d'intervalle. Si pour une raison quelconque, l'administration d'une dose doit être différée, il n'est pas nécessaire de redémarrer la série complète et la dose vaccinale suivante doit être administrée dès que possible.
- Le CYD-TDV n'est pas recommandé chez les femmes enceintes et allaitantes en raison de l'insuffisance des
- données disponibles sur son emploi pendant la grossesse. Néanmoins, les données limitées générées par la vaccination involontaire de femmes enceintes dans le cadre d'essais cliniques n'ont pas mis en évidence de risque spécifique.
- En raison du manque de données, le CYD-TDV est contre-indiqué chez les individus immunodéprimés.

20 Oreillons

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2007, 82: 49-60\)](#) [pdf 311kb]
- 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 (à savoir, une couverture supérieure à 80%) et où la diminution de l'incidence des oreillons constitue une priorité de santé publique.
- Dans les pays qui décident d'utiliser le vaccin anti-ourlien, il est recommandé de l'associer avec les vaccins antirougeoleux et antirubéoleux.

21 Grippe saisonnière (Vaccin inactivé)

- Référence Note de synthèse: [Relevé épid. hebdo. \(2012, 87: 461-476\)](#) [pdf 1.8 Mb]
- Aux pays qui prévoient de lancer ou d'entendre des programmes de vaccination contre la grippe saisonnière, l'OMS recommande de donner la plus grande priorité aux femmes enceintes. Les enfants âgés de < 6 mois n'est pas autorisée et leur protection contre la grippe devra passer par la vaccination de leur mère pendant la grossesse et par celle de leurs contacts proches.
- Les autres groupes à risque qu'il faut envisager de vacciner sont les enfants de 6 à 59 mois, les personnes âgées ≥ 65 ans, les individus atteints de certaines affections chroniques et le personnel soignant. Les pays disposant déjà de programmes de vaccination contre la grippe visant l'un quelconque de ces autres groupes devront continuer de les mettre en oeuvre et intégrer la vaccination des femmes enceintes à ces programmes.
- Une dose unique de vaccin convient pour ces ≥ 9 ans, inclus femmes enceintes. Les vaccins inactifs sont innocuités pendant toute la grossesse.

- Les enfants de 6-59 mois devront recevoir 2 doses espacées de 4 semaines au moins. Les enfants de 6-35 mois devront recevoir une dose pédiatrique.
- Une vaccination (ou revaccination si les souches vaccinales sont identiques) annuelle est recommandée. Les enfants déjà vaccinés 6-59 mois ne ont besoin que d'une dose.

22 Varicelle

- Reference Note de synthèse [Relevé épid. hebdo. \(2014, 89:265-288\)](#) [pdf 889kb]
- Les pays ou la varicella représente un important fardeau pour la santé publique devront envisager d'introduire la vaccination antivarielleuse dans leurs programme de vaccination infantile systématique. Néanmoins, les ressources devront être suffisantes pour atteindre et maintenir durablement une couverture vaccinale $\geq 80\%$. Les décisions concernant la vaccination antivarielleuse des enfants devront aussi prendre en consideration l'impact potential sur l'herpès zoster.
- Selon l'objectif du programme de vaccination, 1-2 doses doivent être administré avec la première dose administrée à 12-18 mois. L'intervalle minimal entre les doses doit s'aligner avec les recommandations des fabricants et varient de 4 semaines à 3 mois.
- Les pays ou l'âge moyen d'acquisition de l'infection est élevé (≥ 15 ans), ce qui indique un 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 varicella. Ces stratégies nécessitent un calendrier de vaccination en 2 doses.
- La vaccination antivarielleuse 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 inadvertence de la mère pendant la gestation.
- Le vaccin antivarielleux 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 vaccine et sans antécédents de varicelle) avec 2 doses de vaccin antivarielleux.