

Tableau 2 : Vaccination Systématique Recommandée pour les enfants - Résumé des notes d'information de l'OMS

Antigène	Age de la 1ère dose	Doses 1ères séries	Intervalle entre les doses			Dose de rappel	Observations (voir détails dans les notes)	
			1ère à 2ème	2ème à 2ème	3ème à 4ème			
Recommandations pour tous les enfants								
BCG 1	Le plus tôt possible après la naissance	1					Exceptions HIV	
Hépatite B 2	Option 1	Le plus tôt possible après la naissance (<24h)	3	4 semaines (min) avec DTP1	4 semaines (min) avec DTP3		Prematurés et faible poids de naissance	
	Option 2	Le plus tôt possible après la naissance (<24h)	4	4 semaines (min) avec DTP1	4 semaines (min) avec DTP2	4 semaines (min) avec DTP3	Co-administration du vaccin Groupes à haut risque	
Polio 3	VPO	6 semaines (voir notes pour dose à la naissance)	3	4 semaines (min) avec DTP2	4 semaines (min) avec DTP3		VPO dose à la naissance Critères de risque de transmission et d'importation	
	VPI/VPO Sequential	8 semaines (1er VPI)	1-2 VPI 2 VPO	4-8 semaines	4-8 semaines	4-8 semaines	Rappel VPI nécessaire si la 1ère série débute plus tôt	
	VPI	8 semaines	3	4-8 semaines	4-8 semaines	(voir notes)		
DTC 4	6 semaines (min)	3	4-8 semaines (min)	4-8 semaines (min)		1-6 ans (voir notes)	Programme reporté/interrompu Vaccin combiné	
Haemophilus influenzae type b 5	6 semaines (min) avec DTC1, 24 mois (max)	3	4 semaines (min) avec DTC2	4 semaines (min) avec DTC3		(voir notes)	Dose unique si >12 mois Programme reporté/interrompu Administration du vaccin	
Pneumocoque (Conjugué) 6	Option 1	6 semaines (min)	3	4 semaines (min)	4 semaines (min)		(voir notes)	Choix du vaccin; initié avant 6 mois d'âge
	Option 2	6 semaines (min)	2	4 semaines (min)			9-15 months	
Rotavirus 7	Rotarix	6 semaines (min) avec DTC1 15 semaines (max)	2	4 semaines (min) avec DTC2 Avant 32 semaines d'âge				Age limite pour le début et la fin de la vaccination
	Rota Teq	6 semaines (min) avec DTC1, 15 semaines (max)	3	4 semaines (min) - 10 semaines avec DTC2	4 semaines (min) avec DTC3 Avant 32 semaines d'âge			
Rougeole 8	9 ou 12 mois (6 mois min, voir notes)	2	4 semaines (min) (voir notes)				Vaccin combiné; Vaccination précoce du HIV; Grossesse	
Rubéole 9	9 ou 12 mois avec rougeole	1					Atteindre et maintenir une couverture de 80% Co-administration et vaccin combiné; Grossesse	

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

Ce tableau résume les recommandations de vaccination systématique pour les enfants. Les intervalles d'âge cités sont destinés au développement des programmes spécifiques des pays, et non aux agents de santé.

Les programmes nationaux 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.

Tableau 2 : Vaccination Systématique Recommandée pour les enfants - Résumé des notes d'information de l'OMS

Antigène	Age de la 1ère dose	Doses 1ères séries	Intervalle entre les doses			Dose de rappel	Observations (voir détails dans les notes)	
			1ère à 2ème	2ème à 2ème	3ème à 4ème			
Recommandations pour les enfants vivant dans certaines régions								
Encéphalite Japonaise 11	Vaccin préparé sur tissu cérébral murin	1 an	2	4 semaines (min)			Après 1 an et tous les 3 ans jusqu'à 10-15 ans	Choix du vaccin
	Vaccin vivant atténué	9-12 mois	1				Après 1 an	
Fièvre Jaune 12	9-12 mois avec rougeole	1						Administration combinée
Encéphalite à Tiques 13	≥ 1 ans 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)	Définition de la catégorie à haut risk Choix du vaccin Rappel (Timing of booster)
Recommandations pour les enfants vivant dans des populations à haut risque								
Typhoïde 14	Vi PS	2 ans (min)	1				Tous les 3 ans	Définition de la catégorie à haut risque
	Ty21a	Capsules 5 ans (min) (voir notes)	3 ou 4	1 jour	1 jour	1 jour	Tous les 3-7 ans	Définition de la catégorie à haut risque
Cholera 15	Dukoral (WC-rBS)	2 ans (min)	3 (2-5 ans) 2 (≥6 ans)	≥ 7 jours (min) < 6 sem (max)	≥ 7 jours (min) < 6 sem (max)		Tous les 6 mois Tous les 2 ans	Age minimum Définition de la catégorie à haut risque
	Shanchol et mORCVAX	1 an (min)	2	14 jours			Après 2 ans	
Méningocoque 16	MenA conjugué	1-29 ans	1					Définition de la catégorie à haut risque Choix du vaccin
	MenC conjugué	2-11 mois	2	8 semaines			Après un an	Définition de la catégorie à haut risk; Choix du vaccin
		≥12 mois	1					
	Quadrivalent conjugué	9-23 mois	2	12 semaines				
≥2 ans		1						
Hépatite A 17	1 an (min)	2	6-18 mois					Définition de la catégorie à haut risque
Rage 18	Comme nécessaire	3	7 jours	14-21 jours			(voir notes)	Définition de la catégorie à haut risque, rappel
Recommandations pour les enfants recevant les vaccinations d'un programme d'immunisation spécifique								
Oreillons 19	12-18 mois avec rougeole	2	1 mois (min) à l'entrée à l'école					Critères de couverture >80%; vaccin combiné
Grippe (Inactivé) 20	6 mois (min)	2 (<9 ans) 1 (>9 ans)	1 mois					Revaccination annuelle : dose unique Cibles prioritaires

Résumé des notes-Tableau 2

- Se référer à <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/> pour la version la plus récente de ce tableau et les notes d'information.
- 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 coadministrés (par ex. plus d'un vaccin administré sur différents sites, lors d'une même visite). Les recommandations appuyant formellement la coadministration sont indiquées dans le tableau, par contre le manque de recommandation explicite pour la coadministration ne signifie pas que le vaccin ne peut pas être coadministré; de plus, il n'y a pas de recommandation contre la coadministration.
- 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.
- Pour certains antigènes, les recommandations, concernant l'âge des séries de primo vaccination 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 d'information.
- D'autres vaccins, comme la varicelle et le pneumocoque polysidique, qui peuvent avoir un bénéfice individuel, ne sont pas généralement recommandés dans la vaccination systématique. Voir les notes spécifiques pour plus de détails.
- Pour plus d'informations sur les programmes de vaccination, se référer à "Immunological Basis for Immunization series" disponible sur le lien suivant: http://www.who.int/immunization/documents/immunological_basis_series/en/index.html

1 BCG

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2004, 79: 27-38\)](#) [pdf 468kb]
- Recommandé pour les enfants vivant dans les pays où il y a une charge de morbidité de la maladie élevée, et pour les enfants à haut risque vivant dans les pays où la charge de morbidité de la tuberculose est peu élevée. Voir les notes d'information pour plus de détails.
- L'entière vaccination du BCG est particulièrement importante dans les pays où il y a une prévalence signifiante du VIH; les enfants positifs au VIH ou les enfants présentant une infection symptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ne devront pas être vaccinés. Référence: [Weekly Epid. Record \(2007, 82: 193-196\)](#) [pdf 167kb]

2 Hépatite B

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2009, 84: 405-420\)](#) [pdf 830kb]
- Puisque la transmission périnatale ou postnatale précoce est une cause importante d'infections chroniques dans le monde, la première dose devrait être administrée dès que possible (<24 heures) après la naissance, même dans les pays de faible endémie.
- La primo vaccination contre l'hépatite B consiste habituellement en 3 doses de vaccin (c'est-à-dire 1 dose de vaccin monovalent à la naissance, suivie de 2 doses de vaccin monovalent ou associé). Toutefois, pour des raisons programmatiques, on peut administrer 4 doses (par exemple, 1 dose de vaccin monovalent à la naissance, suivie de 3 doses de vaccin monovalent ou associé), conformément aux calendriers des programmes nationaux de vaccination systématique.
- Certains nourrissons nés prématurément avec un faible poids de naissance (<2000 g) peuvent

ne pas bien répondre à la vaccination à la naissance. Toutefois, à l'âge chronologique d'1 mois, ces prématurés vont vraisemblablement montrer une réponse suffisante, quel qu'ait été leur poids de naissance ou leur âge gestationnel initial. Donc, les doses données aux enfants ayant un poids <2000g ne doivent pas être comptabilisées dans la série de primo vaccination.

- D'autres groupes cibles pour cette vaccination, comprennent les sujets présentant des facteurs de risque d'infection tels que ceux qui ont souvent besoin de sang ou de produits sanguins, les dialysés, les personnes ayant bénéficié de transplantations d'organes pleins, les personnes emprisonnées, les utilisateurs de drogue intraveineuse, les contacts familiaux et sexuels de personnes présentant une infection chronique par le VHB, les personnes ayant des partenaires sexuels multiples, ainsi que les agents de soins de santé et autres personnes pouvant être exposées à du sang et à des produits sanguins de par leur profession).

3 Polio

- Référence: [Weekly Epid. Record \(2010, 85: 213-228\)](#) [pdf 815.1kb]
- La série des 3 doses de VPO pour la primo vaccination doit être administrée conformément aux calendriers des programmes nationaux de vaccination, par exemple à 6, 10 et 14 semaines ou à 2, 4 et 6 mois. L'intervalle entre les doses doit être d'au moins 4 semaines.
- Aux endroits où le potentiel d'importation est considéré comme très élevé (ex: pays jouxtant les pays d'endémie ou ceux qui ont des flambées récurrentes) ou élevé (s'il y a des antécédents d'importation + un trafic transfrontalier élevé), et le potentiel de transmission élevé (ex: <90% de couverture DTC3, situation socio économique faible, majorité des zones avec égoûts à ciel ouvert) ou modéré (ex: <90% de couverture DTC3, dans tous les Etats/provinces avec une SSE modérée, traitement secondaire des eaux d'égoûts uniquement) une dose VPO doit être donnée le plus tôt possible après la naissance.
- Le VPO seul, y compris à la naissance, est recommandé dans tous les pays d'endémie de la poliomyélite ainsi que dans les pays à risque élevé d'importation et de propagation ultérieure. Une dose de VPO à la naissance n'est pas considérée comme nécessaire dans les pays où le risque de transmission est faible, même si le potentiel d'importation est élevé ou très élevé.
- Lorsque le risque d'importation du poliovirus sauvage est élevé ou très élevé, le potentiel de transmission doit être bas (>90-95% de couverture DTC3, situation socio économique élevée, traitement tertiaire des eaux d'égoûts) avant d'envisager une alternative au VPO seul.
- Dans les pays ayant un risque très élevé d'importation de poliovirus sauvage, on ne devrait pas introduire de calendrier séquentiel VPI/VPO à moins que la couverture vaccinale ne soit d'environ 95%, ou si le risque d'importation est plus faible, que la couverture atteigne environ 90%.
- Lorsqu'on applique le calendrier séquentiel VPI/VPO, l'administration initiale de 1 ou 2 doses de VPI doit être suivie par 2 doses ou plus de VPO pour garantir un degré de protection suffisant au niveau de la muqueuse intestinale et une diminution de la poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV). Lorsqu'on utilise le VPI et le VPO de manière séquentielle, l'OMS recommande d'administrer le VPI à l'âge de 2 mois (par ex. un calendrier VPI-VPO-VPO) ou à 2 et 3-4 mois (par ex. un calendrier VPI-VPI-VPO-VPO). Chaque dose dans la première série, soit de VPI, soit de VPO, doit être séparée de 4 à 8 semaines, en fonction du degré de risque d'exposition à la polio en petite enfance.
- Le VPI seul ne peut être envisagé comme solution de remplacement du VPO seul (ou d'un calendrier séquentiel VPI/VPO) que dans les pays qui ont le risque le plus faible d'importation et de transmission du poliovirus sauvage. Le VPI peut être offert comme un élément de vaccins en association. La série de 3 doses de VPO pour la primo vaccination doit être administrée à 2 mois. Si la première série débute plus tôt, (par ex. avec un calendrier à 6, 10, and 14 semaines) une dose de rappel devra être administrée avec un intervalle d'au moins 6 mois (pour un calendrier en 4 doses).
- Le passage du VPO au VPI pour la vaccination systématique pendant la période de pré-éradication, n'est pas rentable, d'après les analyses économiques récentes et d'après les coûts actuels du VPI.

4 DTC (Diphthérie, Tétanos and Coqueluche)

- Référence Notes d'information: Diphtérie - [Weekly Epid. Record \(2006, 81: 24-32\)](#) [pdf 214kb]; Tétanos - [Weekly Epid. Record \(2006, 81: 198-208\)](#) [pdf 229kb]; Coqueluche - [Weekly Epid. Record \(2010, 85: 385-400\)](#) [pdf 320kb]
- Il est recommandé d'administrer 3 doses dans la 1ère année de vie. Lorsque la coqueluche constitue un risque particulier pour les jeunes nourrissons, on démarrera la vaccination DTC à l'âge de 6 semaines et les 2 doses suivantes seront espacées d'au moins 4 semaines (c'est-à-dire administrées à 10 et 14 semaines).
- Dans de nombreux cas, la durée de la protection immunitaire sera étendue si une dose de rappel est administrée plus tard.
- Rappel Diphtérie - pour compenser la perte de ce rappel naturel, des rappels doivent être administrés dans la petite enfance. Le moment optimal auquel administrer ces rappels et leur nombre doivent être basés sur la surveillance épidémiologique, ainsi que sur des considérations immunologiques et programmatiques.
- Rappel contenant l'anatoxine tétanique: On recommande un calendrier de vaccination antitétanique durant l'enfance, de 5 doses. L'idéal serait qu'on offre un rappel entre 4 et 7 ans, suivi d'un autre pendant l'adolescence, par exemple entre 12 et 15 ans. Les doses de rappel du Tétanos peuvent utiliser le vaccin DTC ou le Td en fonction de l'âge de l'enfant. Le vaccin Td devra être utilisé pour les doses de rappel du Tétanos et la Diphtérie au-delà de 7 ans.
- Vaccin Coqueluche: Les vaccins anticoquelucheux à germes entiers (vaccins entiers) et les vaccins acellulaires sont d'une efficacité analogue pour les enfants, mais le vaccin entier n'est pas recommandé pour la vaccination de l'adulte et de l'adolescent. Le vaccin entier ou le vaccin acellulaire peut être utilisé pour les enfants de moins de 7 ans.
- Rappel Coqueluche - une dose de rappel, administrée 1 à 6 ans après la primo vaccination, se justifie, mais avant l'âge de 7 ans. Les besoins de doses de rappel supplémentaires devront être évalués par le programme national d'immunisation.
- Séries DTC reportées ou interrompues - Pour les enfants de 1 à 7 ans sans vaccination précédente: 3 doses doivent être administrées, avec un intervalle de 2 mois entre la 1ère et la 2ème dose et un intervalle de 6-12 mois entre la 2ème et la troisième. Les enfants pour lesquels les séries de vaccination seraient interrompues, devront reprendre le cours de la vaccination sans répéter les doses précédentes. Pour les individus non vaccinés de 7 ans et plus, le vaccin Td combiné peut être administré, 2 doses avec un intervalle de 1-2 mois, et une 3ème dose après 6-12 mois, avec des rappels ultérieurs: au moins séparés de 1 an pour un total de 5 doses afin d'obtenir la même protection à long terme

5 Haemophilus influenzae type b (Hib)

- Référence Notes d'information: [Weekly Epid. Record \(2006, 81: 210-220\)](#) [pdf 209kb]
- La vaccination peut commencer le plus tôt possible après 6 semaines.
- En général, une primovaccination en 3 doses est administrée en même temps que le vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux.
- Ce vaccin n'est généralement pas offert aux enfants de plus de 24 mois, étant donné la charge de morbidité limitée associée à cette maladie dans ces classes d'âge.
- Séries reportées - si un enfant âgé de 12 à 24 mois n'a pas reçu de primo vaccination, une dose unique de vaccin suffit.
- Une dose de rappel peut être administrée aux enfants entre 12 et 18 mois bien qu'aucune recommandation de l'OMS ne soit faite à ce sujet.

6 Pneumocoque (Conjugué)

- Référence Notes d'information: [Weekly Epid. Record \(2007, 82: 93-104\)](#) [pdf 324kb] **NOTE: Cette Note d'information est en cours révision prenant en compte les recommandations sur le calendrier vaccinale émises par le SAGE lors de la réunion de novembre 2011.** [Weekly Epid. Record \(2012, 1: 13-15\)](#) [pdf 869kb]
- Précédemment, l'OMS recommandait qu'une série de trois doses de PCV sans rappel (3p+0) compatible avec l'administration du DTC, HepB, Hib et VPO soit initié avant 6 mois d'âge.
- Les données d'essais contrôlés randomisés portant sur l'immunogénicité, l'efficacité contre la maladie et le portage, d'études d'observation faisant état de l'efficacité et de diminutions dans le nombre de cas de pneumonie et de pneumococcie invasive suite à l'introduction du VPC aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, étaient en faveur de l'utilisation d'un calendrier de type 3p+0. Dans ces études, les doses étaient administrées typiquement à 6, 10, et 14 semaines ou 2, 4, et 6 mois. Des données sont également apparues en faveur de l'utilisation du calendrier 2p+1 comme une autre possibilité, avec un rappel administré entre 9 et 15 mois.
- Co-administration- Il peut être administré en même temps que d'autres vaccins prévus par les programmes de vaccination infantile, tels que le DTC et les vaccins contre l'hépatite B, H. influenzae type b, méningocoque C conjugué, rougeole, oreillons, rubéole, et la poliomyélite par exemple, sous réserve de choisir un site d'injection différent.
- Pour le vaccin pneumococcique polysaccharide voir la Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2008, 83: 373-384\)](#) [pdf 308kb]
- L'utilisation du vaccin antipneumococcique doit être considérée comme complémentaire de l'application d'autres mesures de lutte contre la pneumonie, dont la prise en charge appropriée des cas et la réduction de l'exposition à des facteurs de risque connus, tels que les polluants à l'intérieur des locaux, la fumée de tabac, le sevrage prématuré et les carences nutritionnelles.

7 Rotavirus

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2009, 84: 533-540\)](#) [pdf 764kb]
- Il est recommandé d'inclure ce vaccin dans tous les programmes nationaux de vaccination.
- Le Rotarix est administré oralement en 2 doses avec la première et la seconde dose de DTC. RotaTeq nécessite un calendrier de 3 doses avec DTC1, DTC2 et DTC3 avec un intervalle de 4-10 semaines entre les doses.
- La 1ère dose de RotaTeq ou de Rotarix doit être administrée à l'âge de 6-15 semaines. L'âge maximum auquel administrer la dernière dose de l'un ou l'autre de ces vaccins doit être de 32 semaines.
- L'emploi des vaccins antirotavirus doit faire partie d'une stratégie exhaustive de lutte contre les maladies diarrhéiques; celle-ci doit comprendre, entre autres interventions, une amélioration de l'hygiène et de l'assainissement, une complémentation en zinc, l'administration de solutions de réhydratation orale dans la communauté et une amélioration générale de la prise en charge des cas.

8 Rougeole

- Référence Notes d'information: [Weekly Epid. Record \(2009, 84: 349-360\)](#) [pdf 724kb]
- Tous les programmes de vaccination nationaux devraient avoir pour norme d'administrer 2 doses du vaccin antirougeoleux à tous les enfants.
- L'administration de la seconde dose peut intervenir à un âge défini, dans le cadre de la vaccination systématique, ou avoir lieu dans le cadre de campagnes de masse organisées régulièrement (AVS) et ciblant des tranches d'âge bien déterminées, selon la stratégie permettant d'atteindre la meilleure couverture. Seconde dose: elle peut être ajoutée au calendrier des vaccinations

systématiques dans les pays ayant atteint une couverture de la première dose d'au moins 80% pendant 3 années consécutives, d'après les moyens statistiques disponibles les plus précis possible (par exemple une enquête de population bien menée ou les estimations OMS/UNICEF). En général, les pays qui ne remplissent pas ce critère doivent en priorité améliorer la couverture de la première dose et organiser des AVS de suivi de qualité, plutôt que d'ajouter la seconde dose à leur calendrier des vaccinations systématiques.

- Les pays où la transmission de la rougeole est continue et où la première dose est administrée à l'âge de 9 mois devraient prévoir l'administration systématique de la seconde dose à un âge compris entre 15 et 18 mois. L'intervalle minimum entre les 2 doses est de 1 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 le risque de flambées de rougeole.
- Dans les pays où la transmission de la rougeole est faible (c'est-à-dire ceux qui s'approchent de l'élimination) et qui administrent la première dose à l'âge de 12 mois pour tirer parti des taux plus élevés de séroconversion que l'on obtient à cet âge (>90% séroconversion). L'âge optimal pour l'administration systématique de la seconde dose dépend des considérations programmatiques qui permettront d'atteindre la meilleure couverture et, donc, l'immunité la plus élevée dans la population. L'administration de la seconde dose à un âge compris entre 15 et 18 mois confère une protection précoce au sujet vacciné, ralentit l'accumulation d'enfants sensibles en bas âge et peut avoir lieu à l'occasion d'autres vaccinations systématiques (par exemple le rappel du DTC). S'il y a une couverture élevée de la première dose du vaccin antirougeoleux (>90%) et un fort taux de scolarisation (>95%), l'administration systématique de la seconde dose au moment de l'entrée à l'école peut s'avérer une stratégie efficace pour atteindre une couverture élevée et éviter les flambées en milieu scolaire.
- L'utilisation du vaccin combiné (Rougeole et Rubéole ou Rougeole Oreillons Rubéole) n'est pas optimale dans les pays où le taux de couverture de la vaccination pour la rougeole ne peut atteindre ou maintenir au moins 80%.
- Vaccin antirougeoleux doit être administré systématiquement à tous les enfants et adultes séropositifs. Dans les zones de forte incidence à la fois du VIH et de la rougeole, on pourra proposer la première dose vaccinale dès l'âge de 6 mois. On administrera 2 autres doses à ces enfants, conformément au calendrier de vaccination national.
- Les infections bénignes concomitantes ne sont pas considérées comme une contre-indication à la vaccination. En revanche, on évitera de vacciner si le patient présente une forte fièvre ou d'autres signes de maladie grave. En théorie, le vaccin antirougeoleux, seul ou en association, ne doit pas être administré à la femme enceinte. En outre, le vaccin antirougeoleux est contre indiqué dans le cas d'immunosuppression sévère due à une maladie congénitale; infection à VIH à un stade avancé; leucémie ou lymphome, etc.

9 Rubéole

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2011, 86: 301-316\)](#) [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 par introduction du vaccin antirubéoleux dans les calendriers de vaccination systématique des enfants et qu'on y associe 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-amaril 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 tératogénicité, 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 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)

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2009, 84; 118-131\)](#) [pdf 267kb]
- Deux vaccins sont actuellement disponibles : Quadrivalent (PVH types 6,11,16 et 18) Ce vaccin a reçu une autorisation de mise sur le marché pour être administré aux jeunes adolescentes (dès 9 ans dans certains pays) afin de prévenir les lésions précancéreuses et les cancers du col, ainsi que les condylomes ano-génitaux. En outre, ce vaccin quadrivalent est également homologué pour la prévention des lésions précancéreuses et des cancers de la vulve et du vagin, ainsi que des condylomes ano-génitaux chez la femme. Dans certains pays, il est également homologué pour la prévention des condylomes ano-génitaux chez l'homme. Bivalent (PVH types 16 and 18) Il a reçu une autorisation de mise sur le marché pour être utilisé chez les adolescentes dès l'âge de 10 ans afin de prévenir les lésions précancéreuses et les cancers du col.
- Ces 2 vaccins sont destinés à l'administration chez la jeune fille avant le début de l'activité sexuelle – c'est-à-dire avant la première exposition à l'infection par le PVH. Un calendrier de 3 doses est recommandé. Le vaccin quadrivalent est administré une première fois, puis au bout de 2 et 6 mois. Un intervalle minimum de 4 semaines entre la première et la deuxième dose et un intervalle minimum de 12 semaines entre la deuxième et la troisième dose sont recommandés par le fabricant. Le vaccin bivalent est administré une première fois, puis au bout de 1 et 6 mois. S'il faut introduire de la souplesse dans ce calendrier, le fabricant recommande d'administrer la deuxième dose entre 1 mois et 2.5 mois après la première dose.
- D'autres calendriers d'administration sont à l'étude pour le vaccin bivalent comme pour le vaccin quadrivalent. Si le programme a été interrompu, il n'est pas nécessaire de recommencer la série des 3 doses, mais les doses de vaccin restantes doivent être administrées en se conformant le plus possible au calendrier recommandé. A l'heure actuelle, les fabricants ne recommandent pas de dose de rappel suite à la première série de doses.

- La vaccination des hommes n'est pas recommandée pour la prévention du cancer du col, parce que les stratégies vaccinales qui permettent d'obtenir une couverture élevée (>70%) dans la première population cible des jeunes adolescentes devraient avoir un meilleur rapport coût/efficacité pour réduire le cancer du col que le fait d'inclure la vaccination des hommes.

11 Encéphalite Japonaise (EJ)

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2006, 81: 331-340\)](#) [pdf 192kb]
- La vaccination doit être effectuée dans toutes les zones où l'encéphalite japonaise est un problème attesté de santé publique.
- Choix des vaccins - 3 types de vaccins sont disponibles: (1) le vaccin vivant atténué préparé sur culture cellulaire, (2) le vaccin inactivé préparé sur culture cellulaire (3) le vaccin inactivé et purifié préparé sur tissu cérébral murin. La Note d'information de l'OMS fournit des recommandations pour le vaccin préparé sur tissus cérébraux murin et le vaccin vivant atténué.
- Rappel - Si le vaccin vivant atténué préparé sur culture cellulaire est administré, une dose de rappel est actuellement recommandée après un intervalle d'un an, alors même que des études sur l'observation des données suggèrent qu'une dose unique suffit pour obtenir une protection à long terme. Si le vaccin inactivé et purifié préparé sur tissu cérébral murin est utilisé, une dose de rappel doit être administrée après un intervalle d'un an tous les 3 ans, jusqu'à l'âge de 10-15 ans.

12 Fièvre Jaune

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2003, 78: 349-359\)](#) [pdf 339kb]
- L'utilisation du vaccin est recommandée dans les pays à risque de fièvre jaune.
- Par commodité et pour améliorer la couverture, le vaccin anti-amaril doit être administré en même temps que le vaccin antirougeoleux, mais avec une seringue distincte et dans un site d'injection distinct.
- Le vaccin anti-amaril doit être proposé à tous les voyageurs à destination et en provenance d'une zone à risque, à moins qu'ils n'appartiennent à l'un des groupes d'individus pour lesquels la vaccination contre la fièvre jaune est contre-indiquée.
- En plus de l'introduction du vaccin pour la fièvre jaune dans la vaccination systématique des enfants, l'OMS fournit des recommandations pour la mise en œuvre de campagnes de vaccination préventive afin de protéger les groupes réceptifs les plus âgés. En cas de ressources limitées, une évaluation du degré de risque peut aider à donner la priorité à certaines zones pour des campagnes de vaccination de masse.

13 Encéphalitis à Tiques

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2011, 86: 241-256\)](#) [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 qu'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 d'information: [Weekly Epid. Record \(2008, 83: 49-59\)](#) [pdf 297kb]
- La vaccination des enfants d'âge scolaire et/ou préscolaire est recommandée dans les régions où l'on a montré que la fièvre typhoïde constituait un problème de santé publique important dans ces classes d'âge, en particulier lorsque les souches de *S. Typhi* antibiorésistantes sont très répandues.
- Choix du vaccin - Le vaccin polysidique Vi nécessite une dose qui doit être administrée après l'âge de deux ans. La forme liquide du vaccin Ty21, un vaccin oral, (pour une utilisation individuelle à partir de 2 ans), n'est plus disponible. La forme en capsule du Ty21 (pour une utilisation individuelle à partir de 5 ans), nécessite 3 ou 4 doses administrées oralement. Voir Note d'information pour plus de détails.
- Rappel - Dans la plupart des endroits endémiques, une dose de rappel 3 à 7 ans après la primo vaccination semble être appropriée.

15 Choléra

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2010, 85, 117-128\)](#) [pdf 283kb]
- Dans les pays d'endémie cholérique, la vaccination de l'ensemble de la population ne se justifie

pas. Il vaut mieux cibler la vaccination sur les zones et les groupes de population à haut risque. Les cibles primordiales de la vaccination anticholérique dans de nombreuses régions d'endémie sont les enfants d'âge préscolaire et scolaire. On peut aussi prendre en compte d'autres groupes particulièrement vulnérables aux formes sévères de la maladie et pour lesquels les vaccins ne sont pas contre-indiqués, comme les femmes enceintes et les personnes infectées par le VIH. Les pays devraient également envisager de vacciner les personnes les plus âgées s'ils disposent de fonds nécessaires.

- Il existe 2 types de vaccin anticholérique oral: (1) Dukoral (WC-rBS), ainsi que (2) Shanchol et mORCVAX. On ne fabrique plus aujourd'hui de vaccin atténué vivant oral en dose unique (CVD103-HgR). Le vaccin injectable préparé à partir de souches de *V. cholerae* inactivées au phénotype est encore fabriqué dans quelques pays mais l'OMS n'en recommande pas l'utilisation, principalement à cause de son efficacité limitée et de sa brève durée de protection.
- Dukoral n'est pas homologué pour les enfants de moins de 2 ans. Les enfants de 2 à 5 ans doivent recevoir 3 doses à ≥ 7 jours (mais ≤ 6 semaines) d'intervalle. Il faut éviter de manger ou de boire 1 heure avant et 1 heure après la vaccination. Si l'intervalle entre les doses de la primovaccination est de >6 semaines, il faut recommencer la primovaccination. Une dose de rappel est recommandée tous les 6 mois si l'intervalle entre la première dose et la dose de rappel est >6 mois, il faut recommencer la primovaccination.
- Pour les adultes et les enfants de plus de 6 ans, l'administration consiste en 2 doses par voie orale à ≥ 7 jours d'intervalle (mais ≤ 6 semaines). Il faut éviter de manger ou de boire 1 heure avant et 1 heure après la vaccination. Si l'intervalle entre les doses de la primovaccination est de >6 semaines, il faut recommencer la primovaccination. Une dose de rappel est recommandée tous les 2 ans. Si l'intervalle entre la primovaccination et la vaccination de rappel est de plus de 2 ans, la primo vaccination doit être répétée.
- Shanchol and mORCVAX: 2 doses liquides par voie orale à 14 jours d'intervalle pour les sujets de plus de 1 an. Il est recommandé d'administrer une dose de rappel au bout de 2 ans.

16 Méningocoque

- Référence Note d'information: [Weekly Epid Record \(2011, 86: 521-540\)](#) [1.01kb]
- 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.
- Le vaccin monovalent conjugué MenA doit être administré en une dose intramusculaire unique aux sujets âgés de 1 à 29 ans. La nécessité éventuelle d'un rappel n'est pas encore établie pour ce vaccin.
- 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 immunogène 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 d'information pour plus détails.

17 Hépatite A

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2000, 75: 38-44\)](#) [pdf 193kb]
- L'âge minimum d'administration est indiqué par le fabricant et se trouve sur l'étiquette du produit.
- Conseillé pour les personnes à haut risque dans les pays à faible endémie de l'hépatite A, également les populations vivant dans les pays ayant un niveau d'endémie intermédiaire. Les groupes à haut risque comprennent les utilisateurs de drogues injectables, les hommes homosexuels, les personnes voyageant dans les régions à haut risque, et certains groupes ethniques ou religieux. Voir Note d'information pour plus de détails.

18 Rage

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2010, 85: 309-320\)](#) [pdf 370]
- La production et l'utilisation des vaccins préparés à partir de tissus nerveux animaux, doit cesser et être remplacée par les vaccins préparés en culture cellulaire (VCC).
- La vaccination préventive est recommandée à toute personne soumise à un risque continu, fréquent ou accru d'exposition au virus de la rage, en raison de son lieu de résidence ou de la nature de sa profession. Les voyageurs devant séjourner durablement à l'extérieur dans des zones rurales à haut risque où il est difficile d'accéder sans délai à des soins médicaux appropriés doivent aussi être vaccinés, quelle que soit la durée de leur séjour. Les enfants vivant ou se rendant dans des zones touchées par la rage sont particulièrement menacés. L'OMS encourage la réalisation d'études soigneusement conçues sur la faisabilité, le rapport coût/efficacité et l'impact à long terme de l'incorporation des VCC dans les programmes de vaccination des nourrissons et des enfants s'appliquant aux endroits où la rage canine est un problème de santé publique.
- La vaccination se fait par voie intramusculaire ou intradermique, aux jours 0,7 et 21 ou 28.
- Administration intramusculaire: Chez les adultes et les enfants de ≥ 2 ans, le vaccin doit toujours être administré dans le deltoïde; chez les enfants de <2 ans, on recommande la face antéro-latérale de la cuisse. Le vaccin antirabique ne doit pas être administré dans la zone fessière, où l'induction d'une réponse immunitaire suffisante peut être moins fiable.
- Les doses de rappel de vaccin antirabique ne sont pas nécessaires chez les personnes vivant ou se rendant dans des zones à haut risque qui ont reçu une série primaire complète d'injections prophylactiques de VCC avant ou après l'exposition.
- Des rappels périodiques sont recommandés à titre de précaution supplémentaire pour les personnes soumises par leur profession à un risque continu ou fréquent d'exposition. Si elle est disponible, la surveillance sérologique du personnel à risque est préférable à l'administration systématique de rappels.
- Comme l'immunité induite par le vaccin persiste dans la plupart des cas pendant plusieurs années, une injection de rappel n'est recommandée que si le titre d'anticorps antirabiques neutralisants tombe au-dessous de 0,5 UI/ml.
- Les individus pouvant être exposés en milieu de laboratoire à des concentrations élevées de virus rabique vivant doivent subir un test sérologique tous les 6 mois. Les professionnels qui, dans leurs activités, ne sont pas soumis à un risque continu d'exposition, comme certaines catégories de vétérinaires ou de responsables de la santé animale, doivent bénéficier d'une surveillance sérologique tous les 2 ans.

19 Oreillons

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2007, 82: 49-60\)](#) [pdf 311kb]
- La vaccination anti-ourlienne systématique 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.

20 Grippe saisonnière (Vaccin inactivé)

- Référence Note d'information: [Weekly Epid. Record \(2005, 33: 279-287\)](#) [pdf 220kb]
- L'Assemblée Mondiale de la Santé a recommandé l'augmentation de la couverture de vaccination des groupes à haut risque y compris pour les personnes âgées, dans les pays où les politiques de vaccination contre la grippe existent (Référence: WHA56.19, 2003). Voir Note d'information pour plus de détails sur la description des groupes à haut risque.
- Dose - L'enfant <9 ans n'ayant encore jamais été vacciné recevra 2 injections, à au moins 1 mois d'intervalle. La vaccination de l'enfant scolarisé >9 ans et de l'adulte en bonne santé par une dose unique de vaccin est satisfaisante. L'enfant de 6-36 mois recevra la moitié de la dose adulte.