



Directives et recommandations

Plan de vaccination suisse 2026

État: Février 2026

Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations

Remarque concernant la prise en charge des vaccinations ou des vaccins recommandés dans le plan de vaccination suisse

Le plan de vaccination suisse ne fournit désormais plus d'informations concrètes sur la prise en charge des coûts.

Des informations concernant la prise en charge des vaccinations et des vaccins par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) sont disponibles sur la page « Mesures médicales de prévention » de l'OFSP www.bag.admin.ch/aos-prevention.

En règle générale, les vaccinations recommandées de base et complémentaires ne sont inscrites dans le plan de vaccination suisse que lorsque leur coût est pris en charge par l'AOS ou dans le cadre d'un programme cantonal de vaccination. Il existe des exceptions pour les vaccinations figurant dans le plan de vaccination pour les groupes à risque et/ou les situations à risque (pour plus d'informations, voir le lien ci-dessus).

En raison de la décision négative concernant la prise en charge des coûts par l'AOS (voir *Commentaires des modifications de l'OPAS du 4 juin 2025 pour le 1^{er} juillet 2025*), la recommandation de vaccination contre le VRS pour les personnes à risque âgées de 60 à 74 ans ainsi que pour toutes les personnes âgées de plus de 75 ans n'est pas incluse dans le plan de vaccination 2026 et continue d'être publiée séparément de celui-ci (voir page 2 ci-dessous).

Nouveauté et adaptations 2026

1. Recommandation pour la prévention du VRS chez les nouveau-nés et les nourrissons

Depuis l'automne 2025, la vaccination maternelle est désormais recommandée comme deuxième option préventive afin d'offrir aux nourrissons nés entre octobre et mars une protection passive contre le virus respiratoire syncytial (VRS). La vaccination maternelle est considérée comme une option équivalente à l'immunisation passive par anticorps monoclonaux déjà recommandée.

Voir le chapitre 1.1.a pour les recommandations détaillées de vaccination contre le VRS des nouveau-nés et nourrissons. La figure 1 représente le nouvel algorithme de vaccination des enfants contre le VRS au cours de leur première année de vie selon le mois de naissance (prévu).

a) Vaccination maternelle contre le VRS pour les femmes enceintes

La vaccination contre le VRS est désormais recommandée pour les femmes enceintes âgées de 18 ans et plus, avec une dose d'un vaccin contre le VRS approuvé pour les femmes enceintes (Abrysvo®) [1]. La vaccination contre le VRS pour les femmes enceintes est actuellement recommandée une seule fois et non à chaque grossesse.

- *Période de vaccination recommandée et indication à la vaccination durant la grossesse*: la vaccination doit être administrée entre les semaines de grossesse (SG) 32+0/7 et 36+0/7 si le terme se situe entre début octobre et fin mars. C'est durant cette période de la grossesse que le transfert d'anticorps maternels au fœtus est maximal. Idéalement, le vaccin doit être administré au moins 5 semaines avant le terme afin que suffisamment d'anticorps maternels soient transmis à l'enfant.
- *Si l'accouchement a lieu dans les 14 jours suivant la vaccination maternelle contre le VRS*, le nouveau-né doit être immunisé avec une dose d'un anticorps monoclonal (AcM) à longue durée d'action.

b) Immunisation contre le VRS des nouveau-nés et nourrissons au cours de leur 1^{re} année de vie avec un anticorps monoclonal à longue durée d'action

La recommandation relative à la vaccination de base par anticorps monoclonaux (AcM), en vigueur depuis janvier 2024, a été adaptée de façon ciblée à l'automne 2025 [1]. Il est désormais recommandé d'administrer une dose unique d'un AcM à longue durée d'action à tous les nourrissons au cours de leur 1^{re} année de vie, au lieu du « nirsevimab pour tous les nourrissons avant ou pendant leur 1^{re} saison de VRS », comme formulé jusqu'à présent. Les nourrissons de moins de 12 mois nés entre le 1^{er} octobre et le 31 mars et qui n'ont pas encore reçu la dose d'AcM indiquée jusqu'au 31 mars peuvent recevoir cette dose au mois d'octobre suivant (administration possible jusqu'à la veille de leur 1^{er} anniversaire).

Cfr. chapitre 1.1.a pour la recommandation de vaccination détaillée.

2. Immunisation contre le VRS avec un anticorps monoclonal à longue durée d'action chez les enfants âgés de 12 à 24 mois présentant un risque accru de complications

La recommandation relative à la vaccination de base par anticorps monoclonaux (AcM), en vigueur depuis janvier 2024, a été adaptée de façon ciblée à l'automne 2025 [1]. Les enfants jusqu'à l'âge de 24 mois présentant un risque accru persistant de complications liées au VRS et n'ayant pas encore reçu de dose d'AcM durant leur 2^e saison de

VRS, ou n'ayant reçu que la dose de la saison précédente, peuvent recevoir cette dose à partir du mois d'octobre, peu avant le début de la 3^e saison de VRS.
Cfr. chapitre 3.1.i pour la recommandation de vaccination détaillée.

3. Vaccins conjugués contre les pneumocoques (PCV) recommandés pour les enfants de moins de 5 ans et pour les personnes à risque âgées de 5–17 ans

Pour tous les enfants de moins de 5 ans: En principe, pour la vaccination contre les pneumocoques des enfants de moins de 5 ans, on recommande un PCV qui est autorisé et remboursé pour les schémas vaccinaux spécifiques adaptés à l'âge. Le PCV 20-valent a été autorisé en 2025 pour les enfants âgés de moins de 6 ans. Cela vaut pour tous les schémas vaccinaux spécifiques à certains groupes cibles, à l'exception du schéma vaccinal à trois doses (« 2 + 1 ») destiné aux nourrissons âgés de 2 à 6 mois.

La recommandation vaccinale suivante s'applique actuellement, en fonction de l'autorisation et du remboursement [2]:

- Le **PCV13** ou le **PCV15** continuent d'être recommandés comme options de vaccination équivalentes.
- Le PCV20 n'est pas recommandé pour le schéma vaccinal à trois doses (« 2 + 1 ») destiné à la vaccination de base des nourrissons (sans facteur de risque) âgés de 2 à 6 mois.

Pour les personnes à risque âgées de 5–17 ans, le PCV15 ou le PCV20 demeurent recommandés comme options vaccinales équivalentes (dès l'âge de 6 ans hors autorisation) [2].

État actuel des PCV recommandés par groupe d'âges, cf. Prise de position sur www.cfv.ch.

4. Vaccins conjugués contre les pneumocoques (PCV) recommandés pour les adultes

Un nouveau PCV de valence plus élevée (PCV21) est autorisé depuis l'automne 2025 pour les adultes dès l'âge de 18 ans. Les vaccins PCV20 et PCV15 disponibles demeurent autorisés à partir de 65 ans.

Compte tenu de la couverture actuelle des sérotypes par vaccin [2] et sous réserve d'une prise en charge des coûts du PCV21 pour le groupe d'âge des ≥65 ans, la *recommandation vaccinale* a été adaptée pour les groupes cibles adultes suivants.

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus:

- Le **PCV20** ou le **PCV21** sont recommandés comme options vaccinales équivalentes.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus, auparavant vaccinées uniquement avec le PCV13 ou le PCV15, doivent recevoir une dose unique d'un vaccin PCV de valence plus élevée afin d'élargir la couverture des sérotypes (pour plus de détails, voir le chapitre 1.5).

Pour les personnes à risque âgées de 18–64 ans:

- Le **PCV20** ou le **PCV21** sont recommandés comme options de vaccination. Le PCV20 continue d'être

recommandé hors autorisation. Le PCV21 est désormais le premier PCV autorisé en Suisse pour la tranche d'âge des 18–64 ans; la prise en charge des coûts pour ce groupe cible est à l'étude.

- Les personnes à risque âgées de 18–64 ans, auparavant vaccinées uniquement avec le PCV13 ou le PCV15, doivent recevoir une dose unique d'un vaccin PCV de valence plus élevée afin d'élargir la couverture des sérotypes (pour plus de détails, voir le chapitre 3.1.h).

Avec l'inscription du PCV21 sur la liste des spécialités pour le groupe d'âge des ≥65 ans, le PCV15 n'est plus recommandé comme option vaccinale pour les groupes cibles adultes.

État actuel des PCV recommandés par groupe d'âges, cf. Prise de position sur www.cfv.ch.

5. Révision du tableau 5 «Vaccinations recommandées pour les personnes à risque en raison d'une maladie chronique sous-jacente ou d'un facteur de risque augmentant le risque de complications ou de maladies invasives»

Le *tableau 5* a été révisé et donne désormais un aperçu général des vaccinations à envisager pour chaque maladie chronique ou facteur de risque. Il renvoie au *chapitre 3.1.* sur les recommandations détaillées pour chaque groupe à risque en fonction de l'agent pathogène/de la maladie infectieuse.

6. Révision du tableau 11 sur les «Corrélatés sérologiques recommandés pour l'immunité / la protection vaccinale contre les maladies évitables par la vaccination»

Les corrélatés sérologiques recommandés ont été réévalués. Le tableau actualisé ainsi que la base scientifique y relative ont été publiés en décembre 2025 dans le bulletin de l'OFSP [3]. Le *tableau 11* du plan de vaccination a été modifié en conséquence.

7. Les principes et recommandations pour la vaccination des personnes adultes atteintes de maladies neuro-immunologiques (Neuro-IMID) ont été récemment remaniés par la CFV et l'OFSP et publiés séparément du plan de vaccination [4]; voir Site de l'OFSP Directives et recommandations sur la vaccination et la prophylaxie

Les recommandations vaccinales suivantes demeurent publiées séparément du plan de vaccination:

- **Vaccination contre Mpox:** voir le site web de l'OFSP Mpox (*variole du singe*) (admin.ch)
- **Vaccination contre le VRS chez les adultes âgés de 60 ans et plus présentant un risque élevé et chez toutes les personnes âgées de 75 ans et plus:** Ces recommandations ont été publiées le 1^{er} septembre 2025 et sont disponibles sur les sites web <https://www.bag.admin.ch/fr/virus-respiratoire-syncytial-humain-vrs> et VRS: Adultes – Germes respiratoires – Landingpage

Sommaire

Nouveautés et adaptations 2026	1
Liste des tableaux et figures	4
Liste des abréviations	5
Tableau 1 : synopsis Plan de vaccination suisse 2026	6
Introduction	7
Niveaux de recommandations	7
Prise en charge des coûts des vaccinations (recommandées) publiées dans le plan de vaccination	7
Définitions importantes	8
1. Vaccinations recommandées de base et complémentaires et immunisation passive par groupe d'âge	8
1.1 Âge de 0–3 ans	8
Figure 1 : Algorithme de vaccination des enfants contre le VRS au cours de leur première année de vie	9
1.2 Âge de 4–10 ans	13
1.3 Âge de 11–15 ans	13
1.4 Âge de 16–64 ans	14
1.5 Âge ≥ 65 ans	15
2. Rattrapage des vaccinations recommandées de base et complémentaires	16
2.1 Schémas pour les vaccinations de rattrapage chez les enfants et les adultes non vaccinés	16
Tableau 2 : schémas pour les vaccinations de rattrapage chez les enfants et les adultes non vaccinés	18
2.2 Schémas pour les vaccinations DTP _a -IPV chez les enfants incomplètement vaccinés	19
Tableau 3 : schémas pour les vaccinations de rattrapage DTP _a -IPV chez les enfants incomplètement vaccinés	20
2.3 Schémas pour les vaccinations dT(p _a)-IPV chez les adultes incomplètement vaccinés	21
Tableau 4 : Schémas pour les vaccinations de rattrapage dT(p _a)-IPV chez les adultes incomplètement vaccinés ou au statut vaccinal inconnu	21
3. Vaccinations recommandées pour les groupes à risque / les situations à risque	22
Définition « groupes à risque » / « situations à risque »	22
3.1. Par agent pathogène / maladie infectieuse	22
a) FSME ou encéphalite à tiques (méningo-encéphalite verno-estivale)	22
b) Hépatite A	22
c) Hépatite B	23
d) Zona (herpès zoster)	24
e) Influenza ou grippe saisonnière	24
f) Méningocoques	25
g) Coqueluche (pertussis)	26
h) Pneumocoques	26
i) VRS (AcM pour les personnes à risque âgées de 12–24 mois)	28
j) VRS (vaccination des femmes enceintes, voir chapitre 1.1.a)	29
k) SARS-CoV-2 (COVID-19)	29
l) Rage	30
m) Tuberculose	31
n) Varicelle	31
3.2. Par risque accru de complications et de maladies invasives	32
a) Vaccinations recommandées pour les personnes à risque par maladie chronique / facteur de risque	32
Tableau 5 : Aperçu des vaccinations recommandées pour les personnes à risque par maladie chronique / facteur de risque associés à un risque accru de complications et de maladies invasives	33
Aperçu des recommandations pour les groupes à risque spécifiques publiées séparément du plan de vaccination	32
b) Grossesse et allaitement : vaccinations et contrôles sérologiques	32

c) Enfants nés prématurément (VLBW)	35
Tableau 6: vaccination des enfants nés prématurément (VLBW)	35
Tableau 7: vaccination de l'entourage des enfants nés prématurément	36
3.3. Par risque accru d'exposition et / ou de transmission	37
Tableau 8: vaccinations recommandées pour les groupes de population à risque accru d'exposition et/ou de transmission d'agents pathogènes spécifiques	37
a) Voyages à l'étranger	38
b) Personnel de santé	38
Tableau 9: schéma de vaccination pour le personnel de santé non ou incomplètement vacciné	39
Recommandation de vaccination contre l'hépatite B pour le personnel de santé	40
Figure 2: algorithme de la vaccination contre l'hépatite B pour le personnel de santé	41
c) Prophylaxie antitétanique en cas de plaies	42
Tableau 10: prophylaxie antitétanique en cas de plaies	42
4. Vaccinations sans recommandation d'utilisation	43
5. Considérations générales	43
a) Séquence d'administration des vaccins	43
b) Vaccination en cas d'anticoagulation/tendance aux hémorragies	43
c) Contre-indications	43
d) Effets indésirables des vaccinations (EIV)	43
e) Vaccinovigilance	44
f) Indemnisation et réparation morale en cas de dommages consécutifs à une vaccination	44
g) Corrélats de protection sérologiques pour les maladies évitables par la vaccination	45
Tableau 11: corrélats sérologiques pour l'immunité/la protection vaccinale des maladies évitables par la vaccination	45
Références	46
Annexe 1: matériel d'information sur les vaccinations	48
Impressum	50

Liste des tableaux et figures

Tableau 1	Synopsis Plan de vaccination suisse 2026	6
Tableau 2	Schémas pour les vaccinations de rattrapage chez les enfants et les adultes <i>non vaccinés</i> (vaccinations de base et complémentaires)	18
Tableau 3	Schémas pour les vaccinations de rattrapage DTP _a -IPV chez les enfants <i>incomplètement</i> vaccinés	20
Tableau 4	Schémas pour les vaccinations de rattrapage dTp _a -IPV chez les adultes <i>incomplètement</i> vaccinés ou au statut vaccinal inconnu	21
Tableau 5	Aperçu des vaccinations recommandées pour les personnes à risque en raison d'une maladie chronique ou d'un facteur de risque augmentant le risque de complications ou de maladies invasives	33
Tableau 6	Vaccination des enfants nés prématurés (VLBW)	35
Tableau 7	Vaccination de l'entourage des enfants nés prématurés (VLBW)	36
Tableau 8	Vaccinations recommandées pour les groupes de population à risque accru d'exposition et/ou de transmission d'agents pathogènes spécifiques	37
Tableau 9	Schéma de vaccination pour le personnel de santé non ou incomplètement vacciné	39
Tableau 10	Prophylaxie antitétanique en cas de plaies	42
Tableau 11	Corrélats sérologiques pour l'immunité/la protection vaccinale contre des maladies évitables par la vaccination	45
Figure 1	Algorithme de la vaccination des enfants contre le VRS au cours de la première année de vie	9
Figure 2	Algorithme de la vaccination contre l'hépatite B pour le personnel de santé	41

Liste des abréviations

Organismes officiels

CVF	Commission fédérale pour les vaccinations
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
Swissmedic	Institut suisse des produits thérapeutiques

Termes juridiques

OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (Ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (AOS))
AOS	Assurance obligatoire des soins
LS	Liste des spécialités

Vaccins

COVID-19	Vaccination contre le Covid-19
DT	Vaccin combiné contre diphtérie – tétanos
dT	Vaccin combiné contre diphtérie – tétanos avec une dose réduite d'anatoxine diphtérique (d) = « Dosage pour les adultes »
DTP _a	Vaccin combiné contre diphtérie – tétanos – coqueluche (P _a = composante acellulaire contre la coqueluche)
dTp _a	Vaccin combiné contre diphtérie – tétanos – coqueluche avec une dose réduite d'anatoxine diphtérique (d) et de coqueluche (p _a) = « Dosage pour les adultes »
HBV	Vaccin contre l'hépatite B
Hib	Vaccin contre <i>Haemophilus influenzae</i> de type b
HPV	Vaccin contre les papillomavirus humains
HZV	Vaccin contre le zona (herpès zoster)
IPV	Vaccin inactivé contre la poliomyélite (<i>Inactivated Poliomyelitis Vaccine</i>)
4CMenB (B)	Vaccin recombinant contre les méningocoques du sérogroupe B
(MCV-)ACWY	Vaccin conjugué quadrivalent contre les méningocoques des sérogroupe A, C, W et Y
PCV	Vaccin conjugué contre les pneumocoques
PPV23	Vaccin polysaccharidique 23-valent contre les pneumocoques
ROR	Vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
RORV	Vaccin quadrivalent contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle
RV	Vaccin contre les rotavirus
VZV	Vaccin contre la varicelle (Varicella-Zoster-Virus)

Autres

AcM	Anticorps monoclonal pour l'immunisation passive
Ag HBs	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
Anti-HBc	Anticorps contre l'antigène de capsid du virus de l'hépatite B
Anti-HBs	Anticorps contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
CEMV	Comité d'experts en médecine des voyages
CI	Contre-indications
EIV	Effets indésirables des vaccinations
FSME	Méningo-encéphalite verno-estivale, encéphalite à tiques
HBIG	Immunoglobulines contre le virus de l'hépatite B
hRIG	Immunoglobulines antirabiques humaines
IgG	Immunoglobulines G
IMID	Immune mediated inflammatory diseases (maladies inflammatoires à médiation immune)
MIM	Maladies invasives à méningocoques
MIP	Maladies invasives à pneumocoques
PEP	Prophylaxie post-expositionnelle
PrEP	Prophylaxie pré-expositionnelle
RFFIT	Rapid fluorescent focus inhibition test
SG	Semaine de gestation
VLBW	Very Low Birth Weight = prématurés (nés avant 32 + 0/7 SG ou poids de naissance < 1500 g)
VRS	Virus respiratoire syncytial

Tableau 1: Synopsis Plan de vaccination suisse 2026

Vaccinations recommandées de base et complémentaires et immunisation passive contre le VRS

Âge *	Mois							Ans					
Vaccin	Naissance	2	2–3 **	4	4–5 **	9	12 ***	12–18	4–7	11–14 /15	25	45	≥ 65
VRS	Dose unique d'AcM en l'absence de vaccination maternelle ¹⁾												
DTP		DTP _a		DTP _a			DTP _a		DTP _a /dTp _a	dTp _a	dTp _a ^{13) 14)}	dT ^{13) 14)}	dT ^{13) 14)}
Poliomyélite		IPV		IPV			IPV		IPV	✓ ¹⁰⁾	✓	✓	✓
Hib		Hib		Hib			Hib	✓ ⁶⁾					
Hépatite B	²⁾	HBV		HBV			HBV			(HBV) ¹¹⁾	✓ ¹⁵⁾	✓ ¹⁵⁾	✓ ¹⁵⁾
Pneumocoques		PCV ³⁾		PCV ³⁾			PCV ³⁾	✓ ⁶⁾					PCV ¹⁶⁾
Rotavirus		RV ⁴⁾		RV ⁴⁾									
Mén. B			B		B			B ⁷⁾		B ⁷⁾			
Mén. ACWY								ACWY ⁷⁾		ACWY ⁷⁾			
ROR						ROR ⁵⁾	ROR ⁵⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	
Varicelle						VZV	VZV	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	
HPV										HPV ¹²⁾	(HPV) ¹²⁾		
Zona													HZV ¹⁷⁾
Influenza													annuel ¹⁸⁾
COVID-19													annuel

Vaccin combiné ✓ Contrôler le statut vaccinal, et procéder si nécessaire aux vaccinations de rattrapages indiqués. Vaccins actuellement disponibles en Suisse : cf. www.infovac.ch

Le tableau peut être commandé séparément dans le *Shop des Publications Fédérales* sous forme de calendrier de vaccination suisse (y compris FSME) pour la population (outil de conseil).

Pour les recommandations de vaccination basées sur l'âge, les niveaux de recommandations se distinguent par l'objectif vaccinal recherché :

Vaccination de base : les objectifs vaccinaux sont la protection individuelle et celle de la santé publique

Vaccination complémentaire : la protection individuelle est l'objectif principal de la vaccination

- * Règle concernant la définition de l'âge : âge de 12 mois signifie du 1^{er} anniversaire à la veille du 13^e mois ; 4–7 ans signifie du 4^e anniversaire à la veille du 8^e anniversaire.
- ** Les temps de vaccination contre les méningocoques du sérotype B à l'âge de 3 et de 5 mois ont notamment été choisis pour réduire la fréquence de la fièvre après la vaccination. Une administration en même temps que d'autres vaccins pour nourrissons à l'âge de 2 et 4 mois est possible, après information correspondante des parents, et éventuellement une prise prophylactique de paracétamol.
- *** Les trois injections recommandées à l'âge de 12 mois (1 dose DTP_a-IPV-Hib-HBV, 1 dose de PCV et de RORV) peuvent être administrées simultanément ou à court intervalle les unes des autres. Les vaccinations contre DTP_a-IPV-Hib-HBV et les pneumocoques doivent être terminées avant l'âge de 13 mois. La vaccination DTP_a-IPV-Hib-HBV peut également être administrée avant l'âge de 12 mois, mais pas avant l'âge minimum de 11 mois. En fonction de l'évaluation du risque individuel d'exposition à la rougeole, la 2^e dose de RORV peut être administrée à l'âge de 12(-15) mois.
- ¹⁾ Le moment de l'administration de la dose unique d'un AcM anti-VRS à longue durée d'action au cours de la première année de vie (jusqu'à la veille du 1^{er} anniversaire) dépend du mois de naissance :
– *Nouveau-nés nés entre octobre et mars* en l'absence de vaccination maternelle (Détails, voir *chapitre 1.1.a*) : si possible durant la 1^{re} semaine de vie.
– *Nouveau-nés nés entre avril et septembre* : au mois d'octobre ou par après, dès que possible.
- ²⁾ La vaccination contre l'hépatite B dès la naissance est indispensable chez l'enfant né de mère Ag HBs positive. Elle comporte 4 doses à administrer à l'âge de 0 (simultanément avec les HBIG), 1, 2 et 12 mois. À la naissance et à 1 mois, un vaccin monovalent est utilisé, puis à 2 et 12 mois, un vaccin combiné hexavalent. Il est impératif d'effectuer une sérologie (anti-HBs et Ag HBs) 4 semaines après la dernière dose pour vérifier la protection vaccinale.
- ³⁾ Le PCV 20 **n'est pas** recommandé pour le schéma vaccinal actuel à 3 doses (« 2 + 1 ») destiné à la vaccination de base des nourrissons (sans facteur de risque) âgés de 2, 4 et 12 mois. Voir la prise de position de la CFV sur les PCV actuellement recommandés par groupe d'âge (www.cfv.ch).
- ⁴⁾ La 1^{re} dose de vaccin contre le rotavirus est possible à partir de 6 semaines (âge maximal de 15 semaines et 6 jours) ; l'intervalle minimal entre les deux doses est de 4 semaines. La deuxième dose doit être donnée au plus tard à 23 semaines et 6 jours. Après la 24^e semaine, le vaccin est contre-indiqué. Il est administré par voie orale et peut être donné en même temps que d'autres vaccins pour nourrissons recommandés au même moment.
- ⁵⁾ Lors d'une épidémie de rougeole dans l'entourage ou de contact avec un cas de rougeole, administrer éventuellement des doses supplémentaires à partir de l'âge de 6 mois, cf. *chap. 1.1*. Selon l'évaluation de l'exposition individuelle à la rougeole, l'administration de la 2^e dose de RORV est possible à l'âge de 12 (-15) mois.
- ⁶⁾ Chez les enfants, le rattrapage de la vaccination contre Hib et contre les pneumocoques est recommandé jusqu'au 5^e anniversaire. Le nombre de doses dépend de l'âge au moment de la première injection de vaccin (cf. *chap. 2*). Il existe des recommandations séparées pour la vaccination contre les pneumocoques chez les personnes à risque (cf. *chap. 3.1*).
- ⁷⁾ Les vaccins contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y et du sérotype B pour les jeunes enfants (12–18 mois) ainsi que pour les adolescents peuvent être administrés simultanément. L'administration en même temps que d'autres vaccins recommandés dans les tranches d'âge respectives est également possible. Le rattrapage de la vaccination contre les méningocoques (du sérotype B et des sérogroupes A, C, W, Y) est recommandé jusqu'au 5^e anniversaire chez les enfants en bas âge et jusqu'au 20^e anniversaire chez les adolescents. Schéma de vaccination, cf. *chap. 1.1* ou *tableau 2*.
- ⁸⁾ Tous les enfants, adolescents et adultes nés après 1963 (notamment les femmes en âge de procréer/les accouchées et les personnes ayant des contacts professionnels avec des femmes enceintes) doivent recevoir un total de 2 doses, à au moins 1 mois d'intervalle.
- ⁹⁾ Pour les personnes jusqu'à < 40 ans, sans antécédents de varicelle et qui n'ont pas encore reçu de dose de vaccin ou n'en ont reçu qu'une seule (au total 2 doses, avec un intervalle minimal d'1 mois). En cas de protection vaccinale incomplète contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, la vaccination peut également être réalisée avec un vaccin combiné RORV quadrivalent et en même temps que d'autres vaccins recommandés à la même période.
- ¹⁰⁾ Vaccination complète contre la poliomyélite chez les enfants : total de 4 doses, dont 2 après la première année. Si 3 doses ont été administrées au cours de la première année (schéma de vaccination « 3 + 1 »), 5 doses au total sont nécessaires chez les enfants.
- ¹¹⁾ Si la vaccination contre l'hépatite B n'a pas eu lieu chez le nourrisson, elle doit de préférence être réalisée à 11–15 ans ; pour cette tranche d'âge, elle est possible selon un schéma à deux doses (« vaccin pour adulte »). Elle peut être administrée en même temps que la vaccination contre les HPV ou que d'autres vaccins indiqués.
- ¹²⁾ À l'âge de 11–14 ans, la vaccination est réalisée selon un schéma à 2 doses (aux temps 0 et 6 mois), et à l'âge de 15–26 ans (avant le 27^e anniversaire) selon un schéma à 3 doses (aux temps 0, 2 et 6 mois). Les vaccins contre les HPV peuvent être administrés en même temps que tous les éventuels autres vaccins essentiels. La vaccination contre les HPV est recommandée comme vaccination de rattrapage pour les personnes de 15–19 ans qui ne sont pas encore vaccinées et à titre complémentaire à 20–26 ans.

¹³³ Entre 25 et 64 ans, les rappels dT sont recommandés à intervalles de 20 ans, à partir de 65 ans, à intervalles de 10 ans. Ainsi, l'âge lors de l'administration du rappel marque le début de l'intervalle jusqu'à la dose de rappel suivante.

Il est recommandé de maintenir un intervalle de 10 ans pour les rappels dT chez les personnes immunodéficientes. Des intervalles plus courts que 20 (ou 10) ans peuvent être indiqués sur la base d'une évaluation au cas par cas, en fonction des situations à risque (p. ex. exposition à un cas, voyage dans une région de haute endémie de diphtérie ou accès limité aux soins).

Il n'y a pas de vaccin dT actuellement disponible : utiliser les vaccins dT_{pa}/dT_{pa}-IPV ou dT-IPV selon la recommandation de vaccination de remplacement

(cf. <https://www.bag.admin.ch/fr/approvisionnement-en-vaccins>).

¹⁴⁴ Vaccination de rappel ou de rattrapage contre la coqueluche avec 1 dose (-p_a) : pour toutes les personnes de 25 ans ou quel que soit leur âge si elles ont des contacts réguliers avec des nourrissons < 6 mois (p. ex. futurs pères, personnes s'occupant de nourrissons), si la dernière dose remonte à ≥ 10 ans et à chaque grossesse pour les femmes enceintes (quel que soit leur statut vaccinal, cf. chap. 3.1).

¹⁵⁵ Rattrapage de la vaccination contre l'hépatite B pour les adultes de tout âge (à partir de 16 ans, avec un schéma vaccinal à 3 doses) présentant un risque d'exposition cf. chap. 3.1.

¹⁶⁶ Pour les personnes de ≥ 65 ans qui ne sont pas encore vaccinées avec un PCV ou uniquement avec le PCV13 (plus d'un 1 an auparavant) : une dose unique avec PCV20 ou PCV21.

Si déjà vaccinées avec le PCV15 (il y a ≥ 1 an) une dose unique de PCV21.

¹⁷⁷ 2 doses (à 2 mois d'intervalle) de vaccin sous-unitaire adjuvanté.

¹⁸⁸ Pour la vaccination de toutes les personnes âgées de ≥ 75 ans et pour les personnes âgées de ≥ 65 ans ayant au moins un autre facteur de risque, il faut privilégier l'utilisation d'un vaccin antigrippal à dose élevée.

Introduction

Le plan de vaccination est élaboré selon un cadre analytique rigoureux [5] par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en collaboration avec la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) – incluant des spécialistes en pédiatrie, en médecine générale, en médecine interne, en gynécologie, en maladies infectieuses, en épidémiologie et en santé publique [6]. Il est remis à jour régulièrement et adapté en fonction du développement de nouveaux vaccins, de l'évolution des connaissances concernant leur efficacité et leur sécurité, des modifications de la situation épidémiologique en Suisse et de la réflexion concertée des groupes d'experts internationaux dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les recommandations contenues dans ce plan visent à obtenir une protection optimale de la population et de chaque individu. Une vaccination n'est recommandée que si son bénéfice, en termes de maladies évitées et de leurs complications, dépasse largement le risque d'effets indésirables liés aux vaccins.

Le plan de vaccination suisse paraît au premier trimestre de chaque nouvelle année, indépendamment de modifications éventuelles. La structure du document est organisée en fonction des groupes cible par âge pour les vaccinations recommandées de base et complémentaires (*chap. 1*), du statut vaccinal (*vaccinations de rattrapage recommandées de base et complémentaires, chap. 2*) et des groupes à risque (*chap. 3*).

Niveaux de recommandation

Le bénéfice potentiel des vaccinations est soigneusement évalué pour ce qui est de la santé individuelle et de la santé publique par l'OFSP, en collaboration avec la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Cette évaluation tient compte de nombreux paramètres. Elle permet d'identifier les vaccins qui sont d'une grande utilité en matière de santé publique. De la même façon, il est possible de déterminer les vaccins, dont les bénéfices individuels dépassent ceux de la santé publique.

En conséquence, on distingue les quatre niveaux de recommandation suivants [7] :

1. Les vaccinations recommandées de base, indispensables à la santé individuelle **et** publique, conférant un niveau de protection indispensable au bien-être de la population et devant être recommandées par les médecins à tous leurs patients, selon les modalités du Plan de vaccination suisse. Un objectif leur est assigné en termes de couverture vaccinale ;

2. Les vaccinations recommandées complémentaires, conférant une protection individuelle optimale, destinées à ceux qui souhaitent se protéger contre des risques bien définis. La protection individuelle est ici prépondérante. Les médecins doivent informer leurs patients de ces vaccinations complémentaires et les leur recommander, selon les modalités du Plan de vaccination suisse ;

3. Les vaccinations recommandées pour les groupes ou les situations à risque associés à un risque accru de complications, d'infections invasives, d'exposition ou de transmission par rapport à la population générale. Elles sont identifiées comme susceptibles d'apporter un bénéfice pour l'objectif vaccinal par groupe ou situation, justifiant que les médecins fassent les efforts nécessaires pour atteindre ces personnes à risque et leur recommander ces vaccinations, selon les modalités du Plan de vaccination suisse ;

4. Les vaccinations sans recommandation d'utilisation, parce qu'elles n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation formelle ou parce que leur évaluation ne démontre pas un bénéfice suffisant pour qu'elles fassent l'objet d'une recommandation.

Certaines vaccinations peuvent se retrouver dans plusieurs catégories de recommandation. Par exemple, les vaccinations contre l'hépatite B appartiennent aux catégories 1 et 3, les vaccinations contre les pneumocoques figurent dans les catégories 1, 2 et 3 en fonction du groupe-cible.

Les recommandations des catégories 1, 2 et 3 font l'objet d'une analyse déterminant l'intérêt pour la santé publique d'une demande d'inscription dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; art. 12a). [8].

Prise en charge des coûts des vaccinations (recommandées) publiées dans le plan de vaccination

Des informations concernant la prise en charge des vaccinations et des vaccins par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) sont désormais disponibles sur la page « Mesures médicales de prévention » de l'OFSP www.bag.admin.ch/aos-prevention.

En règle générale, les vaccinations recommandées de base et complémentaires ne sont inscrites dans le plan de vaccination suisse qu'à partir du moment où leur coût est pris en charge par l'AOS ou dans le cadre d'un programme cantonal de vaccination. Il existe des exceptions pour les vaccinations figurant dans le plan de vaccination pour les groupes à risque et/ou les situations à risque (cf. page « Mesures médicales de prévention »).

Définitions importantes

Primovaccination : nombre de doses de vaccin nécessaires à induire une protection et une immunité mémoire.

Rappel vaccinal : dose de vaccin destinée à prolonger la protection en réactivant l'immunité mémoire.

Règle concernant la définition des âges ou tranches d'âge : âge de 12 mois signifie du 1^{er} anniversaire à la veille du 13^e mois ; 4–7 ans signifie du 4^e anniversaire à la veille du 8^e anniversaire.

1. Vaccinations / immunisation passive recommandées de base et complémentaires par groupe d'âge

Introduction

Les vaccinations recommandées pour la population générale sont indiquées ci-après par groupe d'âge. L'objectif vaccinal conditionne le choix du niveau de recommandation : vaccination de base ou vaccination complémentaire (cf. chap. Niveaux de recommandation).

- **Vaccinations recommandées de base** : pour les enfants et les adolescents, le plan de vaccination suisse prévoit les vaccinations de base contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, les infections invasives par *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, les pneumocoques, la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle et les papillomavirus humains (HPV). Comme pour les vaccins de base, l'immunisation passive des nourrissons contre le VRS est essentielle pour la santé individuelle et publique et est affectée à cette catégorie de recommandations.

Pour les adultes, le plan de vaccination prévoit des rappels réguliers contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche à l'âge de 25 ans.

- **Vaccinations recommandées complémentaires** : pour les enfants et les adolescents, le Plan de vaccination suisse prévoit les vaccinations complémentaires contre les rotavirus et les méningocoques des groupes B et A, C, W et Y. La vaccination complémentaire contre les papillomavirus humains (HPV) est recommandée aux adultes de 20 à 26 ans qui n'ont pas encore été vaccinés contre les HPV. Les vaccins contre les pneumocoques, le zona (herpès zoster), le COVID-19 et l'influenza (grippe saisonnière) sont recommandés à titre complémentaire pour les personnes de plus de 65 ans.

1.1 Âge de 0–3 ans

Vue d'ensemble des vaccinations et des schémas de vaccination recommandés pour les nourrissons et les enfants en bas âge (0–3 ans)

Jusqu'à 18 mois, les vaccinations et les âges d'administration suivants sont recommandés :

- **Contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, les maladies invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B et les pneumocoques**, un schéma de vaccination à trois doses, soit une dose aux âges de 2, 4 et 12 mois s'applique à tous les nourrissons sans facteurs de risque pour la vaccination (vaccination combinée). Niveau de recommandation : vaccination de base [9–11].
- **Contre les rotavirus**, un schéma de vaccination à deux doses, soit une dose de vaccin oral aux âges de 2 et 4 mois, s'applique à tous les nourrissons. Niveau de recommandation : vaccination complémentaire [12].
- **Contre les méningocoques du séro groupe B**, un schéma de vaccination à trois doses, soit une dose aux âges de 2–3, 4–5 et 12–18 mois, s'applique à tous les nourrissons. Niveau de recommandation : vaccination complémentaire [13].
- **Contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y**, la vaccination est recommandée pour tous les enfants sans facteurs de risque à l'âge de 12–18 mois. Le nombre de doses dépend du vaccin utilisé (schéma de vaccination à une ou deux doses). Niveau de recommandation : vaccination complémentaire [13].
- **Contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle**, la vaccination est recommandée pour tous les nourrissons à raison d'une dose à l'âge de 9 et 12 mois. Niveau de recommandation : vaccination de base [14, 15].

Le plan de vaccination ne prévoit normalement pas de vaccination entre 19 mois et 3 ans.

Vaccinations de rattrapage, cf. chap. 2

L'immunisation passive des nouveau-nés et nourrissons **contre le VRS** via la vaccination maternelle ou les anticorps monoclonaux, voir chapitre 1.1.a.

Principes fondamentaux de mise en œuvre des vaccinations DTP_a-IPV-Hib-HBV, PCV et RORV au cours des deux premières années [9] :

- L'administration à temps des vaccins hexavalent et contre les pneumocoques à l'âge de 12 mois est d'une grande importance.
- Les trois vaccins recommandés à l'âge de 12 mois (1 dose DTP_a-IPV-Hib-HBV, 1 dose PCV, 1 dose RORV) peuvent être administrés simultanément lors d'une même consultation ou répartis sur deux consultations séparées par un court intervalle. Les vaccinations DTP_a-IPV-Hib-HBV et contre les pneumocoques doivent être terminées avant l'âge de 13 mois. Le rappel (3^e dose) DTP_a-IPV-Hib-HBV peut être effectué avant l'âge de 12 mois, mais pas avant l'âge de 11 mois pour des raisons de maturation du système immunitaire, et au plus tôt 6 mois après la 2^e dose. Selon l'évaluation du risque individuel d'exposition à la rougeole, l'administration de la 2^e dose de RORV est possible entre l'âge de 12 et 15 mois.

- Si un nourrisson a déjà reçu la 2^e dose de vaccin DTP_a-IPV-Hib-HBV avant l'âge de 4 mois, une 3^e dose doit être administrée 1 mois plus tard et une 4^e dose à 12 mois.
- Les nourrissons vaccinés avec une dose de vaccin DTP_a-IPV-Hib-(HBV) à l'âge de 6 mois selon les recommandations en vigueur jusqu'en 2018 doivent continuer de recevoir une 4^e dose dès l'âge de 12 mois pour une protection vaccinale complète (intervalle minimal après la 3^e dose : 6 mois).

a) Virus respiratoire syncytial (VRS) (immunisation passive par la vaccination maternelle ou par anticorps monoclonaux)

Depuis l'automne 2024, une dose unique d'anticorps monoclonal (AcM) à longue durée d'action est recommandée chez les nourrissons au cours de leur 1^{re} année de vie en tant qu'immunisation passive contre les infections à virus respiratoire syncytial (VRS) [1]. De plus, depuis l'automne 2025, la vaccination maternelle est recommandée comme deuxième option préventive permettant aux nourrissons nés entre octobre et mars de bénéficier également d'une protection passive contre les infections à VRS grâce aux anticorps maternels transplacentaires [1].

L'objectif est de prévenir les formes graves de la maladie et les hospitalisations liées au VRS chez les nouveau-nés et les nourrissons au cours de leur 1^{re} année de vie pendant la saison du VRS, qui correspond au semestre hivernal.

Différentes options d'immunisation passive des nourrissons sont disponibles en fonction du mois de naissance (prévu), voir également Figure 1 (Algorithme de vaccination des enfants contre le VRS au cours de leur première année de vie) :

- *Mois de naissance (prévu) octobre à mars :* choix entre l'option
 - **Vaccination maternelle** (vaccination durant la grossesse)
 - ou**
 - **Anticorps monoclonal**
 Les deux options sont considérées comme équivalentes.

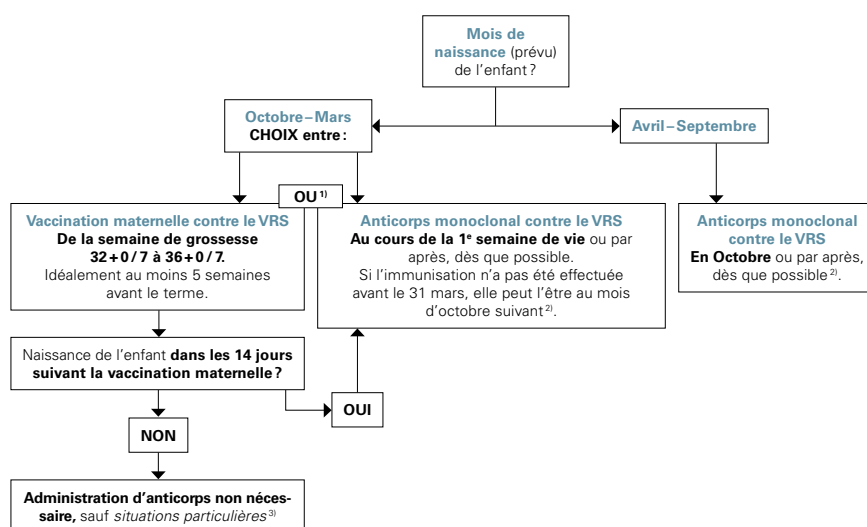
- *Mois de naissance avril à septembre :*
Anticorps monoclonal comme seule option.

Vaccination maternelle : recommandation de vaccination contre le VRS pour les femmes enceintes afin d'assurer l'immunisation passive du nouveau-né dont la date de naissance est prévue entre octobre et mars.

Depuis 2025, la vaccination contre le VRS est recommandée pour les femmes enceintes à partir de 18 ans avec le seul vaccin contre le VRS autorisé pendant la grossesse, Abrysvo® [1]. La vaccination contre le VRS pour les femmes enceintes est actuellement recommandée une seule fois et non à chaque grossesse. Cela s'explique par le manque actuel de données sur la vaccination répétée lors de grossesses consécutives. Lors de grossesses ultérieures, le nourrisson doit, à la place, être protégé à l'aide d'anticorps monoclonaux à longue durée d'action (voir page suivante).

Figure 1

Algorithme de vaccination des enfants contre le VRS au cours de leur première année de vie (selon le mois de naissance (prévu))
État 2026



¹⁾ Les deux options d'immunisation contre le VRS (vaccination maternelle ou anticorps monoclonal) sont considérées comme équivalentes.
Vaccination maternelle non recommandée comme option en cas de vaccination VRS lors de grossesses précédentes.

²⁾ Au plus tard la veille du 1^{er} anniversaire.

³⁾ *Situations particulières* (risque de concentration insuffisante en anticorps maternels) :

- Immunosuppression maternelle, y compris infections par le VIH avec charge virale indétectable,
- Prématurité < 36+0/7 SG, ou

- Risque de perte de l'immunité humorale chez le nourrisson (après pontage cardio-pulmonaire ou oxygénation par membrane extra-corporelle) ou une maladie concomitante qui, selon l'avis du spécialiste traitant, comporte un risque de maladie à VRS potentiellement mortel.

Vaccination maternelle contre le VRS: Schéma et moments recommandés pour la vaccination des femmes enceintes ayant un terme entre octobre et mars [1]

- En l'absence de vaccination contre le VRS lors de grossesses précédentes: 1 dose du vaccin Abrysvo®.
- Vaccination contre le VRS déjà effectuée lors d'une grossesse précédente: pas de vaccination → option anticorps monoclonal pour l'immunisation passive du nouveau-né (voir ci-joint)

Période recommandée de vaccination:

- La vaccination doit être administrée entre les semaines de grossesse (SG) 32 + 0/7 et 36 + 0/7 si le terme se situe entre début octobre et fin mars. Cette période de grossesse permet une transmission maximale des anticorps maternels au fœtus.
- Le vaccin doit idéalement être administré au moins 5 semaines avant le terme afin que suffisamment d'anticorps maternels soient transmis à l'enfant.

Si l'accouchement a lieu dans les 14 jours suivant la vaccination maternelle contre le VRS, le nouveau-né doit également être immunisé avec une dose d'anticorps monoclonal (mAk) à longue durée d'action (voir ci-contre)

Anticorps monoclonal anti-RSV (AcM): Recommandations pour l'administration d'un AcM à longue durée d'action contre le VRS chez les nouveau-nés et les nourrissons au cours de leur 1^{ère} année de vie [1]

Moment d'administration pour:

- **Nourrissons nés entre avril et septembre**
→ Une dose unique d'un AcM à longue durée d'action en octobre ou dès que possible par après.
- **Nouveau-nés nés entre octobre et mars** non protégés par la vaccination maternelle conformément à la recommandation (voir ci-joint). *Exceptions, voir situations particulières ci-dessous.*
→ Une dose unique de l'AcM à longue durée d'action au cours de la 1^{re} semaine de vie, idéalement avant la sortie de la maternité ou de néonatalogie, ou par après dès que possible.
Les nourrissons de moins de 12 mois nés entre octobre et mars qui n'auront reçu encore aucune dose d'un AcM au 31 mars peuvent la recevoir au mois d'octobre suivant (administration possible jusqu'à la veille du 1^{er} anniversaire).

Les nouveau-nés, dont les mères ont reçu Abrysvo® durant leur grossesse conformément aux recommandations, sont considérés comme suffisamment protégés et ne nécessitent pas d'immunisation supplémentaire avec un AcM à longue durée d'action (*exceptions, voir ci-dessous*).

- L'administration se fait par voie intramusculaire en une seule injection.
- Le choix de l'AcM et le dosage dépendent respectivement de l'autorisation et du produit utilisé.
- La dose d'AcM peut être administrée en même temps que les vaccins courants (DTP_a-IPV-Hib-HBV, PCV, vaccins contre les méningocoques, ROR, RORV) à un autre site d'injection (à une distance d'au moins 2,5 cm).

Exceptions: dans les situations particulières suivantes, l'administration d'un AcM est recommandée malgré la vaccination maternelle (risque de concentration insuffisante en anticorps maternels):

- Naissance prématurée < 37 + 0/7 SG;
- Immunosuppression maternelle, y compris infections par le VIH avec charge virale indétectable;
- Risque de perte de l'immunité humorale chez le nourrisson (après traitement par pontage cardiopulmonaire ou oxygénation par membrane extracorporelle) ou en cas de maladie concomitante qui, selon l'avis du médecin spécialiste traitant, comporte un risque de maladie à VRS potentiellement mortel).

Après une infection confirmée par le VRS, l'administration d'un AcM à longue durée d'action n'est plus indiquée au cours de la même saison. Dans des cas particuliers, tels qu'après une perte de l'immunité humorale, l'administration d'un AcM peut être envisagée même après une infection par le VRS.

b) Diphtérie et tétanos (vaccinations de base)

Depuis 2019, la vaccination contre la diphtérie et le tétanos est recommandée selon un schéma à trois doses, à raison d'une dose à 2, 4 et 12 mois (schéma de vaccination « 2 + 1 », vaccin combiné) [9].

c) Coqueluche (vaccination de base)

Depuis 2019, la vaccination contre la coqueluche est recommandée selon un schéma à trois doses, à raison d'une dose à 2, 4 et 12 mois (schéma de vaccination « 2 + 1 ») [9].

L'objectif de la stratégie vaccinale est de prévenir les formes graves de coqueluche dans ce groupe d'âge, qui présente un risque accru de complications (nourrissons, surtout avant leurs six mois) et de réduire la transmission de *Bordetella pertussis* aux enfants qui ne sont pas encore protégés au sein du groupe d'âge 0–3 ans.

Plusieurs études sur l'efficacité dans la population montrent qu'une 1^{re} dose de vaccin protège déjà 50 % des nourrissons contre une forme grave de coqueluche. La 2^e dose augmente significativement cette protection à des valeurs comprises entre 83 et 87 %. La 3^e dose accroît l'efficacité du vaccin à 85–95 % selon les études [9].

Le schéma de vaccination « 2 + 1 » s'applique également pour les nourrissons de moins de 5 mois fréquentant une structure d'accueil. Cependant, le médecin est libre de continuer à appliquer un schéma vaccinal accéléré « 3 + 1 » (4 doses à 2, 3, 4 et 12 mois) en fonction de l'estimation du risque individuel (p. ex. entrée dans une structure d'accueil à 3 mois et demi, l'objectif étant de garantir l'administration de 2 doses avant l'entrée dans cette structure). Ce schéma vaccinal accéléré « 3 + 1 » peut être envisagé pour tous les nourrissons afin d'obtenir une protection vaccinale aussi précoce que possible dans des situations particulières.

Pour la recommandation concernant les prématurés (< 32 + 0/7 SG ou poids de naissance < 1500 g), cf. chap. 3.2. pour les groupes à risque.

d) Poliomyélite (vaccination de base)

Depuis 2019, la vaccination contre la poliomyélite est recommandée selon un schéma à trois doses, à raison d'une dose à 2, 4 et 12 mois (schéma de vaccination « 2 + 1 ») [9]. Les objectifs vaccinaux sont de conférer une protection individuelle contre cette maladie et d'éradiquer l'agent pathogène en assurant une haute couverture vaccinale (> 90 %) de la population mondiale. Tant que la poliomyélite n'aura pas été éradiquée au niveau du globe, le risque d'introduction du virus reste présent. La vaccination de base contre la poliomyélite reste donc recommandée dès l'âge de 2 mois.

Un schéma de vaccination à 2-4-12 mois permet une séro-conversion contre les trois types du poliovirus chez 95 % des nourrissons vaccinés. À l'âge préscolaire, 85–100 % des personnes vaccinées présentent encore des anticorps neutralisants contre les trois types de poliovirus [9, 16]. Hormis pour les prématurés, (cf. chap. 3.2), il n'existe pas de recommandations spécifiques de vaccination pour les groupes à risque dans cette tranche d'âge.

e) *Haemophilus influenzae* de type b (vaccination de base)

Depuis 2019, la vaccination contre les maladies invasives à *Haemophilus influenzae* de type b [9] est recommandée selon un schéma à trois doses, à raison d'une dose à 2, 4 et 12 mois (schéma de vaccination « 2 + 1 », vaccin combiné).

L'objectif de la stratégie vaccinale est de conférer une protection individuelle aux enfants, présentant le risque le plus élevé d'attraper cette maladie en raison de leur âge, et de réduire la diffusion de l'agent pathogène dans ce groupe d'âge.

Un rattrapage de la vaccination Hib est recommandé chez tous les enfants jusqu'à leur 5^e anniversaire. Concernant les schémas pour les vaccinations de rattrapage en fonction de l'âge, cf. tableau 2. Pour la vaccination Hib, il n'existe pas de recommandations spécifiques de vaccination pour les groupes à risque.

f) Hépatite B (vaccination de base)

Depuis 2019, la vaccination de base contre l'hépatite B est recommandée chez les nourrissons avec un vaccin combiné hexavalent DTP_a-IPV-Hib-HBV, à 2, 4 et 12 mois [10]. L'objectif défini du point de vue de la santé publique est que 95 % des jeunes de 16 ans aient reçu la vaccination complète contre l'hépatite B d'ici 2030 [10]. La stratégie actuelle de l'OMS recommande que 90 à 95 % des jeunes enfants reçoivent 3 doses de vaccin contre l'hépatite B. La Suisse n'a pas encore atteint cet objectif, ni directement chez les jeunes enfants (couverture vaccinale de 76 % avec 3 doses à l'âge de 2 ans entre 2020–2022), ni indirectement chez les adolescents (2 doses : 79 % chez les jeunes à l'âge de 16 ans entre 2020–2022 ; cf. aussi *Suivi cantonal de la couverture vaccinale en Suisse*).

Schémas pour les vaccinations de rattrapage en fonction de l'âge, cf. tableau 2.

Recommandations spécifiques pour les groupes à risque cf. chap. 3.1.

g) Pneumocoques (vaccination de base)

Le schéma de vaccination recommandé pour les nourrissons (sans facteur de risque) comprend 3 doses de vaccin (schéma de vaccination « 2 + 1 ») aux âges de 2, 4 et 12 mois [11]. De principe, un vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV), autorisé et remboursé pour le schéma vaccinal, est recommandé pour la vaccination de base. Actuellement, le PCV13 ou le PCV15 sont recommandés comme options vaccinales équivalentes pour le schéma vaccinal à trois doses. État actuel du PCV recommandé par groupe d'âge, cfr Prise de position sur www.cfv.ch [2].

Une série de vaccinations PCV devrait idéalement toujours être complétée avec le même vaccin que celui utilisé initialement. Une série commencée avec le PCV13 peut toutefois être complétée avec le PCV15. Une fois la série de vaccinations terminée, aucune dose supplémentaire avec un PCV de valence plus élevée n'est recommandée.

Si la série de vaccinations d'un nourrisson sans facteur de risque comprend une dose de vaccin PCV20 avant l'âge de 7 mois – contrairement à la recommandation actuelle – la série doit être complétée selon le schéma de vaccination « 3 + 1 » (une dose aux âges de 2, 4, 6 et 12 mois) si l'on souhaite obtenir une réponse immunitaire équivalente au cours de la 1^{re} année de vie.

L'objectif de la vaccination est de prévenir les maladies invasives à pneumocoques chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 3 ans, qui présentent un risque accru en raison de leur âge. Une couverture vaccinale de 80 % chez les enfants de moins de 2 ans permet de surcroît une protection indirecte contre les MIP, même dans les groupes d'âge pour lesquels la vaccination généralisée contre les pneumocoques n'est pas recommandée (immunité collective).

Un rattrapage de la vaccination de base du nouveau-né est recommandé à tous les enfants jusqu'à la veille de leur 5^e anniversaire. Schémas pour les vaccinations de rattrapage en fonction de l'âge, cf. *tableau 2*.

Recommandations spécifiques pour les groupes à risque, cf. *chap. 3.1*.

h) Rotavirus (vaccination complémentaire)

À partir de 2024, la vaccination contre les rotavirus est recommandée pour tous les nourrissons à titre de vaccination complémentaire selon un schéma à 2 doses [12]: 1 dose à 2 mois (dès l'âge de 6 semaines et au maximum jusqu'à l'âge de 15 semaines et 6 jours) et 1 dose à 4 mois (au maximum jusqu'à l'âge de 23 semaines et 6 jours). L'intervalle minimal entre les doses est de 4 semaines. Après la 24^e semaine, la vaccination contre les rotavirus est contre-indiquée. Le vaccin est administré *par voie orale*. Elle n'est pas influencée par la prise concomitante ou non de nourriture, de boisson ou de lait maternel.

L'objectif de la vaccination est la protection individuelle des nourrissons contre les formes graves de la maladie et l'hospitalisation pour cause de gastroentérites à rotavirus entraînant une déshydratation. Le taux d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans non vaccinés est de 251/100 000 en Suisse. L'efficacité de la vaccination est de l'ordre de 81–86 % d'hospitalisations évitées [12].

i) Méningocoques du sérogroupe B chez les nourrissons et les enfants en bas âge (vaccination complémentaire)

Au cours des dernières années (2011–2020), en Suisse, près de la moitié des maladies invasives à méningocoques (MIM) dont les sérogroupe étaient identifiés a été causée par le sérogroupe B [13]. L'incidence la plus élevée concernait les enfants de moins de 5 ans, le sérogroupe B représentant environ 75 % des MIM dans ce groupe d'âge.

À partir de 2024, la vaccination contre les méningocoques du sérogroupe B est désormais recommandée pour tous les nourrissons et les enfants en bas âge à titre de vaccination complémentaire, afin de les protéger de manière optimale contre les MIM causées par le sérogroupe B qui, si elles sont rares, ont cependant fréquemment une évolution grave [13]. Chez les nourrissons, un schéma à 3 doses est recommandé, à raison d'une dose de vaccin à (2–)3, (4–)5 et 12–18 mois. Afin d'éviter la survenue accrue d'éventuels effets indésirables de la vaccination, comme la fièvre, il est recommandé de prévoir des dates distinctes pour la vaccination contre les méningocoques du groupe B. En principe, les doses de la première année de vie peuvent cependant être administrées en même temps que les autres vaccins pour nourrissons à l'âge de 2 et 4 mois. En cas d'administration simultanée de 3 vaccins (DTP_a-IPV-Hib-HBV, PCV et MenB) à 2 et 4 mois, il convient d'envisager l'administration prophylactique de paracétamol pour diminuer le risque de fièvre (20 mg/kg immédiatement après la vaccination puis 6 à 12 h après). Les parents doivent être bien informés des effets indésirables possibles du vaccin, en particulier de la fièvre en cas d'association avec d'autres vaccins, et du comportement à adopter à cet égard.

La 3^e dose du schéma de vaccination pour les nourrissons peut être administrée à l'âge de 12–18 mois en même temps que le vaccin complémentaire contre les méningocoques des sérogroupe A, C, W et Y, au sens d'un « paquet vaccinal contre les méningocoques » (cf. *chap. suivant: Vaccination contre les méningocoques des sérogroupe A, C, W et Y*).

Les vaccinations de rattrapage contre les méningocoques du sérogroupe B sont recommandées jusqu'à la veille du 5^e anniversaire.

Schémas de vaccination recommandés pour la vaccination complémentaire (y compris le rattrapage) contre les méningocoques du sérogroupe B des nourrissons et des jeunes enfants avec 4CMenB

Vaccination complémentaire

- *Début de la vaccination < 12 mois*: 3 doses à l'âge de 3, 5 et 12–18 mois. Intervalle minimal de 2 mois entre les deux premières doses, 3^e dose au plus tôt à partir de l'âge de 12 mois avec intervalle minimal de 6 mois entre la 2^e et la 3^e dose.

Vaccination de rattrapage jusqu'à l'âge < 5 ans

- *Début de la vaccination 12–23 mois*: 3 doses. Intervalle minimal de 2 mois entre les deux premières doses et de 12 mois entre la 2^e et la 3^e dose.
- *Début de la vaccination entre 24–59 mois (jusqu'à < 5 ans)*: 2 doses (à un intervalle minimal de 1 mois)

Recommandations spécifiques pour les groupes à risque, cf. *chap. 3.1*.

j) Méningocoques des sérogroupe A, C, W et Y chez les enfants en bas âge (vaccination complémentaire)

En Suisse, au cours des dernières années (2011–2020), en moyenne près de 60 % des maladies invasives à méningocoques (MIM) dont les sérogroupe étaient connus ont été causées par les sérogroupe C, W et Y [13]. Une grande partie des cas de MIM concerne des nourrissons et des enfants en bas âge.

Depuis 2024, la vaccination complémentaire contre les méningocoques des sérogroupe A, C, W et Y est recommandée aux enfants à l'âge de 12–18 mois, suite de l'extension de l'autorisation pour les vaccins MCV-ACWY. Ceci afin de protéger les enfants en bas âge de manière optimale contre les MIM causées par ces sérogroupe, qui, si elles sont rares, ont cependant fréquemment une évolution grave.

Schéma de vaccination recommandé pour la vaccination complémentaire (y compris le rattrapage) contre les méningocoques des sérogroupe A, C, W, Y des jeunes enfants avec MCV-ACWY

Vaccination complémentaire

- Âge de 12–18 mois: schéma à 1 ou 2 doses, en fonction du vaccin utilisé. En cas de schéma à 2 doses, respecter un intervalle minimal de 2 mois.
- Le vaccin peut être administré en même temps que la 3^e dose de 4CMenB, recommandée pour cette même tranche d'âge (« paquet vaccinal contre les méningocoques ») [13].

Vaccination de rattrapage (jusqu'à l'âge < 5 ans)

- Schéma à 1 ou 2 doses en fonction du vaccin utilisé. En cas de schéma à 2 doses jusqu'à 23 mois, respecter un intervalle minimal de 2 mois. Dès l'âge de 24 mois, schéma à 1-dose pour chacun des deux vaccins.

Recommandations spécifiques pour les groupes à risque, cf. *chap. 3.1*.

k) Rougeole, oreillons et rubéole (ROR) (vaccination de base)

Dans le cadre de l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole en Suisse comme dans le reste du monde (objectif de l'OMS), les médecins doivent poursuivre les efforts nécessaires pour vacciner les nourrissons et les enfants en bas âge en temps voulu.

Depuis 2019, la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est recommandée pour tous les nourrissons, à raison d'une 1^{re} dose à 9 mois et d'une 2^e à 12 mois [14]. Depuis 2023, il convient d'administrer de préférence un vaccin quadrivalent (RORV), qui protège de surcroît contre la varicelle (*cf. chap. suivant*) [15].

Les nourrissons exposés à un cas de rougeole, à une flambée locale, à une épidémie dans leur entourage ou lors d'un voyage dans une zone épidémique recevront leur première dose de vaccin ROR dès l'âge de 6 mois (sans vaccination concomitante contre la varicelle). Les doses administrées avant l'âge de 9 mois ne sont pas prises en compte. En cas de vaccination ROR entre 6 et 8 mois, 3 doses au total sont donc nécessaires pour assurer une protection complète. Dans cette situation, la 2^e dose sera administrée à 9 mois (au minimum 4 semaines après la 1^{re} dose) et la 3^e à 12 mois (en privilégiant un vaccin RORV pour les 2^e et 3^e doses).

l) Varicelle (vaccination de base)

Depuis 2023, la vaccination contre la varicelle est recommandée comme vaccination de base pour tous les nourrissons (2 doses) [15]. Comme pour la vaccination ROR, la 1^{re} dose contre la varicelle est administrée à 9 mois et la 2^e à 12 mois, en privilégiant un vaccin combiné quadrivalent RORV. Si celui-ci n'est pas disponible, il est recommandé d'administrer simultanément un vaccin ROR et un vaccin contre la varicelle sur deux sites d'injection différents (côté gauche et côté droit ou deux fois du même côté en respectant un écart minimal de 2,5 cm).

Objectif: La vaccination de tous les nourrissons contre la varicelle vise à protéger ceux-ci non seulement contre la varicelle mais également, à long terme, contre un zona (herpès zoster), qui survient plus tard dans la vie [17, 18]. Des études internationales menées dans au moins 45 pays, recommandant la vaccination générale des nourrissons contre la varicelle depuis de nombreuses années, montrent que la diminution de la circulation des virus sauvages obtenue grâce à la vaccination de routine contre la varicelle ne se traduit pas par une augmentation de l'incidence du zona. De plus, les vaccins combinés RORV autorisés et disponibles en Suisse depuis 2007 facilitent la vaccination pour les enfants, leurs parents et les médecins [15].

1.2 Âge de 4–10 ans

a) Diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite
(vaccinations de base)

À l'âge de 4–7 ans, un rappel contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la poliomyélite avec un vaccin combiné DTP_a-IPV est recommandé. Tous les enfants doivent le recevoir, indépendamment du schéma de vaccination utilisé au cours de leur première année, si possible à l'entrée dans le premier niveau primaire obligatoire.

Depuis 2015, en cas de pénurie d'approvisionnement en vaccins combinés DTP_a-IPV, il est recommandé d'utiliser les vaccins combinés dTp_a-IPV avec un dosage réduit d'anatoxine diphtérique et d'antigène coquelucheux pour les vaccinations de rappel des enfants *complètement vaccinés** selon le plan de vaccination. Ceci permet une plus grande flexibilité en cas de difficultés d'approvisionnement.

* « Enfants *complètement vaccinés* avec un vaccin DTP_a-IPV avant l'âge de 4 ans » signifie que ces enfants ont reçu :

- au total 4 doses de DTP_a-IPV (Hib-HBV) si la 1^{re} dose a été administrée avant 6 mois **et** selon l'ancien schéma de vaccination « 3 + 1 » (3 doses avant 12 mois, et la 4^e au cours de la 2^e année de l'enfant) ;
- au total 3 doses de DTP_a-IPV (Hib-HBV) si la 1^{re} dose a été administrée à partir de 6 mois **ou** à partir de 2 mois selon le schéma de vaccination « 2 + 1 ».

Vaccin IPV : La vaccination avec au moins trois doses d'IPV est associée à une protection à long terme [16], de sorte qu'aucune autre vaccination IPV n'est nécessaire après la vaccination de rappel entre 4 et 7 ans, en l'absence de risque d'exposition [19].

Une vaccination complète contre la poliomyélite pendant l'enfance comprend :

- 5 doses au total, si 3 doses sont reçues au cours de la première année de vie (schéma vaccinal « 3 + 1 ») et 2 doses en dehors de la première année de vie
- 4 doses au total, si 2 doses sont reçues au cours de la première année de vie (schéma de vaccination « 2 + 1 ») et 2 doses en dehors de la première année de vie.

1.3 Âge de 11–15 ans

a) Diphtérie, tétanos et coqueluche (vaccinations de base)

Un rappel contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche avec un vaccin dTp_a est recommandé pour tous les jeunes de 11–15 ans [20].

b) Hépatite B (vaccination de base)

Même si, depuis 2019, la vaccination contre l'hépatite B est pratiquée de préférence chez les nourrissons, elle reste néanmoins expressément recommandée pour les jeunes non vaccinés de 11–15 ans. Elle consiste en l'administration de 3 doses de vaccin monovalent pour enfants aux temps 0, 1, 6 mois ou de 2 doses de vaccin monovalent pour adultes aux temps 0 et 4–6 mois. Ce schéma à « 2 doses adultes » peut être appliqué sans limite d'âge si la 1^{re} dose a été administrée entre le 11^e et le 16^e anniversaire.

c) Maladies causées par des papillomavirus humains (HPV) (vaccination de base)

La vaccination contre les maladies causées par les HPV est recommandée depuis 2007. Elle visait d'abord à prévenir les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus [21]. En raison de l'accumulation des preuves et de la hausse de l'incidence des autres cancers associés aux HPV (cancers oropharyngés et anogénitaux), la vaccination de base concerne désormais les garçons comme les filles [22]. L'objectif de vaccination est augmenté de 80 % à 90 % pour la vaccination de base des filles et des garçons jusqu'à l'âge de 14 ans. Cela est conforme à la *stratégie d'élimination du cancer du col de l'utérus de l'OMS*.

Le vaccin 9-valent contre les HPV protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, et présente une efficacité spécifique très élevée pouvant aller jusqu'à 90 %, en fonction du type de HPV [23]. La durée de protection est d'au moins dix ans.

Pour une efficacité optimale, la vaccination devrait idéalement être terminée avant le début de l'activité sexuelle. Cependant, si une infection a été acquise avant la vaccination, cette dernière protège encore d'une infection contre les autres types de virus couverts par le vaccin et peut même être efficace contre une réinfection [24]. La vaccination est donc indiquée même après le début de l'activité sexuelle.

Les principes de vaccination suivants s'appliquent :

- un schéma à 2 doses peut être appliqué pour les jeunes de 11–14 ans pour autant que la première dose de vaccin soit administrée avant le 15^e anniversaire [21, 23] ; l'intervalle recommandé entre les deux doses est de 6 mois ;
- lorsque la vaccination débute à 15 ans ou plus ou est administrée à des jeunes (11–14 ans) qui présentent un déficit immunitaire (maladie ou traitement immunosuppresseur), le schéma de vaccination à 3 doses (0, 2, 6 mois) est indiqué [22] ;
- le vaccin contre les HPV peut être administré en même temps que les autres vaccins indiqués à ces âges-là, dont le vaccin contre l'hépatite B (contrairement aux informations fournies dans la notice).

Un rattrapage de la vaccination de base est recommandé pour tous les jeunes (non ou incomplètement vaccinés) de 15–19 ans (jusqu'au 20^e anniversaire ; cf. chap. 2).

d) Méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y et du séroroupe B chez les jeunes (vaccination complémentaire)

La vaccination contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y, est recommandée que l'on ait ou non déjà été vacciné dans la petite enfance. En outre, depuis 2024, la vaccination complémentaire contre le séroroupe B est recommandée pour tous les jeunes de 11–15 ans [13]. Au cours des dernières années (2011–2020), presque tous les cas de maladies invasives à méningocoques (MIM) dont les sérogroupes étaient identifiés étaient causés en Suisse par les sérogroupes B, C, W ou Y. Les jeunes entre 15 et 19 ans ont, après les nourrissons, la deuxième incidence spécifique à l'âge la plus élevée de Suisse, et sont donc proportionnellement plus nombreux à présenter une MIM [13].

La vaccination a pour but de leur conférer une protection individuelle optimale contre les formes rares, mais souvent sévères des MIM dues à ces sérogroupes.

Schéma de vaccination recommandé pour la vaccination complémentaire contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W, Y avec MCV-ACWY chez les adolescent.e.s de 11–15 ans

- 1 dose MCV-ACWY

Schéma de vaccination recommandé pour la vaccination complémentaire contre les méningocoques du séroroupe B avec 4CMenB chez les adolescent.e.s de 11–15 ans

- 2 doses 4CMenB, avec un intervalle minimal d'un mois

Ces deux vaccins peuvent être administrés simultanément et également en même temps que tous les autres vaccins recommandés pour ce groupe d'âge ; la vaccination de rattrapage est possible jusqu'au 20^e anniversaire [13].

1.4 Âge de 16–64 ans

a) Diphtérie, tétanos et coqueluche (vaccinations de base)

Pour les personnes de 16–64 ans qui ont reçu une vaccination de base complète, un rappel contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche avec un vaccin combiné dTp_a est recommandé à 25 ans [20]. Des rappels supplémentaires contre la diphtérie et le tétanos seront administrés à 45 ans et à 65 ans [25], soit à un intervalle de 10 ans entre deux vaccinations dT à l'âge de 16–24 ans et de 20 ans à l'âge de 25–64 ans. L'âge auquel un rappel a été administré détermine l'intervalle entre deux vaccinations : si une personne a été vaccinée à 16–24 ans, le rappel suivant sera recommandé 10 ans plus tard ou, si elle a été vaccinée entre 25–64 ans, 20 ans plus tard.

Des intervalles plus courts que 10 ans ou 20 ans entre deux vaccinations dT peuvent être indiqués en cas de situation à risque (p.ex. en cas d'exposition connue, de séjour dans des régions de haute endémie de diphtérie ou d'accès limité aux soins).

Une personne de 25 ans jusqu'alors non vaccinée contre la coqueluche recevra aussi une dose de vaccin dTp_a (intervalle minimal par rapport à la dernière dose contre le tétanos : 2 ans, voire moins en cas de situation à risque, cf. chap. 3.1). À partir de l'âge de 26 ans, il n'y a normalement plus de recommandations de rappels contre la coqueluche. Toutefois, des recommandations particulières s'appliquent à tout âge aux personnes (p.ex. futurs parents, personnel de la santé, grands-parents) qui sont en contact régulier avec des nourrissons de < 6 mois afin de protéger de manière indirecte les jeunes nourrissons (cf. chap. 3.1).

b) Vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) chez les jeunes adultes de 20 à 26 ans (vaccination complémentaire)

Le vaccin 9-valent, qui protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, est recommandé pour tous les groupes cibles. Les vaccinations débutées avec le vaccin 2- ou 4-valent sont complétées avec le vaccin 9-valent [23].

Schéma de vaccination complémentaire contre les HPV (jeunes adultes de 20–26 ans, première dose avant le 27^e anniversaire)

- 3 doses aux temps 0, 2 et 6 mois

La vaccination contre les HPV des jeunes adultes de 20 à 26 ans fait partie des vaccinations recommandées complémentaires visant à assurer une protection individuelle optimale, lorsqu'aucun vaccin n'a été administré à l'adolescence [22]. Le schéma de vaccination indiqué comprend trois doses aux temps 0, 2 et 6 mois. Les jeunes adultes qui ont déjà eu des relations sexuelles doivent également être vaccinés, le vaccin étant actif contre les HPV, quel que soit leur type, qui n'ont pas encore causé d'infection et protégeant par ailleurs contre les réinfections [24]. Néanmoins, l'utilité de cette vaccination diminue avec le nombre de partenaires sexuels antérieurs à la vaccination, car le risque d'avoir été infecté par un ou plusieurs des HPV couverts par le vaccin augmente (raison pour laquelle il est préférable de vacciner les jeunes de 11–14 ans).

1.5 Âge ≥ 65 ans

a) Diphtérie et tétanos (vaccinations de base)

Pour les personnes de ≥ 65 ans qui ont reçu une vaccination de base complète contre la diphtérie et le tétanos (au moins 3 doses), un rappel est recommandé à 65 ans, puis une dose tous les 10 ans [25].

À partir de 65 ans, l'intervalle des rappels n'est plus de 20 ans, mais de 10 ans en raison de la persistance réduite des anticorps chez les personnes âgées. Si une dose a été administrée avant cet âge, un intervalle de 20 ans est à respecter jusqu'au rappel suivant.

b) Zona (herpès zoster; vaccination complémentaire)

Les personnes immunocompétentes âgées de 65 ans et plus bénéficient de la vaccination contre le zona, car la fréquence et le degré de sévérité du zona et de ses complications sont plus élevés dans cette tranche d'âge [26].

Schéma de vaccination complémentaire contre le zona (herpès zoster)

- Personnes immunocompétentes âgées de 65 ans et plus: 2 doses du vaccin sous-unitaire adjuvanté (Shingrix®) aux temps 0 et 2 mois. Ce principe s'applique aussi aux personnes qui ont reçu précédemment le vaccin à virus vivant atténué (Zostavax®).
- Un intervalle minimum de 2 mois est recommandé entre une dose de vaccin vivant atténué et la première dose du vaccin sous-unitaire adjuvanté inactivé.
- Il faut attendre qu'un zona aigu soit guéri avant d'administrer un vaccin sous-unitaire adjuvanté.

Depuis 2022, il existe un vaccin sous-unitaire adjuvanté contre le zona (Shingrix®), qui est recommandé en tant que vaccination complémentaire [26]. Il est recommandé indépendamment du fait que la personne à vacciner ait déjà eu la varicelle et/ou un zona par le passé ou qu'elle se soit déjà faite vacciner contre le zona (herpès zoster) avec un vaccin vivant (Zostavax®). Il n'est pas nécessaire de réaliser une sérologie pour tester l'immunité à l'égard du virus varicelle-zona avant une vaccination contre le zona.

Il est à noter que cette vaccination contre le zona n'est destinée ni à la prévention de la varicelle ni au traitement du zona ou des névralgies post-zostériennes.

Recommandations spécifiques pour les groupes à risque, cf. chap. 3.1.

c) Influenza ou grippe saisonnière (vaccination complémentaire)

La vaccination annuelle contre la grippe saisonnière est recommandée aux personnes de ≥ 65 ans à titre complémentaire, en premier lieu à des fins de protection individuelle. Les personnes de ≥ 65 ans présentent un risque accru de forme grave. La vaccination doit être effectuée de préférence entre la mi-octobre et le début de la vague de grippe. Pour toutes les personnes âgées de ≥ 75 ans ainsi que les personnes âgées de ≥ 65 ans présentant un facteur de risque supplémentaire, il faut privilégier l'utilisation d'un vaccin antigrippal à dose élevée par rapport au vaccin standard (cf. chap. 3.1).

d) Pneumocoques (vaccination complémentaire)

Depuis 2024, une dose unique d'un vaccin conjugué contre les pneumocoques (PCV), autorisé et remboursé, est recommandée comme vaccination complémentaire pour toutes les personnes de 65 ans et plus [27]. Depuis l'automne 2025, un autre vaccin de valence plus élevée, le PCV21, est autorisé en plus des vaccins PCV15 et PCV20 pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Le PCV20 et le PCV21 sont considérés comme options vaccinales équivalentes [2].

État actuel du PCV recommandé par groupe d'âge, cf. Prise de position sur www.cfv.ch.

L'objectif de la stratégie de vaccination complémentaire en fonction de l'âge est la protection individuelle contre les MIP et contre les pneumonies à pneumocoques communautaires. Ces dernières représentent, en termes quantitatifs, la majorité des formes sévères de maladies à pneumocoques. Les personnes âgées de ≥ 65 ans sont les plus touchées par les maladies à pneumocoques par rapport à tous les autres groupes d'âge, et l'âge de ≥ 65 ans est en l'occurrence un facteur de risque en soi. Le risque de développer une forme sévère est encore plus élevé chez les personnes de ≥ 65 ans atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

L'efficacité d'une dose de PCV chez les personnes de ≥ 65 ans est de 75 % contre les MIP et de 46 % contre les pneumonies à pneumocoques causées par les sérotypes couverts par le vaccin [27].

Schéma de vaccination et vaccins conjugués actuellement recommandés, voir page 16.

Schéma de vaccination et vaccins conjugués anti-pneumococciques (PCV) actuellement recommandés [2] pour la vaccination complémentaire contre les pneumocoques chez les personnes de 65 ans et plus

- *Aucune dose de vaccin PCV administrée jusqu'à présent: 1 dose de PCV20 ou de PCV21 (options équivalentes).*

Pour couvrir les sérotypes supplémentaires (**pas** en tant que rappel), une dose complémentaire unique des vaccins suivants est recommandée pour les personnes de 65 ans et plus déjà vaccinées avec le PCV13 ou le PCV15:

- *Déjà vaccinée uniquement avec le PCV13: 1 dose de PCV21 ou de PCV20, si la dose de vaccin PCV13 remonte à ≥ 1 an.*
- *Déjà vaccinée avec le PCV15: 1 dose de PCV21 si la dose de vaccin PCV 15 remonte à ≥ 1 an.*
- *Déjà vaccinée avec un PCV de valence plus élevée que le PCV15 à l'âge de ≥ 65 ans: actuellement pas de dose supplémentaire de vaccin PCV recommandée.*

Depuis 2014, le vaccin polysaccharidique 23-valent (PPV23) n'est plus recommandé.

- *Jusqu'à présent uniquement vaccinée avec un vaccin polysaccharidique (PPV23) (il y a ≥ 12 mois): 1 dose d'un PCV de valence supérieure.*

État actuel des PCV recommandés par groupe d'âges, cf. Prise de position sur www.cfv.ch.

e) SARS-CoV-2 (COVID-19, vaccination complémentaire)
La vaccination contre le COVID-19 est recommandée en automne/hiver (idéalement entre mi-octobre et décembre) pour toutes les personnes à partir de 65 ans à titre de vaccination complémentaire [28].

L'objectif est la protection individuelle des personnes de 65 ans et plus présentant un risque accru d'évolution grave d'une infection à SARS-CoV2 en raison de leur âge. La vaccination consiste en une dose et a lieu au plus tôt six mois après la dernière dose contre le COVID 19 ou une infection confirmée au SARS-CoV-2. La recommandation vaut indépendamment du nombre de doses déjà reçues ou des antécédents d'infections.

Si disponible, un vaccin adapté aux variants circulants est recommandé de manière préférentielle.

2. Rattrapage des vaccinations recommandées de base et complémentaires

Toutes les vaccinations recommandées de base doivent faire l'objet de rattrapages: rattrapages des vaccinations éventuellement manquantes contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (quel que soit l'âge), contre Hib et les pneumocoques (chez les enfants de moins de 5 ans), contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (chez les personnes nées après 1963), contre la varicelle (chez les personnes non immunes, non vaccinées ou partiellement vaccinées, de moins de 40 ans), contre l'hépatite B (chez

tous les adolescent.e.s de < 16 ans, ainsi que chez les adultes présentant un risque d'exposition, quel que soit leur âge), et contre les HPV (jusqu'au 20^e anniversaire).

Les vaccinations de rattrapage sont recommandées pour les vaccinations complémentaires suivantes: vaccinations éventuellement manquantes contre les méningocoques du sérotype B et des sérotypes A, C, W et Y (respectivement jusqu'au 5^e et au 20^e anniversaire) ainsi que contre les pneumocoques chez les personnes de ≥ 65 ans (si elles n'ont pas encore été vaccinées avec un vaccin conjugué de valence plus élevée).

2.1 Schémas pour les vaccinations de rattrapage chez les enfants et les adultes non vaccinés (cf. Tableau 2)

Les retards de vaccinations représentent un risque sérieux pour les nourrissons, en particulier en ce qui concerne la coqueluche, les maladies invasives dues à *Haemophilus influenzae* de type b, et les pneumocoques.

Le seul vaccin bivalent contre la diphtérie et le tétanos autorisé en Suisse pour la vaccination des adolescent.e.s et des adultes n'est pas disponible. Des recommandations de remplacement pour le vaccin dT [29] sont publiées sur le site de l'OFSP: www.bag.admin.ch/approvisionnementvaccins.

Les vaccinations de rattrapage recommandées avec les vaccins combinés DTPa-IPV(-Hib-HBV) ou dTp_a-IPV pour les enfants et adultes non vaccinés, en fonction de l'âge au moment de la première vaccination (cf. aussi tableau 2), sont les suivantes:

- **Début de la vaccination entre l'âge de 3 et 5 mois:** 3 doses aux temps 0, 2 et 8 mois (DTP_a-IPV-Hib-HBV); 4^e dose entre 4 et 7 ans (DTP_a-IPV ou dTp_a-IPV); 5^e dose entre 11 et 15 ans (dTp_a).
- **Début de la vaccination entre l'âge de 6 et 11 mois:** 3 doses aux temps 0, 1 et 8 mois (DTP_a-IPV-Hib-HBV); 4^e dose entre 4 et 7 ans (DTP_a-IPV ou dTp_a-IPV); 5^e dose entre 11 et 15 ans (dTp_a).
- **Début de la vaccination entre l'âge de 12 et 14 mois:** 3 doses aux temps 0, 2 (DTP_a-IPV-Hib) et 8 mois (DTP_a-IPV); 4^e dose entre 4 et 7 ans (DTP_a-IPV ou dTp_a-IPV); 5^e dose entre 11 et 15 ans (dTp_a).
- **Début de la vaccination entre l'âge de 15 mois et 4 ans:** 3 doses aux temps 0 (DTP_a-IPV-Hib), 2 et 8 mois (DTP_a-IPV); 4^e dose – au plus tôt 2 ans après la 3^e dose – entre 4 et 7 ans (DTP_a-IPV ou dTp_a-IPV); 5^e dose entre 11 et 15 ans (dTp_a).
- **Début de la vaccination entre l'âge de 5 et 7 ans:** 3 doses aux temps 0, 2 et 8 mois (DTP_a-IPV); 4^e dose – au plus tôt 2 ans après la 3^e dose – entre 11 et 15 ans (dTp_a-IPV).
- **Début de la vaccination entre l'âge de 8 et 10 ans:** 3 doses aux temps 0, 2 (dTp_a-IPV) et 8 mois (dT-IPV, sans la composante coqueluche), 4^e dose – au plus tôt 2 ans après la 3^e dose – entre 11 et 15 ans (dTp_a-IPV).
- **Début de la vaccination entre l'âge de 11 et 25 ans:** 3 doses aux temps 0 (dTp_a-IPV), 2 et 8 mois (dT-IPV, sans la composante coqueluche).
- **Dès l'âge de 26 ans:** 3 doses (dT(p_a)-IPV) aux temps 0, 2 et 8 mois, la 1^{re} avec un dTp_a-IPV s'ils sont en contact avec des nourrissons < 6 mois, les deux suivantes avec un vaccin dT-IPV. Les rappels dT sont à effectuer tous les 20 ans jusqu'au 65^e anniversaire, puis tous les 10 ans.

Schéma de rattrapage de la vaccination contre Haemophilus influenzae de type b (Hib)

Le rattrapage de la vaccination contre *H. influenzae* de type b est recommandé jusqu'au 5^e anniversaire. Le nombre de doses dépend de l'âge au moment de la première injection de vaccin :

- Début entre l'âge de **3 et 5 mois** : 2 doses à 2 mois d'intervalle, puis 1 dose de rappel en principe à 12 mois, mais avec un intervalle minimum de 6 mois entre la 2^e et la 3^e dose.
- Début entre l'âge de **6 et 11 mois** : 2 doses à 1 mois d'intervalle, puis 1 dose de rappel avec un intervalle minimum de 6 mois entre la 2^e et la 3^e dose.
- Début entre l'âge de **12 et 14 mois** : 2 doses à 2 mois d'intervalle.
- Début entre l'âge de **15 et 59 mois** (<5 ans) : 1 dose unique.

Schéma de rattrapage de la vaccination contre les pneumocoques chez les enfants de <5 ans

Le rattrapage de la vaccination contre les pneumocoques selon l'âge avec un vaccin antipneumococcique conjugué autorisé et pris en charge est recommandé jusqu'au 5^e anniversaire. Situation actuelle concernant les vaccins recommandés par groupe cible, voir la prise de position sur www.cfv.ch. Le nombre de doses dépend de l'âge au moment de la première injection de vaccin :

- Début entre l'âge de **3 et 5 mois** : 2 doses à 2 mois d'intervalle, puis 1 dose de rappel en principe à 12 mois, mais avec un intervalle minimum de 6 mois entre la 2^e et la 3^e dose.
- Début entre **6 et 11 mois** : 2 doses à 1 mois d'intervalle puis 1 dose de rappel après un intervalle de temps minimum de 6 mois entre la 2^e et 3^e dose.
- Début entre **12 et 23 mois** : 2 doses à intervalle minimum de 2 mois.
- Début entre **24 et 59 mois** (<5 ans) : 1 dose unique

Vaccination de rattrapage contre les HPV

Le rattrapage de la vaccination contre les HPV est recommandé pour les adolescent.e.s de 15 à 19 ans non ou incomplètement vacciné.e.s. Il est recommandé d'utiliser le vaccin 9-valent [23]. La vaccination complète à cet âge comporte 3 doses à 0, 2 et 6 mois. Si le schéma vaccinal a été interrompu, il suffit d'administrer les doses manquantes avec le vaccin 9-valent, sans reprendre à zéro, quels que soient la durée d'interruption et le vaccin utilisé lors de la dernière injection, mais en respectant les intervalles minimaux de 1 mois entre la 1^{re} et la 2^e dose et de 4 mois entre la 2^e et la 3^e dose.

Vaccination de rattrapage ROR

Un rattrapage vaccinal ROR est recommandé pour toute personne née après 1963 [14]; ceci est particulièrement important dans le cadre de l'élimination de la rougeole en Suisse comme dans le monde. Les personnes nées avant 1964 ayant très probablement contracté la rougeole et étant donc immunes, une vaccination n'est plus nécessaire. La vaccination de rattrapage chez les personnes non vaccinées comprend toujours 2 doses ROR, avec un intervalle minimum de 4 semaines entre les doses. De manière générale, deux doses doivent avoir été documentées pour chacune des trois composantes du vaccin. Ces recommandations concernent particulièrement les membres du personnel médical et soignant, pour leur propre protection et la protection des patients. Dans les hôpitaux, il existe en outre un risque d'infections nosocomiales. L'existence d'une

immunité à la rougeole, la rubéole ou les oreillons ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation d'un vaccin ROR. Le cas échéant, les anticorps éventuellement présents au moment de la vaccination neutralisent immédiatement les virus vaccinaux. Une vérification de la sérologie post-vaccinale n'est pas recommandée (les résultats faussement négatifs sont fréquents et les méthodes de laboratoire courantes ne sont généralement pas appropriées pour contrôler l'immunité vaccinale). Si une vaccination contre la varicelle est simultanément indiquée, il convient d'utiliser de préférence un vaccin quadrivalent RORV [15].

Vaccination de rattrapage contre la varicelle

Une vaccination de rattrapage est recommandée pour tous les adultes de <40 ans et, depuis 2023, pour tous les enfants et adolescent.e.s non vacciné.e.s ou partiellement vacciné.e.s n'ayant pas d'anamnèse de varicelle [15]. Pour les personnes non vaccinées, quel que soit leur âge, le schéma de vaccination comprend 2 doses à administrer à un intervalle d'au moins 4 semaines, et pour les personnes ayant déjà reçu 1 dose de vaccin contre la varicelle, 1 dose unique.

De manière générale, aucune sérologie VZV n'est recommandée ni avant ni après l'injection d'un vaccin contre la varicelle, ni même pour les vaccinations de rattrapage. Il n'y a qu'en cas de doutes quant à l'anamnèse de varicelle et/ou aux vaccinations antérieures qu'une sérologie avec recherche des anticorps IgG spécifiques de la varicelle peut être envisagée afin de clarifier le statut immunitaire chez les personnes immunodéficientes ou dans des situations particulières (p. ex. adulte ayant une forte probabilité d'immunité). Chez les personnes non encore vaccinées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, la vaccination de rattrapage contre la varicelle doit être effectuée, dans la mesure du possible, avec un vaccin combiné quadrivalent RORV. Pour les personnes non immunisées âgées de 40 ans et plus, une vaccination contre la varicelle peut être recommandée dans certaines situations à risque (cf. chap. 3.1., point m).

Vigilance particulière concernant la vaccination des femmes en âge de procréer contre la rubéole, la rougeole, les oreillons et la varicelle

Étant donné que les vaccinations avec des vaccins vivants (ROR, varicelle, RORV) sont contre-indiquées pendant la grossesse, il importe d'accorder une attention particulière à l'immunité contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle des femmes en âge de procréer.

Toutes les femmes en âge de procréer sans preuve d'une vaccination ROR complète (=2 doses) et/ou pour lesquelles les données anamnestiques positives de varicelle ou de vaccination contre la varicelle (=2 doses) manquent, devraient être vaccinées systématiquement **avant** la grossesse. À la différence de la varicelle, les données anamnestiques de vaccination ou de maladies ne sont pas fiables pour la rougeole, les oreillons et la rubéole et ne doivent pas être prises en compte [30]. De manière explicite, une vérification de la sérologie post-vaccinale après une vaccination complète n'est **pas** recommandée (résultats parfois faussement négatifs. Cf. également chap. 3.2.b)

Tableau 2

Schémas pour les vaccinations de rattrapage chez les enfants et les adultes *non vaccinés*

(vaccinations recommandées de base et complémentaires)

État : 2026

Vaccin Âge actuel	Nombre de doses ¹⁾	Primovaccination (intervalles, mois)	Premier rappel (intervalle après la première dose, en mois)	Prochains rappels (âge)
DTP_a				
3–5 mois	5	0, 2	8	4–7 ans ^{3) 4)} , 11–15 ans
6–11 mois	5	0, 1 ²⁾	8	4–7 ans ^{3) 4)} , 11–15 ans
12 mois–3 ans	5	0, 2	8	4–7 ans ^{3) 4)} , 11–15 ans
4–7 ans	4	0, 2	8	11–15 ans ^{3) 5)}
dTP_a / dT ⁶⁾				
8–10 ans	4	0 (dTP _a), 2 (dTP _a)	8 (dT)	11–15 ans (dTP _a) ³⁾
11–24 ans	3	0 (dTP _a), 2 (dT)	8 (dT)	25 ans (dTP _a) ⁵⁾
25 ans	3	0 (dTP _a), 2 (dT)	8 (dT)	45 ans (dT) ⁵⁾
26–64 ans ⁵⁾	3	0 (dT), 2 (dT)	8 (dT)	65 ans (dT) ⁵⁾
≥ 65 ans	3	0 (dT), 2 (dT)	8 (dT)	tous les 10 ans (dT) ⁵⁾
IPV ⁷⁾				
3–5 mois	4	0, 2	8	4–7 ans ^{3) 7)}
6–11 mois	4	0, 1 ²⁾	8	4–7 ans ^{3) 7)}
12 mois–3 ans	4	0, 2	8	4–7 ans ^{3) 7)}
4–7 ans	4	0, 2	8	11–15 ans ^{3) 7)}
8–10 ans	4	0, 2	8	11–15 ans ^{3) 7)}
≥ 11 ans et adultes	3	0, 2	8	
Hib				
3–5 mois	3	0, 2	8	
6–11 mois	3	0, 1	8	
12–14 mois	2	0, 2		
15–59 mois (< 5 ans)	1	0		
≥ 5 ans	0 ⁸⁾			
HBV ⁹⁾				
3–5 mois	3 ¹⁰⁾	0, 2 ¹⁰⁾	8 ¹⁰⁾	
6–11 mois	3 ¹⁰⁾	0, 1 ¹⁰⁾	8 ¹⁰⁾	
11–15 ans	2 ¹¹⁾	0	4–6	
≥ 16 ans et adultes	3 ¹²⁾	0, 1	6	
Pneumocoques (PCV)				
3–5 mois	3	0, 2	8	
6–11 mois	3	0, 1	8	
12–23 mois	2	0, 2		
24–59 mois (< 5 ans)	1	0		
5–64 ans	0 ¹³⁾			
≥ 65 ans	1 ¹³⁾			
ROR ¹⁴⁾				
12 mois–18 ans	2	0, ≥ 1		
Adultes nés après 1963 ¹⁵⁾	2	0, ≥ 1		
Adultes nés avant 1964	0			
Varicelle ^{14) 16)}				
12 mois–< 40 ans	2	0, ≥ 1		
HPV ¹⁷⁾				
15–19 ans (adolescent.e.s)	3	0, 2	6	
Méningocoques B				
4–11 mois	3	0, 2	8	
12–23 mois	3	0, 2	14 ¹⁸⁾	
24–59 mois (< 5 ans)	2	0, 1		
16–19 ans	2	0, 1		
Méningocoques ACWY				
19–59 mois (< 5 ans)	1 ou 2 ¹⁹⁾	0, 2		
16–19 ans	1			

¹⁾ Nombre de doses nécessaires à l'établissement d'une immunité persistante ou pouvant être réactivée par un rappel (dT).

²⁾ Intervalle d'un mois pour accélérer la protection.

³⁾ Au minimum 2 ans après la dernière dose reçue.

⁴⁾ On peut effectuer les rappels avec une dose plus faible d'anatoxine diphtérique (d) et de coqueluche (p_a) dès le 4^e anniversaire.

- ⁵⁾ À 25 ans, administrer une dose unique de dTp_a. Puis rappels dT supplémentaires tous les 20 ans jusqu'au 65^e anniversaire puis tous les 10 ans. Avant d'administrer une dose de dT, il convient d'évaluer un éventuel contact avec des nourrissons <6 mois et d'examiner l'indication d'une dose de rappel contre la coqueluche (dTp_a). Le rattrapage des vaccinations de rappel non effectuées n'est pas nécessaire. *Voyageurs*: des intervalles plus courts entre les vaccins dT peuvent être indiqués en fonction des situations à risque (p. ex. exposition avec un cas, voyage dans une région de haute endémie de diphtérie, accès limité aux soins).
- ⁶⁾ Première dose de rattrapage toujours dTp_a jusqu'à 25 ans, pour les personnes non vaccinées contre la coqueluche mais partiellement vaccinées contre diphtérie et/ou tétanos, cf. *tableau 3*.
- ⁷⁾ Des rappels supplémentaires contre la poliomyélite sont nécessaires pour les personnes exposées à un risque accru. Cela concerne les voyageurs dans des pays endémiques pour la poliomyélite ou dans des pays présentant un risque d'exposition au poliovirus (recommandations pour les voyageurs disponibles sur www.healthytravel.ch ou [19]), ainsi que les personnes travaillant avec des poliovirus.
- ⁸⁾ La vaccination n'est plus indiquée après le 5^e anniversaire chez les enfants ne présentant pas de facteurs de risque (immunité naturelle).
- ⁹⁾ Chez les nourrissons, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée de préférence avec un vaccin combiné hexavalent. La vaccination est expressément recommandée entre 11 et 15 ans pour les personnes non encore vaccinées contre l'hépatite B.
- ¹⁰⁾ Le schéma de vaccination indiqué s'applique à un vaccin hexavalent. À cet âge, la vaccination de base contre l'hépatite B (HBV) peut également être effectuée avec 3 doses de vaccin monovalent (0, 1, 6 mois).
- ¹¹⁾ La vaccination des adolescent.e.s de 11–15 ans est possible en 2 doses (intervalle minimum 4–6 mois) avec les vaccins autorisés (dosage pour adultes) pour ce schéma. La vaccination en 3 doses (aux temps 0, 1 et 6 mois) avec un vaccin monovalent (dosage pour enfants) est également possible.
- ¹²⁾ Vaccination de rattrapage pour les personnes de ≥ 16 ans avec un risque d'exposition, cf. *chap 3.1.c*.
- ¹³⁾ Une vaccination antipneumococcique n'est pas indiquée chez les personnes sans facteurs de risque entre le 5^e anniversaire et l'âge de 64 ans. Une dose de PCV20 ou de PCV21 est recommandée pour toutes les personnes de ≥ 65 ans qui n'ont pas encore été vaccinées avec un PCV ou seulement avec le PCV13. Si une personne âgée de ≥ 65 ans a déjà été vaccinée avec le PCV15, une dose unique supplémentaire avec le PCV21 est recommandée. État actuel du PCV recommandé par groupe d'âge, cf. *Prise de position sur www.cfv.ch*. Si la vaccination a été effectuée exclusivement avec un vaccin polysaccharidique (PPV23, non recommandé depuis 2014), une dose unique supplémentaire avec un vaccin PCV de valence supérieure est recommandée avec un intervalle d'au moins 12 mois après PPV23.
- ¹⁴⁾ Si une vaccination ROR et une vaccination contre la varicelle sont indiquées au même moment, administrer de préférence un vaccin combiné quadrivalent RORV. Autre possibilité: administrer un vaccin ROR et un vaccin contre la varicelle sur 2 sites d'injection différents (côté gauche et côté droit ou même côté en respectant un écart d'au moins 2,5 cm). La 2^e dose doit être administrée au plus tôt à l'âge de 12 mois et avec un intervalle minimal de 4 semaines après la 1^{re} dose.
- ¹⁵⁾ La vaccination de rattrapage est recommandée à tous les adultes non vaccinés nés après 1963. Elle ne doit pas être administrée en cas de grossesse connue, mais un test de grossesse préalable n'est pas nécessaire.
- ¹⁶⁾ La vaccination de rattrapage contre la varicelle est recommandée à toutes les personnes non vaccinées ou partiellement vaccinées âgées de <40 ans et qui n'ont pas d'anamnèse de varicelle. Une sérologie n'est généralement pas recommandée pour la varicelle. En cas d'anamnèse incertaine ou de statut vaccinal incertain, une sérologie peut être envisagée pour les personnes immunosupprimées ou lors de situations spécifiques (p. ex. adultes ayant une forte probabilité d'immunité). Pour certaines situations à risque (par ex. professionnels de la santé), la vaccination contre la varicelle est également recommandée pour les personnes ≥ 40 ans sans immunité contre la varicelle (anamnèse négative, sérologie négative).
- ¹⁷⁾ Le rattrapage de la vaccination contre les HPV est recommandé aux jeunes de 15–19 ans (schéma à 3 doses). Si le schéma vaccinal a été commencé avec un vaccin 2-valent ou 4-valent, il faut compléter les doses manquantes avec le vaccin 9-valent. Pour la vaccination complémentaire des jeunes adultes de 20–26 ans, cf. *chap. 1.4*.
- ¹⁸⁾ Début de la vaccination à l'âge de 12–23 mois avec 4CMenB: intervalle minimum de 12 mois entre les doses 2 et 3.
- ¹⁹⁾ Selon le vaccin utilisé, 1 ou 2 doses sont nécessaires à l'âge de 19–23 mois. À partir de 24 mois, 1 dose pour chacun des deux vaccins.

Vaccination de rattrapage contre les méningocoques

La vaccination contre les méningocoques chez les nourrissons et les enfants en bas âge, d'une part, et chez les jeunes, d'autre part, sont deux vaccinations recommandées, indépendantes l'une de l'autre. Les vaccinations de rattrapage ne concernent donc que le groupe d'âge visé, quelles que soient les vaccinations antérieures.

Un rattrapage des vaccinations contre les méningocoques du sérotype B et des sérotypes A, C, W et Y recommandées chez les nourrissons et les enfants en bas âge est prévu jusqu'au 5^e anniversaire.

Un rattrapage des vaccinations contre les méningocoques du sérotype B et des sérotypes A, C, W et Y recommandées chez les 11–15 ans est prévu jusqu'au 20^e anniversaire.

Le schéma de rattrapage correspond au schéma de vaccination normalement recommandé par groupe d'âge et selon le vaccin utilisé (cf. aussi *tableau 2*).

Vaccination de rattrapage contre les pneumocoques chez les personnes de ≥ 65 ans

Si, jusqu'alors, une personne de ≥ 65 ans n'a été vaccinée qu'avec un vaccin polysaccharidique 23-valent, l'administration d'une dose d'un vaccin PCV de valence plus élevée est recommandée (intervalle minimal de 12 mois).

Si une personne de ≥ 65 ans n'a été vaccinée jusqu'à présent qu'avec le PCV13, une dose unique supplémentaire de PCV21 ou de PCV20 est recommandée, si la dose de vaccin PCV13 remonte à ≥ 1 an. Ceci afin d'obtenir une couverture d'un plus grand nombre de sérotypes.

Si une personne âgée de ≥ 65 ans a été vaccinée avec le PCV15, une dose unique supplémentaire de PCV21 est recommandée, si la dose de vaccin PCV15 remonte à ≥ 1 an.

État actuel du PCV recommandé par groupe d'âge, cf. *Prise de position sur www.cfv.ch*.

2.2 Schémas pour les vaccinations de rattrapage DTP_a-IPV chez les enfants incomplètement vaccinés (cf. *tableau 3*)

La situation dans laquelle une vaccination a été initiée puis interrompue est fréquente. Elle ne nécessite **pas** de recommencer une vaccination depuis le début. La vaccination de rattrapage des enfants partiellement vaccinés doit tenir compte de l'âge actuel, du nombre de doses déjà reçues, et de l'âge auquel les vaccinations précédentes ont été effectuées. Le nombre maximal de doses de vaccin à rattraper ne doit jamais dépasser le nombre de doses nécessaires au rattrapage d'une personne du même âge non vaccinée.

Exemple: un enfant de 8 ans devrait avoir reçu un total de 5 doses de DTP_a-IPV pour qu'une vaccination initiée à 2 mois et prévoyant 3 doses durant la première année soit complète. Le nombre maximal de doses à rattraper est cependant limité à 3 doses, comme pour un enfant de 8 ans non vacciné, dont seulement 2 avec une composante coqueluche.

L'établissement d'un plan de rattrapage est complexe lorsque la vaccination a été irrégulière ou partielle. Les schémas figurant dans le *tableau 3* servent d'aide à la décision et sont donnés à titre indicatif pour le rattrapage de la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite des enfants partiellement vaccinés: ils indiquent également le nombre maximal de doses de vaccin contre la coqueluche à rattraper.

En cas de statut vaccinal inconnu, il est recommandé de donner une première dose de vaccin DTP_a (-IPV; +/-Hib; +/-HBV) ou dTp_a (-IPV) en fonction de l'âge puis de contrôler les anticorps contre l'anatoxine tétanique pour déterminer la suite de la vaccination (0 à 2 doses supplémentaires). On peut alternativement considérer empiriquement les enfants comme non vaccinés, et se référer au *tableau 2*.

Les enfants complètement vaccinés contre la diphtérie et le tétanos mais pas du tout ou incomplètement contre la coqueluche devraient recevoir au maximum 1 dose de vaccin DTP_a ou dTp_a supplémentaire, à un intervalle d'au moins 1 mois après la dernière dose de DT/dT. La poursuite de la vaccination se fait selon le schéma du plan de base (dTp_a à 11–15 ans ou à 25 ans).

Un rattrapage de la vaccination contre la coqueluche n'est recommandé aux adolescent.e.s à jour pour dT (y compris la dose à 11–15 ans) qu'aux conditions suivantes : < 5 doses de coqueluche (< 4 ou < 3 doses si la primovaccination a débuté à partir de 12 mois, respectivement ≥ 4 ans) et pas de vaccination contre la coqueluche après l'âge de 8 ans et un intervalle de plus de 2 ans depuis le dernier dT.

Tableau 3

Schémas pour les vaccinations de rattrapage DTP_a-IPV chez les enfants *incomplètement* vaccinés

Valable pour les enfants vaccinés selon le schéma « 3 + 1 » appliqué aux nourrissons

Pour les enfants vaccinés selon le schéma « 2 + 1 » recommandé depuis 2019, cf. la note de bas de page 2.

État : 2026

Vaccin Âge actuel	Doses ¹⁾ (total / max / max P _a)	Intervalles (mois)	Prochains rappels (âge)
DTP_a, IPV 6–11 mois ²⁾ 12–14 mois ²⁾ ≥ 15 mois–3 ans ²⁾	3/3/3 ³⁾ 3/3/3 ³⁾ 4/3/3 ³⁾	0, 1, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	4–7 ans ^{5) 6)} 4–7 ans ^{5) 6)} 4–7 ans ^{5) 6) 7)}
DTP_a/dT-IPV 4–7 ans – 1 ^{re} dose < 6 mois – 1 ^{re} dose ≥ 6 mois	5/3/2 ^{3) 8)} 4/3/2 ^{3) 8)}	0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	11–15 ans ⁹⁾ 11–15 ans ⁹⁾
dTp_a/dT-IPV ¹⁰⁾ 8–10 ans – 1 ^{re} dose < 6 mois – 1 ^{re} dose ≥ 6 mois	5/3/2 ^{3) 11)} 4/3/2 ^{3) 11)}	0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	11–15 ans ^{7) 9)} 11–15 ans ^{7) 9)}
dTp_a/dT-(IPV) 11–15 ans – 1 ^{re} dose < 6 mois – 1 ^{re} dose 6 mois–3 ans – 1 ^{re} dose ≥ 4 ans	6/3/1 ^{3) 12)} 5/3/1 ^{3) 12)} 4/3/1 ^{3) 12)}	0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾ 0, 2, 8 ⁴⁾	à 25 ans (dTp _a) ¹³⁾ à 25 ans (dTp _a) ¹³⁾ à 25 ans (dTp _a) ¹⁴⁾

¹⁾ total / max / max P_a = Total des doses recommandées en principe à un âge donné / nombre maximum de doses à rattraper à un âge donné (ne devant pas dépasser celles nécessaires au rattrapage d'une personne non vaccinée) / nombre maximum de doses de vaccin contre la coqueluche à rattraper à un âge donné. Exemple : un enfant de 8 ans devrait avoir reçu un total de 5 doses pour qu'une vaccination initiée à 2 mois soit complète. Le nombre de doses à rattraper est cependant limité à 3 doses, dont seulement 2 avec une valence coqueluche.

²⁾ Pour les enfants vaccinés selon le schéma « 2 + 1 » recommandé depuis 2019 :

– Âge 6–11 mois : total de 2 doses, schéma 0, 1 mois, date du premier rappel 8 mois (vaccin hexavalent). Prochaine dose de rappel 4–7 ans.

– Âge 12 mois–3 ans : 3/3/3 (total / max / max P_a) doses, intervalles 0, 2, 8 mois (vaccin hexavalent), prochaine dose de rappel 4–7 ans.

³⁾ En cas de statut vaccinal inconnu, donner une première dose de vaccin DTP_a/dT_a puis contrôler les anticorps contre l'anatoxine tétanique pour déterminer la suite de la vaccination. Alternativement, considérer empiriquement ces enfants comme non vaccinés (cf. *tableau 2*). Les enfants à jour pour DT mais pas pour la coqueluche peuvent recevoir au maximum une dose de vaccin DTP_a ou dTp_a supplémentaire.

⁴⁾ Un intervalle de 6 mois avant l'administration de la dernière dose est recommandé pour une protection de longue durée (réactivation de la mémoire immunologique).

⁵⁾ Pour les rappels à partir de l'âge de 4 ans, on peut vacciner avec une dose plus faible d'anatoxine diphtérique (d) et de coqueluche (p_a).

⁶⁾ Rappel dTp_a à 11–15 ans, puis selon le *tableau 1*. Nombre total de doses : coqueluche 6 doses et poliomyélite 5 doses (si la vaccination a débuté avant l'âge de 6 mois). Le rattrapage des vaccinations de rappel non effectuées n'est pas nécessaire.

⁷⁾ Minimum 2 ans depuis la dernière dose.

⁸⁾ Les enfants ayant reçu ≤ 3 doses de vaccin contre la coqueluche reçoivent 2 doses de dTp_a (mais maximum 1 dose s'ils sont à jour pour DT) puis 0–1 dose de DT éventuellement manquante.

⁹⁾ La vaccination de rappel est effectuée avec un vaccin dTp_a. Une vaccination de rattrapage contre la coqueluche n'est recommandée aux adolescent.e.s à jour pour dT (y compris la dose due à 11–15 ans) qu'aux conditions suivantes : < 5 doses de coqueluche (< 4 ou < 3 doses si la primovaccination a débuté à partir de 12 mois, respectivement ≥ 4 ans) et pas de vaccination contre la coqueluche après l'âge de 8 ans et un intervalle de plus de 2 ans depuis le dernier dT. Nombre total de doses de vaccin contre la poliomyélite : 5 doses.

¹⁰⁾ On vaccine avec une dose plus faible d'anatoxine diphtérique (d) et de coqueluche (p_a) dès le 8^e anniversaire.

¹¹⁾ Les enfants ayant reçu ≤ 3 doses de vaccin contre la coqueluche reçoivent au maximum 2 doses de dTp_a puis 0–1 dose de dT éventuellement manquante.

¹²⁾ Les jeunes ayant reçu < 5 doses de vaccin contre la coqueluche (0, 1, 2, 3, 4) reçoivent au maximum 1 dose de dTp_a puis 0–2 doses de dT éventuellement manquantes.

¹³⁾ Nombre total de doses contre la poliomyélite : 5 doses (3 doses si primovaccination ≥ 11 ans). Puis rappels dTp_a/dT selon le *tableau 1*. Le rattrapage des vaccinations de rappel non effectuées n'est pas nécessaire.

¹⁴⁾ Nombre total de doses contre la poliomyélite : 4 doses (3 doses si primovaccination ≥ 11 ans). Puis rappels dTp_a/dT selon le *tableau 1*. Le rattrapage des vaccinations de rappel non effectuées n'est pas nécessaire.

2.3 Schémas pour les vaccinations dT(p_a)-IPV chez les adultes *incomplètement* vaccinés ou au statut vaccinal inconnu (cf. tableau 4)

Rattrapage de la vaccination contre dT : vu l'indisponibilité du vaccin dT, on recommande d'administrer soit un vaccin dT-IPV, soit un vaccin dTp_a(-IPV) selon le *tableau 4* et les recommandations de remplacement dT [29], cf. *Approvisionnement en vaccins*.

Les situations dans lesquelles une vaccination a été initiée puis interrompue est fréquente. Elle ne nécessite pas de

repandre une vaccination depuis le début. La vaccination de rattrapage des adultes (≥ 16 ans) partiellement vaccinés doit tenir compte du nombre de doses reçues et parfois du délai depuis la dernière dose (vaccination dT).

Le *tableau 4* indique le schéma vaccinal dT et dTp_a en fonction de l'âge, des vaccins dT déjà administrés et de l'intervalle depuis la dernière dose de T. Il est recommandé d'effectuer un rattrapage de vaccination contre la coqueluche chez les adultes qui n'auraient pas été vaccinés à 25 ans si ceux-ci sont en contact régulier avec des nourrissons <6 mois [20].

Tableau 4

Schémas pour les vaccinations de rattrapage dT(p_a)-IPV chez les adultes *incomplètement* vaccinés ou au statut vaccinal inconnu

État : 2026

Vaccination contre la diphtérie (d) ¹⁾, le tétanos (T) ¹⁾, la coqueluche (-p_a), la poliomyélite (-IPV) ²⁾

Âge 16–24 ans		Âge 25 ans		Âge 26–64 ans		Âge ≥65 ans			
Anamnèse inconnue	1× dT-IPV*, puis sérologie ³⁾		1× dTp _a -IPV, puis sérologie ³⁾		1× dT-IPV*, puis sérologie ³⁾		1× dT-IPV*, puis sérologie ³⁾		
Anamnèse (d)T connue ⁴⁾ , âge à la 1 ^{re} dose	Intervalle depuis la dernière dose de T		Intervalle depuis la dernière dose de T		Intervalle depuis la dernière dose de T		Intervalle depuis la dernière dose de T		
<1 an	total	<10 ans	≥10 ans	<2 ans	≥2 ans	<20 ans	≥20 ans	<10 ans	≥10 ans
≥6 doses		0*	0*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT ^{2)*}
5 doses		0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT*
4 doses**		1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT	1× dTp _a -IPV	1× dTp _a -IPV, 1× dT	1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT	1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT
3 doses**		2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV*		2× dT-IPV*	
0–2 doses		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV*		3× dT-IPV*	
1–6 ans	total	<10 ans	≥10 ans	<2 ans	≥2 ans	<20 ans	≥20 ans	<10 ans	≥10 ans
≥4 doses		0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT*
3 doses**		1× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV		1× dT-IPV*		1× dT-IPV*	
2 doses**		2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV*		2× dT-IPV*	
0–1 dose		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV*		3× dT-IPV*	
>6 ans	total	<10 ans	≥10 ans	<2 ans	≥2 ans	<20 ans	≥20 ans	<10 ans	≥10 ans
≥3 doses		0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT *
2 doses		1× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV		1× dT-IPV*		1× dT-IPV *	
1 dose		2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV *		2× dT-IPV *	
0 dose		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV *		3× dT-IPV *	
Prochain rappel ²⁾									
Vaccination de base	dT _p a à 25 ans		dT dans 10 ans si rappel a eu lieu à <25 ans				dT dans 20 ans si rappel a eu lieu à <65 ans,		
			dT dans 20 ans si rappel a eu lieu à ≥25 ans				dT dans 10 ans si rappel a eu lieu à ≥65 ans		

¹⁾ L'intervalle entre les doses de dT(-IPV) : 2 doses aux temps 0 et 6 mois ; 3 doses aux temps 0, 2, 8 mois.

²⁾ La vaccination de base contre la poliomyélite nécessite 3–5 doses selon l'âge au moment de la vaccination. Des rappels supplémentaires contre la poliomyélite sont nécessaires pour les personnes exposées à un risque accru d'exposition. Cela concerne les voyageurs dans des pays endémiques pour la poliomyélite ou dans des pays présentant un risque d'exposition au poliovirus (recommandations pour les voyageurs disponibles sur www.healthyswitzerland.ch ou [19]) ainsi que les personnes travaillant avec des poliovirus.

³⁾ Si des vaccinations (dT-IPV antérieures sont probables mais non documentées, administration d'une dose de dT(p_a)-IPV puis contrôle des anticorps antitétaniques quatre semaines après l'injection, afin de déterminer la suite des vaccinations (+0, 1 ou 2 doses). Alternativement : considérer la personne comme non vaccinée et administrer 3 doses (1× dT(p_a)-IPV plus 2× dT-IPV) aux temps 0, 2, 8 mois.

⁴⁾ En cas de différence entre le nombre de doses de vaccin administrées contre la diphtérie et le tétanos, tenir compte des doses de vaccin contre le tétanos pour déterminer la suite de la vaccination.

* 1× comme dTp_a(-IPV) si contacts réguliers avec des nourrissons âgés de <6 mois et si la dernière dose de vaccin contre la coqueluche remonte à 10 ans et plus. Respecter un intervalle minimum de 4 semaines après le dernier vaccin T.

** Le rattrapage des vaccinations de rappel non effectuées n'est pas nécessaire.

3. Vaccinations recommandées pour les groupes à risque/les situations à risque

Définition «groupes à risque»/«situations à risque»

Un groupe à risque/une situation à risque sont définis comme présentant un risque accru de complications, d'infections invasives, d'exposition ou de transmission par rapport à la population générale. Toutes les vaccinations recommandées de base et complémentaires sont également à prendre en considération pour les groupes à risque (cf. *tableau 1*).

Les vaccinations recommandées pour les groupes à risque et les situations à risque sont présentées

- par agent pathogène/maladie infectieuse (*chap. 3.1*)
- par maladies chroniques/facteurs de risque augmentant le risque de complications et de maladies invasives (*chap. 3.2*)
- par groupes de population à risque accru d'exposition ou de transmission en lien avec des agents pathogènes spécifiques (*chap. 3.3*)

3.1 Par agent pathogène/maladie infectieuse

Recommandations par agent pathogène publiées séparément du plan de vaccination

- Vaccination contre le mpox, État septembre 2022 (*LIEN*)
- Vaccination contre le VRS chez l'adulte, État septembre 2025 (*LIEN*).

Des informations concernant la prise en charge des vaccinations et des vaccins par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) sont disponibles sur la page « Mesures de prévention » de l'OFSP www.bag.admin.ch/aos-prevention.

a) FSME ou encéphalite à tiques (méningo-encéphalite verno-estivale) : vaccination pour les personnes à risque accru d'exposition

À l'exception du Tessin, l'ensemble de la Suisse est considéré comme zone à risque [31, 32].

La vaccination est désormais recommandée pour tous les adultes et enfants en général dès 3 ans (avant 2024, à partir de 6 ans), habitant ou séjournant temporairement dans une zone à risque [31, 32]. S'il existe un risque accru d'exposition aux tiques, l'indication à la vaccination peut être posée au cas par cas pour les enfants âgés de 1–2 ans. Le vaccin est autorisé dès l'âge d'un an. Une vaccination n'est pas nécessaire pour les personnes qui ne présentent pas de risque d'exposition.

L'âge à partir duquel la vaccination est généralement recommandée a été abaissé de 6 à 3 ans, car bien que les formes graves de la maladie restent rares chez les enfants, des cas sévères ont été rapportés. En outre, des revues de la littérature indiquent une probable sous-notification des cas pédiatriques, due possiblement à une proportion plus élevée d'infections subcliniques. Une infection même bénigne par le virus de l'encéphalite à tiques dans l'enfance peut entraîner des troubles cognitifs persistants à moyen/long terme [33, 34].

Schéma de vaccination contre la FSME (en fonction du vaccin choisi)

- 3 doses aux temps 0, 1, 6–12 mois (en respectant l'intervalle entre la 2^e et la 3^e dose selon l'autorisation de mise sur le marché du vaccin utilisé).
- Les deux vaccins actuellement disponibles permettent de vacciner selon un schéma de vaccination rapide comprenant un intervalle réduit à 14 jours entre les deux premières doses de vaccin (cf. *information professionnelle*).
- Le dosage du vaccin dépend de l'âge de la personne et doit être adapté, pour chacun des vaccins, à l'âge au moment de la vaccination (cf. *information professionnelle*).
- Une dose de rappel est recommandée tous les 10 ans.

b) Hépatite A : vaccination pour les personnes à risque accru de complications ou d'exposition

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée en prévention primaire dès l'âge d'un an pour les personnes suivantes [35] :

- Personnes avec une maladie hépatique chronique ;
- Voyageurs à destination de pays de moyenne et haute endémicité ;
- Enfants originaires de pays de moyenne et haute endémicité qui vivent en Suisse et retournent dans leur pays pour des séjours temporaires (voir la *dernière prise de position de l'OMS* sur l'HBA pour la classification des pays endémiques) ;
- Usagers de drogues ;
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ;
- Personnes en contact professionnel étroit avec des usagers de drogues ;
- Personnes en contact professionnel étroit avec des personnes en provenance de pays de haute endémicité ;
- Travailleurs des canalisations et des stations d'épuration ;
- Personnel de laboratoire travaillant avec du virus de l'hépatite A.

Le vaccin contre l'hépatite A peut aussi être administré en prévention secondaire dans les 7 jours après l'exposition [35].

Schéma de vaccination contre l'hépatite A

- 2 doses (aux temps 0 et 6 mois)

Les indications de la vaccination contre l'hépatite A recoupant souvent celles de la vaccination contre l'hépatite B, il convient de considérer la vaccination combinée chaque fois que l'indication à vacciner contre l'une ou l'autre est posée.

Schéma de vaccination avec un vaccin combiné contre les hépatites A et B

- Enfants de 1 à 15 ans : 2 doses administrées à un intervalle minimal de 6 mois
- Dès 16 ans : 3 doses (aux temps 0, 1 et 6 mois)

c) Hépatite B : vaccination pour les personnes à risque accru de complications, d'exposition et/ou de transmission

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée, indépendamment de l'âge, chez les personnes à risque accru de complications, d'exposition et/ou de transmission [10]. Le schéma de vaccination dépend de l'âge ainsi que du risque d'exposition/de complications.

Personnes à risque accru de complications :

- Nouveau-nés (quel que soit l'âge gestationnel) de mères Ag HBs positives ;
- Personnes atteintes d'une maladie hépatique chronique ;
- Personnes présentant une immunodéficience, y compris une immunosuppression médicamenteuse.

Personnes à risque accru d'exposition et/ou de transmission :

- Personnes dialysées ;
- Personnes hémophiles ;
- Usagers de drogues ;
- Personnes changeant souvent de partenaires sexuels ;
- Personnes consultant pour une maladie sexuellement transmissible ;
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ;
- Personnes ayant des contacts étroits avec des personnes Ag HBs positives ;
- Personnel médical et personnel soignant ; personnel de laboratoire d'analyses médicales (*cf. chap. 3.3*) ;
- Travailleurs sociaux, personnel des prisons et de la police en contact fréquent avec des usagers de drogues ;
- Personnes incarcérées ;
- Personnes présentant des troubles mentaux et personnel des institutions concernées ;
- Personnes provenant de zones d'endémie intermédiaire à haute (prévalence d'HBsAG $\geq 5\%$), voir site de l'OMS « *hepatitis cases and deaths (who.int)* : Prévalence par pays ;
- Voyageurs en zone d'endémie, en contact étroit avec la population (séjours de longue durée ou avec activités à risque).

Schémas de vaccination contre l'hépatite B

- *Nouveau-nés (quel que soit l'âge gestationnel) de mères Ag HBs positives* : 1^{re} dose de vaccin monovalent et immunoglobulines de l'hépatite B (immunisation passive) administrées simultanément à la naissance. Vaccin monovalent à utiliser aussi pour la 2^e dose à l'âge de 1 mois, vaccin combiné hexavalent pour les 3^e et 4^e doses à l'âge de 2 et 12 mois. Il est indispensable d'effectuer une sérologie (anti-HBs) 1 mois après la dernière dose. La dose recommandée pour les nourrissons âgés de 4 mois peut être administrée avec le vaccin pentavalent.
- *Nouveau-nés de mères avec seulement anti-HBc positif mais Ag HBs négatif* : 3 doses à l'âge de 2, 4 et 12 mois (vaccin combiné hexavalent) ; l'immunisation active et passive à la naissance n'est pas nécessaire.
- *Nourrissons* : 3 doses à 2, 4 et 12 mois avec le vaccin hexavalent (vaccination recommandée de base).
- *Prématurés (naissance < 32 0/7 SG ou poids de naissance < 1500 g)* : 4 doses à l'âge de 2, 3, 4, et 12 mois (vaccin hexavalent).
- *Enfants de 1 à 10 ans* : 3 doses aux temps 0, 1 et 6 mois (vaccin monovalent) ou 2 doses aux temps 0 et 6 mois (en cas d'utilisation du vaccin combiné contre les hépatites A et B).
- *Enfants de 11 à 15 ans* : 3 doses aux temps 0, 1 et 6 mois (vaccin monovalent, dosage enfant) ou 2 doses aux temps 0 et 4–6 mois (vaccin monovalent dosage adulte) ou 2 doses aux temps 0 et 6 mois (vaccin combiné contre les hépatites A et B).
- *Dès 16 ans* : 3 doses (vaccin monovalent ou vaccin combiné contre les hépatites A et B) aux temps 0, 1 et 6 mois.
- *Personnes dialysées* : 3 doses aux temps 0, 1 et 6 mois (vaccin monovalent avec dosage pour dialyse 40 µg). Si le dosage pour dialyse n'est pas disponible : 4 doses doubles aux temps 0, 1, 2, et 6 mois (vaccin monovalent 20 µg : 2 × 20 µg).

d) Zona (herpès zoster) : vaccination pour les personnes à risque accru de maladie et de complications

Les personnes immunodéficientes présentent un risque élevé de développer un zona et ses complications, surtout en cas de déficit immunitaire cellulaire [26].

En plus de la vaccination complémentaire recommandée pour toutes les personnes de 65 ans et plus, la vaccination contre l'herpès zoster avec le vaccin sous-unitaire adjuvanté Shingrix® est recommandée pour les personnes suivantes [26] :

- Les personnes de **≥50 ans avec une immunodéficience actuelle ou prévisible (notamment cellulaire)**, associée à un risque accru mais pas maximal de zona. Cela concerne par exemple les personnes
 - VIH positives,
 - atteintes de maladie rénale en phase terminale ou en dialyse,
 - sous traitements biologiques, azathioprine, méthotrexate à faible dose ou corticothérapie d'entretien à faible dose ainsi que les personnes atteintes d'autres maladies chroniques qui entravent l'immunité (notamment cellulaire). Cela inclut, par exemple, les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, d'asthme sévère/COPD, de diabète de type 1 insuffisamment contrôlé et d'autres maladies auto-immunes.
- Les patients de **≥ 18 ans qui présentent actuellement une immunodéficience sévère ou qui reçoivent, ou recevront dans un futur proche, un traitement fortement immunosuppresseur**. Il s'agit notamment :
 - des personnes avant et/ou pendant un traitement oncologique cytotoxique actif,
 - des receveurs de greffes de cellules souches hématopoïétiques et de greffes d'organes,
 - des personnes qui – en raison d'une maladie à médiation immunitaire telle que la polyarthrite rhumatoïde ou une maladie inflammatoire chronique de l'intestin – sont traitées par des inhibiteurs de JAK ou par une immunosuppression intensive (par exemple, association d'immunosuppresseurs, corticostéroïdes à fort dosage) et
 - des personnes VIH positives dont le nombre de cellules T CD4+ est inférieur à 200/μl ou qui présentent une proportion de lymphocytes inférieure à 15 %.

Schéma de vaccination contre le zona (herpès zoster) avec un vaccin sous-unitaire adjuvanté

Personnes de ≥ 50 ans avec une immunodéficience présente ou future (notamment cellulaire) :

- 2 doses (Shingrix®) à 2 mois d'intervalle.

*Personnes de ≥ 18 ans qui présentent une immunodéficience **sévère** ou qui reçoivent ou recevront dans un futur proche un traitement **immunosuppresseur** :*

- 2 doses au temps 0 et (1–)2 mois d'intervalle (2^e dose idéalement dans les 6 mois).

Attention en cas de

- *traitement oncologique cytotoxique* : la 1^{re} dose doit être administrée idéalement ≥ 2 semaines avant le début de la chimiothérapie. La 2^e dose 2 mois après la 1^{re} dose (intervalle minimal : 1 mois) ou aussitôt que possible par la suite pendant ou après la chimiothérapie, idéalement dans un délai de 6 mois conformément à l'autorisation de mise sur le marché (cf. également la *recommandation pour la vaccination des patients souffrant d'une néoplasie maligne*). En l'absence d'autre possibilité, la 2^e dose doit être administrée, même ultérieurement, afin de compléter la vaccination.
- *traitement immunosuppresseur* : la 1^{re} dose doit idéalement être administrée ≥ 4 semaines avant le début supposé, attendu ou prévu d'une immunosuppression sévère. La 2^e dose 2 mois après la 1^{re} dose (intervalle minimal : 1 mois), ou aussitôt que possible ultérieurement à un moment jugé favorable d'un point de vue médical, pendant ou après le traitement, idéalement dans un délai de 6 mois conformément à l'autorisation de mise sur le marché. En l'absence d'autre possibilité, la 2^e dose doit être administrée, même ultérieurement, afin de compléter la vaccination.
- *Episode d'herpès zoster actif* : la vaccination avec Shingrix® doit être différée durant un épisode d'herpès zoster actif et ce jusqu'à sa résolution.

e) Influenza ou grippe saisonnière : vaccination pour les personnes à risque accru de complications et / ou de transmission

La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée pour les personnes présentant un risque accru de complications et/ou de transmission par rapport à la population générale [36, 37].

Depuis 2024, un vaccin antigrippal à dose élevée est disponible, en plus des vaccins à dose standard. Il est recommandé pour les personnes dès l'âge de 75 ans et pour les personnes dès l'âge de 65 ans présentant un facteur de risque supplémentaire [36]. Des données récentes confirment l'efficacité supérieure du vaccin antigrippal à dose élevée par rapport aux vaccins antigrippaux à dose standard. Par conséquent, pour les personnes dès l'âge de 75 ans ainsi que pour les personnes dès l'âge de 65 ans présentant un facteur de risque supplémentaire, il est préférable d'utiliser un vaccin antigrippal à dose élevée plutôt qu'un vaccin standard.

Personnes à risque accru de complications en cas d'infection :

- les femmes enceintes ou ayant accouché au cours des 4 semaines précédentes [38];
- les prématurés (naissance <32+0/7 SG ou poids de naissance <1500g) dès l'âge de 6 mois pendant les 2 premiers hivers après la naissance;
- les personnes (dès 6 mois) ayant, de façon chronique :
 - une affection cardiaque,
 - une affection pulmonaire (en particulier asthme bronchique),
 - des troubles métaboliques avec répercussions sur la fonction cardiaque, pulmonaire ou rénale (par exemple diabète ou obésité morbide [IMC ≥40]),
 - une affection neurologique (p. ex. maladie de Parkinson, affection vasculaire cérébrale) ou musculosquelettique avec répercussions sur la fonction cardiaque, pulmonaire ou rénale,
 - une hépatopathie,
 - une insuffisance rénale,
 - une asplénie ou dysfonction splénique (y compris hémoglobinopathies),
 - un déficit immunitaire (p. ex. infection VIH, cancer, traitement immunosuppresseur),
- les patients résidant dans une maison de soins ou dans un établissement pour malades chroniques.

Personnes (dès 6 mois) qui, au sein de leur famille ou dans le cadre de leur activité privée ou professionnelle, sont en contact régulier avec :

- des personnes appartenant à la catégorie ci-dessus;
- des nourrissons de <6 mois (ceux-ci sont à risque accru de complications et ne peuvent pas être vaccinés en raison de leur jeune âge) [36].

La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée en particulier à tout personnel médical et soignant, à toutes les personnes travaillant dans le domaine paramédical, au personnel des crèches, des garderies, des établissements de soins, de retraite ou pour personnes âgées, y compris aux étudiants et aux stagiaires.

La vaccination contre la grippe est également recommandée aux personnes en contact régulier ou professionnel avec des volailles domestiques ou des oiseaux sauvages afin d'abaisser la fréquence des cas de grippe saisonnière, qui requièrent un diagnostic différentiel, et de réduire le risque d'une infection simultanée par la grippe saisonnière et par la grippe aviaire avec développement de nouvelles recombinaisons des virus.

La vaccination contre la grippe saisonnière peut également être envisagée pour toutes les personnes qui désirent limiter leur risque d'infection grippale pour des raisons privées et/ou professionnelles.

Schéma de vaccination contre la grippe saisonnière

- Enfants de 6 mois à 8 ans: 2 doses à 4 semaines d'intervalle lors de la première vaccination antigrippale, puis 1 dose les années suivantes (dosage – ½ ou 1 dose complète – selon l'information professionnelle sur le vaccin et l'âge)
- Enfants dès 9 ans et adultes: 1 dose
- Vaccination à renouveler chaque année de préférence entre mi-octobre et le début de la vague de grippe.

f) Méningocoques: vaccination pour les personnes à risque accru de maladie invasive ou d'exposition et après l'exposition

La vaccination contre les infections à méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y et contre le séro groupe B sont recommandées dès l'âge de 2 mois pour les personnes présentant un risque accru de maladie invasive (MIM) pour des raisons médicales ou un risque accru d'exposition [39].

Risque accru de maladie invasive à méningocoques (MIM) chez les personnes ayant :

- des déficits en facteurs terminaux du complément, des médicaments qui inhibent le système du complément (p. ex. l'écilizumab ou le ravulizumab);
- des déficits en facteurs de la voie alterne du complément;
- des déficits homozygotes en protéine S ou C;
- une asplénie fonctionnelle ou anatomique;
- des troubles immunologiques impliquant un défaut de réponse immunitaire aux polysaccharides;
- un déficit en lectine liant le mannose;
- guéri d'une MIM mais jusqu'ici n'ayant jamais été vaccinée contre les méningocoques. Cf. « *Procédure à suivre en cas de contact étroit avec un cas de maladie invasive à méningocoques* ».

Risque accru d'exposition aux méningocoques pour :

- le personnel de laboratoire qui travaille avec des méningocoques;
- les personnes ayant eu un contact étroit avec une personne souffrant d'une maladie invasive à méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y (vaccination post-expositionnelle. Cf. la recommandation « *Procédure à suivre en cas de contact étroit avec un cas de maladie invasive à méningocoques* »);
- les recrues;
- les voyageurs en zones d'endémie (durée du voyage >1 mois) ou d'épidémie (même en cas de séjour de courte durée); pour les voyageurs, le risque d'exposition varie selon les saisons et concerne principalement les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y.

Dans toutes les indications ci-dessus, la protection la plus large possible est désirée, c'est pourquoi il est recommandé d'utiliser un vaccin conjugué quadrivalent (MCV-ACWY) contre les sérogroupes A, C, W et Y [39].

Le vaccin contre les méningocoques du séro groupe B (4CMenB, Bexsero®) est également recommandé pour ces indications [39], mais pas pour les personnes en contact avec un individu atteint de MIM du séro groupe B (pas d'influence du vaccin MenB sur la colonisation) ni lors de voyages (MenB n'est pas l'agent causal des épidémies dans les pays où la vaccination est indiquée). Ce vaccin est actuellement autorisé pour les personnes de 2 mois à 24 ans.

Remarque : Le vaccin MenB est recommandé pour les personnes à risque dès l'âge de 25 ans, hors autorisation.

*Schéma de vaccination contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y (MCV-ACWY)
(selon l'âge au moment de la 1^{re} injection)*

Personnes à risque accru de maladie invasive

- 2–6 mois : 4 doses, 1^{re}–3^e dose à au moins 1–2 mois d'intervalle, 4^e dose à l'âge de 12 à 16 mois (au minimum 6 mois après la 3^e dose)*
 - ≥ 7 mois : 2 doses à intervalle d'au moins 1–2 mois (2^e dose idéalement à partir de 12 mois)*
- Rappel tous les 5 ans si le risque persiste.

Personnes à risque accru d'exposition

- 2–6 mois : 4 doses, 1^{re}–3^e dose à au moins 2 mois d'intervalle, 4^e dose à l'âge de 12 à 16 mois (au minimum 6 mois après la 3^e dose)*
- 7–11 mois : 2 doses à intervalle d'au moins 2 mois (2^e dose idéalement à partir de 12 mois)*
- ≥ 12 mois : 1 à 2 doses conformément à l'autorisation de mise sur le marché du vaccin utilisé**

Rappel tous les 5 ans si le risque d'exposition persiste ou survient à nouveau.

- * Menveo®, seul vaccin conjugué autorisé actuellement contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W, Y (MenACWY) pour le groupe d'âge < 12 mois
- ** Menquadfi® : 1 dose ; Menveo® : 2 doses à l'âge de 12 à 23 mois (à 2 mois d'intervalle, 1 mois au minimum) ; 1 dose ≥ 24 mois

*Schéma de vaccination contre les méningocoques du séro-groupe B avec 4CMenB
(selon l'âge au moment de la 1^{re} injection)*

Personnes à risque accru de maladie invasive ou d'exposition (à l'exception des voyageurs)

- 2–11 mois : 3 doses, 1^{re} et 2^e dose à intervalle de 2 mois, 3^e dose durant la 2^e année (au minimum 6 mois après la 2^e dose)
- 12–23 mois : 3 doses, 1^{re} et 2^e dose à intervalle de 2 mois, 3^e dose 12 mois après la 2^e dose
- ≥ 24 mois : 2 doses à intervalle de 2 mois (1 mois au minimum)

Rappel tous les 5 ans si le risque d'exposition persiste ou survient à nouveau.

g) Coqueluche (pertussis): vaccination des femmes enceintes en vue de l'immunisation passive des nourrissons et **des personnes à risque accru de transmission**

Vaccination pendant la grossesse: une dose de vaccin contre la coqueluche (dTPa) est recommandée pour les femmes enceintes lors de **chaque** grossesse dès le 2^e trimestre (13^e SG), indépendamment de la date de la dernière vaccination contre, ou infection par, la coqueluche [20, 38]. Idéalement, cette dose de vaccin devrait être administrée avant la fin du 2^e trimestre de grossesse (jusqu'à la 26^e SG) mais peut encore être rattrapée jusqu'à 14 jours avant le terme. La vaccination maternelle jusqu'à 2 semaines avant le terme permet de protéger très efficacement les nourrissons contre la coqueluche durant leurs premières semaines de vie (immunisation passive par transmission transplacentaire des anticorps) [40]. Intervalle minimal recommandé depuis la dernière vaccination avec un vaccin combiné contre le tétanos : 4 semaines.

Vaccination pour les personnes en contact régulier avec des nourrissons de <6 mois : la vaccination contre la coqueluche avec un vaccin dTpa est recommandée pour tous les adolescents et adultes, quel que soit leur âge, qui sont en contact familial ou professionnel régulier avec des nourrissons de <6 mois [20]. Ces personnes (adolescents ou adultes) devraient être vaccinées dès que possible contre la coqueluche si elles n'ont pas été vaccinées contre cette maladie ou n'ont pas eu une coqueluche confirmée (PCR/culture) durant les 10 années précédentes. Dans ces situations, l'intervalle minimal depuis la dernière vaccination contre le tétanos est de 4 semaines.

Cette recommandation s'applique aux personnes suivantes, en contact régulier avec des nourrissons de moins de 6 mois :

- professionnels : secteur de la santé, garde extrafamiliale d'enfants, missions dans des pays en développement ou dans des zones sinistrées ;
- au sein de la famille : parents, fratrie, grands-parents et autres membres du foyer ; autres personnes s'occupant du nourrisson.

h) Pneumocoques: vaccination pour les personnes à risque accru de maladie invasive

Indépendamment de l'âge, certaines maladies chroniques et autres facteurs de risque entraînent un risque accru de développer une maladie invasive à pneumocoques (MIP) [41]. Selon la maladie, la vaccination est recommandée soit dès le diagnostic, soit à un moment précis du traitement, à partir d'un stade spécifique ou d'une aggravation de la maladie. La vaccination doit, dans la mesure du possible, être administrée au moment du diagnostic ou avant la période de risque maximal. Afin d'obtenir la meilleure réponse vaccinale possible et une protection au moment opportun, il est en principe recommandé de procéder à la vaccination à un stade précoce dans le cas où l'aggravation de la maladie est prévisible.

Les personnes présentant les facteurs de risque cliniques définis ci-dessous ont un risque accru de MIP. Il leur est recommandé de se faire vacciner avec un vaccin conjugué contre les pneumocoques (PCV) :

- Naissance prématurée (avant la 32 + 0/7 SG ou poids à la naissance < 1500g)

Maladies cardio-vasculaires :

- Insuffisance cardiaque à partir du stade NYHA III/IV ou en cas d'aggravation

Maladies pulmonaires et des voies respiratoires :

- Pneumopathie obstructive chronique à partir du stade GOLD 3 ou en cas d'aggravation
- Asthme sévère (avec traitement prolongé ou fréquent par des stéroïdes oraux), dès le diagnostic
- Bronchiectasies dues à un déficit en anticorps, dès le diagnostic

Foie, reins, rate, métabolisme :

- Cirrhose hépatique, dès le diagnostic
- Asplénie (anatomique ou fonctionnelle), y compris la drépanocytose, dès le diagnostic
- Insuffisance rénale à partir du stade 4 (DFG < 30 ml/min)
- Syndrome néphrotique, dès le diagnostic
- Diabète sucré ayant un impact sur la fonction cardiaque, pulmonaire ou rénale, dès le diagnostic
- Maladie cœliaque chez l'adulte, dès le diagnostic

Néoplasies :

- Lymphome, leucémie, myélome myélome : pendant le traitement d'entretien
- Tumeur maligne solide sous chimiothérapie cytotoxique active : pendant le traitement d'entretien

Transplantations :

- Transplantation d'organe solide : dès que sur liste d'attente et après la transplantation (2 doses au total)
- Receveurs d'une greffe de cellules souches sanguines, dès 3 mois après la transplantation (4 doses au total)

Immuno-suppression médicamenteuse :

- Maladie auto-immune nécessitant une immunosuppression : avant le début du traitement immunosuppresseur
- Immunosuppression médicamenteuse (y compris corticothérapie systémique au long cours et radiothérapie), dès le diagnostic/quand l'immunosuppression est la plus faible

HIV :

- Infection par le VIH avec $\geq 15\%$ de cellules CD4+ (adultes : $\geq 200/\mu\text{l}$) dès le diagnostic
- Infection par le VIH avec CD4+ < 15 % (adultes : < 200 μl) dès le diagnostic et après rétablissement de l'immunité (2 doses).
Définition de la « reconstitution immunologique » : < 1 an : CD4 $\geq 700/\mu\text{l}$, 1 à 5 ans : $\geq 500/\mu\text{l}$, ≥ 6 ans et adultes : $\geq 200/\mu\text{l}$ [42].

Déficiences immunitaires congénitales :

- Immunodéficience congénitale, syndrome d'immunodéficience variable : dès le diagnostic
- Déficit de la voie classique ou alternative de l'activation du complément : dès le diagnostic
- Déficit en lectine liant le mannose : dès le diagnostic
- Réponse déficitaire aux polysaccharides : dès le diagnostic

ORL, Crâne (atteintes de la barrière hémato-encéphalique) :

- Implant cochléaire, in situ ou prévu : dès que possible après établissement de l'indication
- Fracture/malformation de la base du crâne, fistule cérébro-spinale : dès que l'indication est posée

Schéma de vaccination contre les pneumocoques avec un vaccin conjugué (PCV) pour les personnes à risque (choix du vaccin en fonction de l'âge, voir le chapitre « Vaccins recommandés » ci-dessous)

Selon l'âge :

- *Nourrissons de 2 à 6 mois* : 3 doses à un intervalle de 4 à 8 semaines entre chaque dose, 4^e dose à 12 mois.
- *Nourrissons de 7 à 11 mois* : 2 doses à un intervalle de 4 semaines, 3^e dose à 12 mois (au moins 8 semaines après la 2^e dose).
- *Enfants de 12 à 23 mois* : 2 doses à un intervalle d'au moins 8 semaines.
- *Toute personne de ≥ 2 ans* : 1 dose (à l'exception des cas de transplantation, cf. ci-après, ou d'infection à HIV avec des cellules CD4+ < 15 %).

Afin de couvrir des sérotypes supplémentaires chez les personnes à risque déjà vaccinées avec le PCV13 ou le PCV15, voir le chapitre « Vaccins recommandés » ci-dessous.

Si une personne à risque n'a été vaccinée qu'avec le vaccin PPV23 (ce qui n'est plus recommandé en Suisse depuis 2014), un intervalle minimal de 12 mois avant l'administration du vaccin PCV doit être observé afin d'obtenir une réponse immunitaire optimale avec le PCV.

Schéma de vaccination avec un PCV lors d'une transplantation (choix du vaccin en fonction de l'âge, voir ci-dessous)

Receveur de cellules souches hématopoïétiques (indépendamment du status vaccinal avant la transplantation) :

- *Dès 3 mois après transplantation* (4 doses au total) : 3 doses, chacune à 4 semaines d'intervalle, suivies d'un rappel 12 mois après transplantation

Transplantation d'organes solides (indépendamment du status vaccinal) :

- *Avant la transplantation (dès la mise sur liste d'attente)* : 1 dose
- *Après la transplantation* :
 - *Si déjà vacciné avec une dose avant la greffe* : 1 dose additionnelle 12 mois après la transplantation
 - *Si non vacciné* : 2 doses au total, à raison d'une dose à 6 et 12 mois post-transplantation

Vaccins recommandés : De principe, un PCV autorisé et remboursé est recommandé pour les groupes à risque, s'il est disponible. La recommandation vaccinale tient également compte de la couverture des sérotypes actuels du vaccin. Les vaccins PCV recommandés varient dès lors en fonction du groupe d'âge.

Compte tenu de la couverture sérologique, de l'autorisation et de la prise en charge des coûts actuelles, les vaccins PCV suivants sont recommandés pour les groupes à risque, par tranche d'âge [2]:

- **2–59 mois:** PCV13 ou PCV15 (options vaccinales équivalentes)
- **5–17 ans:** PCV15 ou PCV20 (options vaccinales équivalentes)
 - Ces deux vaccins sont recommandés hors autorisation pour le groupe d'âge 6–17 ans
- **18–64 ans:** PCV20 ou PCV21*.
 - Le PCV20 est recommandé en dehors de la tranche d'âge autorisée. Le PCV21 est désormais le premier vaccin autorisé en Suisse pour la tranche d'âge 18–64 ans; la prise en charge des coûts pour ce groupe cible est à l'étude.
- **≥ 65 ans:** PCV20 ou PCV21 (options vaccinales équivalentes).

Avec l'inscription du PCV21 sur la LS pour le groupe d'âge des ≥ 65 ans, le PCV15 n'est plus recommandé comme option vaccinale pour les groupes cibles adultes susmentionnés.

État actuel des PCV recommandés par groupes d'âge, cf. Prise de position sur www.cfv.ch.

Afin de couvrir les sérotypes supplémentaires (**pas** en tant que rappel [2]), une dose supplémentaire unique d'un PCV de valence plus élevée est recommandée comme suit aux personnes à risque déjà vaccinées avec PCV13 ou PCV15:

- Personnes, jusque-là **uniquement** vaccinées avec PCV13, âgées de
 - **5–17 ans:** 1 dose de PCV15 ou PCV20 (tous deux hors autorisation pour la tranche d'âges 6–17 ans)
 - **≥ 18 ans:** 1 dose de PCV21* ou PCV20 (PCV20 hors autorisation pour la tranche d'âges 18–64 ans)
- **Personnes déjà vaccinées avec PCV15** âgées de
 - **18–64 ans:** 1 dose de PCV21*
 - **≥ 65 ans:** 1 dose de PCV21

* Recommandée pour toutes les personnes à risque adultes dès l'inscription du PCV21 sur la LS pour le groupe d'âge des ≥ 65 ans.

- **Intervalle recommandé après la dernière dose de vaccin PCV13/15:** 1 an [2]. Ceci est en accord avec les recommandations d'autres pays comme les États-Unis. Un intervalle minimal de 6 mois peut être appliqué dans des situations cliniques spécifiques le justifiant (par ex. début imminent d'une nouvelle immunosuppression, sur liste d'attente pour une greffe).

i) **Virus respiratoire syncytial (VRS): Immunisation passive par un anticorps monoclonal à longue durée d'action (AcM) pour les enfants âgés de 12 à 24 mois qui présentent un risque élevé et persistant de complications**

Les jeunes enfants âgés de ≤ 24 mois, qui sont au début de leur 2^e saison RSV et qui, selon l'avis du médecin spécialiste traitant, souffrent de maladies chroniques congénitales ou acquises associées à un risque élevé et persistant

de complications graves liées au RSV, doivent recevoir une dose unique d'un AcM à longue durée d'action en octobre ou dès que possible après cette date [1].

L'objectif de l'immunisation est de prévenir les maladies graves et hospitalisations liées au VRS chez les enfants particulièrement vulnérables, âgés de ≤ 24 mois, pendant la saison de VRS au cours de leur 2^e année de vie.

Les enfants âgés de ≤ 24 mois présentant un risque élevé et persistant de complications liées au VRS, qui n'ont pas reçu de dose de mAk ou qui n'ont reçu que celle de la saison précédente avant la fin de leur 2^e saison VRS, peuvent recevoir une dose de mAk peu avant le début de la 3^e saison VRS, à partir du mois d'octobre.

Les maladies associées à un risque élevé et persistant d'évolution grave du VRS chez les enfants âgés de 12 à 24 mois comprennent entre autres:

- Malformations cardiaques congénitales ou acquises hémodynamiquement significatives (p. ex. cardiopathies cyanogènes)
- Hypertension artérielle pulmonaire
- Maladies pulmonaires chroniques (comme la dysplasie broncho-pulmonaire modérée à sévère (BPD), les malformations pulmonaires et la mucoviscidose/fibrose kystique)
- Troubles métaboliques congénitaux ayant un impact sur la fonction cardiaque ou pulmonaire
- Maladies neurologiques congénitales ou acquises (telles que l'épilepsie et la paralysie cérébrale) et maladies neuromusculaires
- Immunodéficience (congénitale, acquise ou induite par un traitement)
- Syndrome de Down et autres anomalies chromosomiques
- Prématuration: naissance avant la 32 + 0/7 SG
- Autres maladies chroniques susceptibles d'entraîner une maladie grave due au VRS (par ex. maladies chroniques du foie ou malformations d'organes).

Chez les enfants devant subir une opération cardiaque avec pontage cardio-pulmonaire ou oxygénation par membrane extracorporelle, il est recommandé d'administrer une dose supplémentaire d'un AcM à longue durée d'action dès que l'état de l'enfant est stable après l'intervention chirurgicale, afin de garantir un taux sérique suffisant d'anticorps.

Il existe une contre-indication chez les enfants connus pour des réactions allergiques graves contre l'anticorps lui-même ou à l'un des composants des produits à base d'anticorps monoclonaux. Après une infection confirmée due au VRS, les enfants ne doivent plus recevoir d'AcM à longue durée d'action au cours de la même saison, sauf s'il existe un risque de perte de l'immunité humorale (pontage cardio-pulmonaire ou oxygénation par membrane extracorporelle); dans ces cas, l'administration d'AcM est indiquée.

Schémas d'immunisation et administration de l'AcM à longue durée d'action pour protéger les enfants de 12 à 24 mois ayant un risque élevé et persistant de complications

- Une dose unique en octobre ou dès que possible par après
- Avec un produit autorisé pour cette tranche d'âge: actuellement 200mg nirsévimab, administration par voie i. m. en 2 injections de 100mg.

j) Virus respiratoire syncytial (VRS): Vaccination des femmes enceintes dont le terme se situe entre octobre et mars pour l'immunisation passive des nouveau-nés. Voir chapitre 1.1.a pour les recommandations détaillées pour l'immunisation contre le VRS des nouveau-nés nés entre octobre et mars via la vaccination maternelle en tant que l'une des deux options possibles.

k) SARS-CoV-2 (COVID-19): vaccination des personnes à risque accru de complications

Le virus SARS-CoV-2 continue de circuler avec une tendance saisonnière [43, 44]. Les hospitalisations en Europe liées au COVID-19 augmentent pendant l'hiver [45]. Du fait de l'épidémiologie, de l'expérience acquise avec d'autres virus respiratoires et du changement de comportement pendant la saison froide (contacts plus rapprochés dans les espaces intérieurs), une hausse du nombre de cas est attendue, à l'avenir, durant les périodes automne/hiver. La population Suisse bénéficie d'une immunité préexistante contre le COVID-19 qui résulte de la vaccination et/ou d'antécédents d'infections. Cette immunité préexistante, combinée aux caractéristiques du variant Omicron prédominant depuis 2022, offre une très bonne protection contre les formes graves du COVID-19 pour les personnes sans facteur de risque. La vaccination actuelle offre une efficacité limitée contre la transmission du variant Omicron et les formes légères de la maladie. Néanmoins, chez les personnes présentant un risque accru de développer une forme grave de la maladie, la protection immunitaire peut être moins bonne et décliner plus rapidement. Pour ces individus, une dose annuelle de vaccin peut temporairement renforcer leur protection individuelle pendant plusieurs mois, et réduire ainsi le risque d'une forme grave de la maladie COVID-19. Pour les femmes enceintes, la vaccination offre une protection individuelle et prévient également les complications gestationnelles liées aux cas sévères de COVID-19.

La vaccination contre le Covid-19 est recommandée en automne/hiver (idéalement entre octobre et décembre) pour les personnes présentant un risque de complications accru [28]:

- les personnes âgées de ≥ 16 ans présentant certaines maladies préexistantes (voir ci-dessous ou selon la liste des recommandations vaccinales [28]); ainsi que
- les personnes âgées de ≥ 16 ans atteintes de trisomie 21;
- les femmes enceintes (2^e ou 3^e trimestre);
- les enfants âgés de 6 mois à 15 ans qui présentent une immunodéficience sévère.

Les maladies préexistantes suivantes augmentent le risque d'une forme grave de COVID-19 chez les personnes de ≥ 16 ans [28]:

Maladies cardio-vasculaires:

- Au moins deux facteurs de risque cardiovasculaires (dont le diabète ou l'hypertension artérielle)
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral et/ou vasculopathie symptomatique
- Hypertension artérielle avec atteinte d'organe, hypertension artérielle résistante au traitement
- Hypertension artérielle pulmonaire
- *Maladie coronarienne*: infarctus du myocarde (STEMI et NSTEMI) au cours des douze derniers mois ou syndrome coronarien chronique symptomatique malgré un traitement médical (indépendamment d'une éventuelle revascularisation préalable)
- *Insuffisance cardiaque*: dyspnée de classe fonctionnelle NYHA II-IV et NT-Pro BNP > 125 pg/ml; toute cause de cardiomyopathie

- *Arythmie*: fibrillation auriculaire avec un score CHA2DS2-VASc d'au moins 2 points
- *Cardiopathie congénitale* selon évaluation individuelle par le/la cardiologue traitant.e

Maladies pulmonaires et respiratoires

- Bronchopneumopathie chronique obstructive GOLD stades II-IV
- Emphysème pulmonaire
- Asthme bronchique non contrôlé, en particulier les formes sévères
- Pneumopathies interstitielles/fibrose pulmonaire
- Maladie vasculaire pulmonaire
- Sarcoidose active
- Fibrose kystique
- Infections pulmonaires chroniques (mycobactérioses atypiques, bronchiectasies, etc.)
- Patient.e.s sous assistance respiratoire
- Maladies entraînant une diminution grave de la capacité pulmonaire

Foie, reins, métabolisme

- Cirrhose du foie
- Insuffisance rénale chronique avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) < 60 ml/min
- Diabète sucré, avec complications tardives ou HbA1c de 8 % ou plus
- Obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) de 35 kg/m^2 ou plus

Néoplasies, transplantations, autres maladies/thérapies qui affaiblissent le système immunitaire

- Cancer sous traitement médical (dont lymphome, leucémie, myélome multiple)
- Bénéficiaires d'une greffe de cellules souches du sang ou d'une transplantation d'organe solide
- Personnes sur liste d'attente de transplantation
- Immunosuppression sévère (dont infection par le VIH avec un nombre de cellules T CD4+ $< 200/\mu\text{l}$)
- Neutropénie (< 1000 neutrophiles/ μl) pendant ≥ 1 semaine
- Lymphocytopénie (< 200 lymphocytes/ μl)
- Déficits immunitaires héréditaires
- Prise de médicaments qui affaiblissent les défenses immunitaires (tels que la prise prolongée de glucocorticoïdes (équivalent prednisolone > 20 mg/jour), d'anticorps monoclonaux, de cytostatiques, de produits biologiques, etc.)
- Amylose (amylose à chaînes légères (AL))
- Maladie drépanocytaire (asplénie fonctionnelle)

Le même schéma de vaccination s'applique aux **personnes à risque âgées de ≥ 16 ans**, à l'exception des personnes ayant subi une transplantation de cellules souches (voir encadré sur les schémas de vaccination).

La vaccination des enfants âgés de 6 mois à < 16 ans contre le Covid-19 reste recommandée UNIQUEMENT en cas d'immunodéficience sévère* si AUCUNE vaccination contre le Covid-19 n'a encore été effectuée (voir encadré sur les schémas de vaccination). Une sérologie préalable pour déterminer l'indication à la vaccination n'est plus recommandée. En cas de transplantation de cellules souches, la recommandation de vaccination s'applique indépendamment du statut vaccinal.

*Les traitements conduisant à une immunosuppression sévère sont, par exemple, des traitements de déplétion des cellules B, une chimiothérapie à forte dose ou une corticothérapie ($\geq 2\text{mg/kg/j}$ (dosage enfant) ou $\geq 20\text{mg}$ par jour d'équivalent prednisolone pendant plus de deux semaines) ou un traitement combinant plusieurs médicaments immunosuppresseurs. Les personnes atteintes d'une maladie entraînant une immunodéficience sévère incluent, par exemple, les personnes sous dialyse, ayant une infection à VIH (cellules $\text{CD4}^+ < 200/\mu\text{l}$), ayant subi ou devant subir une transplantation d'organe solide, ou atteintes d'une immunodéficience congénitale avec déficit des cellules B et T. La période de vaccination recommandée est identique à celle des autres recommandations souffrant d'une immunodéficience sévère, cf. recommandations publiées séparément du plan de vaccination pour des groupes de patients spécifiques.

Schémas de vaccination contre le Covid-19 pour les personnes à risque (de préférence avec un vaccin adapté aux variants)

Tous les individus âgés de ≥ 16 ans (sauf dans les suites d'une transplantation de cellules souches, voir ci-dessous):

- 1 dose (indépendamment du nombre de doses précédentes/infections)
- Intervalle minimal de 6 mois depuis la dernière vaccination ou infection Covid-19 confirmée
- Répéter la vaccination annuellement, idéalement entre mi-octobre et décembre

Enfants/adolescent.e.s avec immunodéficience sévère âgé.e.s entre 6 mois et < 16 ans

- Déjà vacciné.e.s contre le COVID-19: aucune dose supplémentaire
- Non encore vacciné.e.s contre le COVID-19: 3 doses de vaccin (vaccin Corminaty®, selon l'autorisation par âge), intervalle minimal de 4 semaines entre chaque dose; la vaccination de base avec 3 doses est recommandée en dehors de l'autorisation et avec l'un des vaccins adaptés aux variants.

Personnes âgées de ≥ 6 mois après une transplantation de cellules souches (autologue ou allogénique)

- 3–6 mois après la transplantation (indépendamment du status immunitaire avant la transplantation): 3 doses de vaccin (intervalle minimal de 4 semaines entre chaque dose) + 1 dose de rappel 6 mois après la dernière dose
- Vaccin recommandé pour la vaccination de base < 30 ans/rappel < 16 ans: Corminaty®
- La vaccination doit être différée en cas de:
 - maladie grave du greffon contre l'hôte (GvHD) de grade III–IV
 - administration d'anticorps anti-CD20 ou autre déplétion de cellules B au cours des six derniers mois
 - personnes ayant reçu une thérapie à base de cellules CAR-T du récepteur de l'antigène chimérique et aplasie des cellules B moins de six mois après la thérapie
 - traitement récent par antithymoglobuline (ATG) ou alemtuzumab.

Le moment idéal pour ces situations spécifiques doit être déterminé en étroite collaboration avec le médecin spécialiste qui suit le patient.

I) Rage: vaccination pour les personnes à risque accru d'exposition ou après exposition

Chez les personnes immunocompétentes, la **prophylaxie pré-expositionnelle (PrEP)** contre la rage comprend deux doses de vaccin antirabique administrées à un intervalle de 28 jours (intervalle minimal de 7 jours entre les doses) [46]. Chez les personnes immunosupprimées, une PrEP comprenant trois doses (à 0, 7, 21–28 jours) reste recommandée. En effet, l'élément essentiel de la PrEP est la constitution d'une mémoire immunologique qui est rapidement réactivée par l'administration d'autres doses de vaccin (par exemple, après une exposition), quel que soit le temps écoulé depuis la PrEP.

Dans les zones exemptes de rage terrestre comme la Suisse, la **PrEP** contre la rage est **indiquée pour les personnes suivantes** [46]:

- vétérinaires, étudiants vétérinaires, assistants vétérinaires, personnes qui soignent des animaux, marchands d'animaux, personnes engagées dans la lutte contre les épizooties en contact avec des mammifères importés ou des animaux d'origine inconnue;
- scientifiques effectuant des recherches sur les chiroptères, protecteurs ou amateurs de chauves-souris et autres personnes qui sont, dans l'exercice de leur profession ou pendant leurs loisirs, régulièrement en contact avec des chauves-souris;
- personnel des laboratoires qui diagnostiquent la rage (risque modéré: sérologie, histologie, pathologie), des laboratoires de recherche sur la rage et des laboratoires de production de vaccins contre la rage (risque élevé).

Schémas de vaccination pré-expositionnelle (PrEP) contre la rage

Adultes et enfants sans immunosuppression (quel que soit l'âge)

- 2 doses par voie i.m. aux jours 0 et 28 (si une protection vaccinale urgente est nécessaire, 2^e dose possible dès le jour 7).
- Une dose de rappel est recommandée à 12 mois en cas de risque d'exposition continu ou répété.
- Autres doses de vaccin/contrôles sérologiques selon le risque d'exposition (cf. les recommandations de vaccination spécifiques, Directives et recommandations) [46]
- Dans le cadre de la **médecine des voyages**, l'administration d'une dose de rappel unique (3^e dose) est recommandée en cas de risque renouvelé d'exposition, au plus tôt 12 mois après la vaccination pré-expositionnelle (p. ex. avant un autre voyage en zone enzootique).

Personnes immunosupprimées (quel que soit l'âge)

- 3 doses par voie i.m. aux jours 0, 7 et 21–28.
- Une dose de rappel est indiquée à 12 mois en cas de risque d'exposition continu ou répété.
- Dans le cadre de la **médecine des voyages**, l'administration d'une dose de rappel unique (4^e dose) est recommandée à 12 mois ou plus tard, en cas de risque renouvelé d'exposition (p. ex. avant un autre voyage en zone enzootique).

Pour les indications de la prophylaxie pré-expositionnelle dans les zones où la rage terrestre est présente, se référer aux recommandations de médecine des voyages à l'adresse www.healthyttravel.ch.

PrEP: contrôles sérologiques et rappels

Les indications à des contrôles sérologiques et à des rappels dépendent du risque d'exposition (élevé, moyen ou faible) et d'autres paramètres, tels que le type et la fréquence d'exposition (continue, répétée et cumulative ou ponctuelle) (cf. [46]). Des contrôles sérologiques après une PrEP ne sont pas recommandés dans le cadre de la médecine des voyages.

La PrEP assure une protection fiable et est expressément recommandée, mais doit, dans tous les cas, être complétée après une exposition (cf. PEP ci-après).

Prophylaxie post-expositionnelle (PEP) contre la rage

Une PEP est indiquée en cas d'exposition par voie percutanée (morsures, griffures, lésion de peau lésée), ainsi que par contact avec des muqueuses ou par inhalation, imputable p.ex. à:

- des mammifères terrestres vivant dans ou provenant de zones enzootiques;
- des chauves-souris: morsures (même bénignes), ainsi qu'exposition dans un espace clos (p.ex. lorsqu'une personne découvre dans sa chambre à son réveil une chauve-souris vivante, malade ou morte). Une anamnèse dirigée est indispensable et permet de déterminer si une personne a été exposée au virus et si une PEP doit être débutée (cf. [46]).

La PEP contre la rage commence toujours par le traitement approprié des plaies: laver la plaie immédiatement et soigneusement à l'eau savonneuse pendant 15 minutes et désinfecter à l'aide d'une préparation de povidone iodine ou d'une autre substance virucide [46].

Ensuite, **administrer la vaccination post-expositionnelle contre la rage**, selon un schéma qui dépend du statut vaccinal (cf. l'encadré de schéma de vaccination ci-dessous).

Schéma de la PEP contre la rage pour les personnes préalablement vaccinées (≥ 2 doses de vaccin antirabique) [46]

- Administration d'une dose de rappel aux jours 0 et 3 (total 2 doses de vaccin antirabique).
- **Pas** d'immunisation passive.
- Contrôle sérologique au jour 14.
Si le titre d'anticorps est < 0,5 UI/ml, une nouvelle dose de vaccin est administrée au jour 21 ou dès que possible après réception du résultat. Ensuite, contrôles sérologiques et doses de vaccin supplémentaires jusqu'à un titre d'anticorps ≥ 0,5 UI/ml.

Schéma de la PEP contre la rage pour les personnes non ou incomplètement vaccinées au préalable (< 2 doses de vaccin antirabique) ou dont le statut vaccinal est inconnu [46]

- **Vaccination active:** administration d'une dose de vaccin antirabique aux jours 0, 3, 7 et 14 (total 4 doses).
- **Immunisation passive:** administration d'immunoglobulines antirabiques humaines (hRIG). Les hRIG sont administrées une seule fois à un dosage maximal de 20 UI/kg de poids corporel. La quantité totale de hRIG, ou autant que possible en fonction de l'anatomie du site de la morsure/griffure, doit être injectée dans et autour de la/des plaie(s) (en règle générale, une ampoule de 2 ml (300 UI) suffit, même si un dosage plus élevé a été calculé). Les immunoglobulines doivent être administrées en même temps que la première dose de vaccin (PEP) ou au plus tard dans les 7 jours suivant cette 1^{re} dose [44].
- Contrôle sérologique au jour 21. Si le titre d'anticorps est < 0,5 UI/ml, une nouvelle dose de vaccin est administrée au jour 28 ou dès que possible après réception du résultat. Ensuite, contrôles sérologiques et doses de vaccin supplémentaires jusqu'à un titre d'anticorps ≥ 0,5 UI/ml.

m) Tuberculose: vaccination pour les nourrissons à risque accru d'exposition

La vaccination BCG contre la tuberculose est recommandée seulement pour les nouveau-nés et nourrissons de < 12 mois (risque de développer une tuberculose disséminée) qui présentent un risque accru d'exposition. Il s'agit de nourrissons qui vivront de manière permanente dans un pays avec une incidence de tuberculose élevée. La valeur seuil recommandée est une incidence de > 50 cas pour 100 000 habitants et par année (information de l'OMS sur les incidences de la tuberculose: www.who.int/tb/country/data/profiles/en/). Tant que le vaccin n'est pas disponible en Suisse, il est recommandé d'effectuer la vaccination dans le pays de destination. Les séjours de courte durée (p.ex. vacances, visites) ne constituent pas une indication à la vaccination [47].

n) Varicelle: vaccination pour les personnes de ≥ 40 ans à risque accru de complications ou de transmission

La vaccination contre la varicelle est recommandée pour les personnes dès 40 ans **non immunes** (IgG négatives) présentant un risque élevé de complications ou de transmission:

- personnes souffrant d'une leucémie ou de cancers (vaccination pendant une rémission clinique);
- personnes en attente d'une thérapie immunosuppressive ou d'une transplantation d'organe;
- personnes souffrant d'un syndrome néphrotique;
- personnes en contact étroit avec les patients susmentionnés (p.ex. enfants, membres d'un même foyer);
- personnel médical et soignant (en particulier dans les services de gynécologie/obstétrique, pédiatrie, oncologie, soins intensifs, personnes s'occupant de patients souffrant d'une immunodéficience);
- personnes en contact étroit avec des enfants prématurés (naissance à < 32 + 0/7 SG ou poids de naissance < 1500 g).

Schéma vaccinal contre la varicelle des personnes à risque accru dès 40 ans non immunes (IgG négatives)

- 2 doses aux temps 0 et 1 mois
- **Vaccination de rattrapage:** une 2^e dose est recommandée pour les personnes à risque n'ayant reçu qu'une seule dose de vaccin contre la varicelle.

3.2 Par risque accru de complications et de maladies invasives

a) Vaccinations recommandées pour les personnes à risque par maladie chronique/facteur de risque

Voir le *tableau 5* pour l'aperçu des vaccinations recommandées pour les personnes à risque par maladie chronique/facteur de risque.

Recommandations publiées séparément du plan de vaccination pour des groupes de patient.e.s spécifiques

Les recommandations de vaccination suivantes pour des groupes à risque/maladies chroniques/situations à risque spécifiques sont publiées séparément du plan de vaccination :

- *Maladies malignes et personnes contacts vivant dans le même foyer*; état: 2022
- *Avant et après transplantation d'organe solide*; état: 2014
- *Patients receveurs de cellules souches hématopoïétiques*; état: 2014
- *Asplénies anatomiques ou fonctionnelles*; état: 2015

Principes de vaccination et recommandations pour les personnes atteintes de maladies inflammatoires auto-immunes (IMID):

- *Maladies rhumatismales auto-immunes inflammatoires (Rheuma-IMID)*; état: 2014
- *Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou d'autres maladies gastro-intestinales à médiation (auto-)immune (Gastro-IMID)*; état: 2017
- *Vaccination des personnes adultes atteintes de maladies neuro-immunologiques: principes et recommandations (Neuro-IMID)*; état 2026

b) Grossesse et allaitement: vaccinations et contrôles sérologiques avant, pendant et après la grossesse

Vaccinations et contrôles sérologiques avant et pendant la grossesse [38]

Avant chaque grossesse: pour protéger la mère et l'enfant, il est recommandé de vérifier l'immunité et de compléter le statut vaccinal, notamment pour les maladies suivantes:

- ROR: 2 doses documentées au moins contre chacune des 3 composantes, à défaut compléter et documenter. **PAS** de contrôle sérologique en cas de vaccination documentée (1 ou 2 doses) [30].
- Varicelle: maladie documentée (anamnèse positive) ou immunité (IgG) ou 2 vaccinations documentées. **PAS** de contrôle sérologique en cas de vaccination documentée (1 ou 2 doses) [30].
- Hépatite B: 2 ou 3 doses de vaccin HBV selon le plan de vaccination.

Une seule fois, durant la grossesse

La vaccination contre le VRS durant la grossesse est recommandée en tant que l'une des deux options possibles pour l'immunisation passive des nourrissons à naître entre octobre et mars. Détails et recommandations, voir 1.1.a et Figure 1 (Algorithme pour l'immunisation des enfants contre le VRS au cours de leur première année de vie en fonction du mois de naissance (prévu)).

Pendant chaque grossesse: pour protéger la mère et l'enfant, il est recommandé de réaliser les vaccinations

- contre la grippe (1^{er}, 2^e ou 3^e trimestre)
- contre la coqueluche (2^e ou 3^e trimestre, de préférence pendant le 2^{ème} trimestre; vaccination de rattrapage jusqu'à 2 semaines avant le terme; cela permet une protection élevée du nouveau-né par immunisation passive transplacentaire) avec un vaccin dTp_a indépendamment de la date de la dernière vaccination ou d'une symptomatologie compatible avec une coqueluche.
- contre le COVID-19 (2^e ou 3^e trimestre)

Contrôles sérologiques:

- Hépatite B: toutes les femmes enceintes devraient lors de chaque grossesse passer un test Ag HBs. Cette recommandation vaut également lors de la première grossesse de femmes complètement vaccinées contre l'hépatite B. Seule exception: une immunité préexistante, documentée de manière fiable, après une vaccination complète (anti-HBs ≥ 100 UI/l) ou après une infection passée (anti-HBc et anti-HBs positifs). Pour de plus amples informations concernant le moment du dépistage et la procédure en cas de test positif, cf. *chap. 7.1.5 des Recommandations pour la prévention de l'hépatite B* [10].
- Une recherche des **anticorps IgG spécifiques** de la rubéole, de la rougeole et de la varicelle doit être effectuée seulement chez les femmes enceintes **non vaccinées**. Ce résultat sérologique sert de point de référence en cas de suspicion ultérieure d'infection durant la grossesse. Il permet également, si la femme se révèle non immune, de lui recommander:
 - d'éviter tout contact avec des personnes infectées ou susceptibles de l'être;
 - de faire vacciner son partenaire, les autres membres du foyer et les éventuels enfants (s'ils ne sont pas/pas complètement vaccinés ou s'ils n'ont pas eu la maladie par le passé);
 - de recevoir 2 doses de vaccin ROR, RORV et/ou varicelle rapidement après l'accouchement, idéalement en post-partum.

Une sérologie négative contre la varicelle ou la rougeole peut être faussement négative et devrait être vérifiée au moyen d'un test ultrasensible (p.ex. laboratoire des HUG).

En cas de **protection incomplète** de la femme enceinte contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et/ou la varicelle (1 seule dose contre la rougeole, la rubéole ou la varicelle et pas d'antécédent de varicelle attesté par un médecin): compléter ces vaccinations avec une 2^e dose immédiatement après la naissance ou dans le post-partum immédiat.

Vaccinations pendant l'allaitement, voir page 35.

Tableau 5

Aperçu des vaccinations recommandées pour les personnes à risque en raison d'une maladie chronique ou d'un facteur de risque augmentant le risque de complications et de maladies invasives

État: 2026

Subdivision en 5a) Maladie chronique/facteur de risque clinique et 5b) Grossesse, prématurité, nouveau-nés en tant que facteur de risque

Remarque: l'âge et le stade clinique peuvent varier en fonction du vaccin et du facteur de risque. Les recommandations détaillées par vaccin pour les personnes à risque sont disponibles via les liens figurant au *chapitre 3.1*. Pour les personnes qui présentent plusieurs risques, il est important de vérifier pour chaque risque quelles sont les vaccinations recommandées. Par ex.: receveur de cellules souches qui habite dans une zone où la vaccination contre la FSME est recommandée, ou qui présente une vulnérabilité particulière liée à une autre comorbidité. En outre, les vaccinations recommandées de base et complémentaires doivent être incluses dans le bilan vaccinal de tout un chacun, ainsi que dans de rares cas, la vaccination contre la varicelle pour les personnes non encore immunes âgées de ≥ 40 ans.

5a) Maladie chronique / facteur de risque clinique		Influenza	Covid-19	Pneumocoques	VRS	Coqueluche	Meningocoques A, C, W, Y et B	Zona / h. zoster	Hépatite A	Hépatite B
Cardio-vasculaire	Insuffisance cardiaque (*selon le stade de la maladie)	x	x*	x*						
	Maladies cardiovasculaires (*selon le stade de la maladie), malformation congénitale	x	x*							
	Accident vasculaire cérébral et/ou vasculopathie symptomatique; Hypertension artérielle avec atteinte des organes terminaux, Hypertension artérielle résistante au traitement; Hypertension artérielle pulmonaire		x							
Pneumo	Pneumopathie chronique obstructive (*selon le stade de la maladie)	x	x*	x*				x*		
	Asthme sévère: en cas de traitement prolongé ou fréquent avec des corticoïdes oraux	x	x	x				x		
	Bronchiectasies sur carences en anticorps	x	x	x						
	Autres maladies pulmonaires (p. ex: mucoviscidose, asthme traité par aérosols)	x	x							
Foie	Maladie hépatique chronique	x							x	x
	Cirrhose hépatique	x	x	x					x	x
Rate	Asplénie anatomique ou fonctionnelle	x	x	x			x			
Reins	Insuffisance rénale (*selon le stade de la maladie)	x	x*	x*				x*		
	Syndrome néphrotique	x		x						
Neuro-musculaire	Si répercussion sur la fonction cardiaque, pulmonaire ou rénale	x								
Métabolisme	Diabète avec répercussion sur la fonction cardiaque, pulmonaire ou rénale	x	x	x				x		
	Obésité (selon BMI)	x	x							
	Coeliaquie (nouvellement diagnostiquée chez les adultes)			x						
Neoplasies	Lymphome, leucémie, myélome, tumeur maligne solide sous chimiothérapie cytotoxique active	x	x	x				x		
Transplantations	Candidats à une transplantation d'organe solide	x	x	x				x		x
	Receveurs d'une transplantation d'organe solide	x	x	x				x	x	x
	Receveurs de cellules souches hématopoïétiques	x	x	x				x		

Tableau 5 (suite)

5a) Maladie chronique / facteur de risque clinique		Influenza	Covid-19	Pneumocoques	VRS	Coqueluche	Meningocoques A, C, W, Y et B	Zona / h. zoster	Hépatite A	Hépatite B
Immuno-suppression médicamenteuse	Maladie auto-immune nécessitant une immuno-suppression	x	x	x				x		x
	Immunosuppression médicamenteuse (y compris en cas de corticothérapie de longue durée par voie générale et radiothérapie)	x	x	x				x		x
VIH	Infection à VIH avec CD4 $\geq$ 15 % (Adultes : $\geq$ 200/ μ l)	x		x				x		x
	Infection à VIH avec CD4 < 15 % (Adultes : < 200/ μ l)	x	x	x				x		x
Immunodéficiences congénitales (inborn errors of immunity)	Immunodéficiência congénitale, immunodéficiência commune variable	x	x	x				x		
	Déficit en facteurs de la voie alterne ou terminale du complément	x	x	x			x			
	Déficit en facteurs de la voie alterne ou terminale du complément	x	x	x			x			
ORL	Implan cochléaire, in situ ou planifié			x						
Crâne	Fracture ou malformation de la base du crâne, fistule de liquide céphalo-rachidien			x						
Anomalie chromosomique	Trisomie 21		x							

Février 2026

5b) Grossesse, prématurité et nouveau-nés : vaccinations recommandées pour une protection directe ou une immunisation passive de la personne à risque		Influenza	Covid-19	Pneumocoques	VRS	Coqueluche	Meningocoques A, C, W, Y et B	Zona / h. zoster	Hépatite A	Hépatite B
Grossesse	Protection directe de la femme enceinte (*selon la semaine de grossesse)	x	x*							
	Pour l'immunisation passive des nouveau-nés (*selon la semaine de grossesse)				x*	x*				
	Post-partum, si pas vaccinée durant la grossesse	x				x				
Prématurité	Naissance avant 32 + 0/7 SG ou poids de naissance < 1500g	x		x		x				
Nouveau-né	Mère Ag HbsAg positive									x

Directives et recommandations

Vaccinations pendant l'allaitement [38, 48, 49]

L'administration de tous les vaccins inactivés ou vaccins à virus vivant atténué (à l'exception du vaccin contre la fièvre jaune) aux mères qui allaitent est possible sans conséquences négatives pour ces dernières ou leur nourrisson. Bien que les virus vivants contenus dans les vaccins puissent se répliquer chez la mère et que certains virus vivants vaccinaux puissent être retrouvés dans le lait maternel et transmis au nourrisson dans des cas extrêmement rares, cela reste sans conséquence pour le nourrisson. En conséquence, les vaccins à virus vivant atténué ROR et varicelle, les vaccins inactivés (tels que recombinés, conjugués à des polysaccharides, toxoïdes, à ARN) ne présentent **aucun risque pour la mère et l'enfant pendant l'allaitement**. La seule exception est le vaccin contre la fièvre jaune, qui ne doit pas être administré aux mères qui allaitent durant les (6 à) 9 premiers mois de vie du nourrisson. (Vaccination pour les voyageurs, cf. www.healthytravel.ch).

Les enfants allaités devraient être vaccinés selon le calendrier vaccinal actuellement recommandé.

c) Enfants nés prématurément (VLBW)

Un plan de vaccination adapté et accéléré est recommandé pour les enfants nés avant 32 + 0/7 SG ou avec un poids de naissance < 1500 g (tableau 6). Il est complété

par des recommandations spécifiques pour les membres de la famille (cf. tableau 7) [50]. Les données d'âge se réfèrent toujours à l'âge chronologique (et non à l'âge corrigé). Tous les nourrissons, et en particulier ceux nés entre 32 + 0/7 et 36 + 0/7 SG, devraient bénéficier d'une vaccination réalisée selon les délais recommandés (aux âges chronologiques de 2 et 4 mois).

Précautions à prendre

Les enfants prématurés encore hospitalisés au moment de leur vaccination doivent bénéficier d'une surveillance cardio-respiratoire de 48 heures au moins après la vaccination. Si, au cours des 48 heures suivant la première vaccination, une réaction a été observée chez les prématurés sous la forme d'une augmentation significative ou récidive de bradycardie et/ou de bradypnées, ils seront soumis à cette même surveillance cardio-respiratoire après leur deuxième vaccination, même si cela implique une réhospitalisation de 48 heures. Selon les connaissances actuelles, il n'y a pas besoin d'instaurer cette surveillance pour les doses suivantes (sauf avis contraire du médecin), pas plus que pour les prématurés déjà sortis de néonatalogie au moment de leur première vaccination (60 jours), quel que soit leur âge gestationnel.

Tableau 6

Vaccination des enfants nés prématurément (<32+0/7 SG ou avec un poids de naissance <1500 g)

État: 2026

Âge	VRS (anticorps monoclonal à longue durée d'action; AcM)	Diphtérie (D), Tétanos (T), Coqueluche (P _a), Polio (IPV), Hib, Hépatite B (HBV) (vaccin combiné)	Pneumocoques (PCV)	Rotavirus	Influenza ⁴⁾	Rougeole (R) ⁵⁾ Oreillons (O) Rubéole (R) Varicelle (VZV) (vaccin combiné)	Autres
Naissance	1 dose AcM						HBV ⁶⁾
2 mois	Calendrier vaccinal selon le mois de naissance ¹⁾	DTP _a -IPV-Hib-HBV	PCV	RV			
3 mois		DTP _a -IPV-Hib-HBV	PCV				4CMenB ⁵⁾
4 mois		DTP _a -IPV-Hib-HBV	PCV	RV			
5 mois							4CMenB ⁵⁾
6 mois					Influenza ³⁾		
9 mois						RORV ⁴⁾	
12 mois		DTP _a -IPV-Hib-HBV ³⁾	PCV			RORV	
12-24 mois	1 dose AcM en octobre ou dès que possible par après ²⁾				Influenza ³⁾		12-18 mois: 4CMenB + MenACWY ⁵⁾

¹⁾ Moment d'administration de l'AcM anti-RSV à longue durée d'action pendant la 1^{ère} année de vie: voir le chapitre 1.1.a

²⁾ Les nourrissons prématurés (nés avant 32 + 0/7 SG) âgés de ≤ 24 mois, cf. chapitre 3.1.

³⁾ Vaccination saisonnière contre la grippe (octobre-janvier) à partir de l'âge de 6 mois pendant les deux premiers hivers. La vaccination nécessite deux doses à 4 semaines d'intervalle le premier hiver et 1 dose le deuxième hiver (dosage – ½ ou dose complète – selon l'information professionnelle sur le vaccin).

⁴⁾ Vaccination ROR: première dose d'un vaccin combiné à l'âge de 9 mois (à l'âge de 6 mois ROR en cas de risque accru, par exemple en cas de cas de rougeole dans l'entourage) et deuxième dose à 12 mois. En cas de vaccination ROR entre 6 et 8 mois, 3 doses au total sont nécessaires pour une vaccination complète (2^e dose à 9 mois, 3^e dose à 12 mois, chacune sous forme de ROR).

⁵⁾ Pour le schéma de vaccination et de plus amples informations sur ces vaccinations complémentaires contre les méningocoques, voir chapitre 1.1 i et chapitre 1.1 j.

⁶⁾ Prématurés nés de mères AgHBs positives: 4 doses aux temps 0 (en même temps que HBIG), 1, 2 et 12 mois (1^{ère} et 2^{ème} dose de vaccin monovalent; 3^{ème} et 4^{ème} dose de vaccin hexavalent). Contrôle sérologique du succès de la vaccination un mois après la dernière dose.

Recommandation de vaccination de l'entourage des enfants nés prématurément

La quantité plus faible anticorps maternels transférés lors d'une naissance prématurée et leur diminution rapide exposent les grands prématurés à un risque précoce d'infections et à une période de risques nettement plus longue que celle des enfants nés à terme. Leur protection pendant leurs premiers mois de vie repose essentiellement sur la prévention des contagions. En plus des règles d'hygiène élémentaires (lavage des mains, etc.), la réalisation chez les parents ou la fratrie de certaines vaccinations avant ou juste après la naissance permet de diminuer considérablement le risque d'exposition (tableau 7).

Tableau 7
Vaccination de l'entourage des enfants nés prématurément (<32+0/7 SG ou avec un poids de naissance <1500g)
État: 2026

Maladies	Recommandations
Coqueluche	Mise à jour (rattrapage) de la protection vaccinale de la fratrie Vaccination des parents (et des personnes en contact régulier) ¹⁾ .
Influenza	Vaccination de l'entourage familial/des personnes s'occupant du nourrisson et des professionnels de la santé (2 premiers hivers).
ROR	Mise à jour (rattrapage) de la protection vaccinale de tout l'entourage familial avec un vaccin ROR ou RORV (pour les détails, cf. vaccinations de rattrapage/tableau 2).
Varicelle	Mise à jour (rattrapage) de la protection vaccinale de tout l'entourage familial (avec un vaccin contre la varicelle ou un vaccin RORV (pour les détails, cf. vaccinations de rattrapage/tableau 2).

¹⁾ Une dose de vaccin contre la coqueluche avec le dTp_a est recommandée pour les parents et les personnes en contact régulier (fratrie, grands-parents, garde extrafamiliale), quel que soit leur âge. Ces personnes (adolescents ou adultes) devraient être vaccinées dès que possible contre la coqueluche (une seule dose dès l'âge de 11 ans suffit) si elles n'ont pas été vaccinées durant les 10 années précédentes. L'intervalle minimal depuis la dernière dose de vaccin antitétanique est de 4 semaines. Une dose de vaccin contre la coqueluche (dTp_a) est recommandée également durant chaque grossesse, indépendamment de la date de la dernière vaccination ou infection. Cette vaccination, administrée idéalement au cours des 13^e–26^e SG, a comme but de protéger les nourrissons de manière très efficace durant leurs premières semaines de vie (transmission transplacentaire des anticorps). Si la vaccination n'a pas eu lieu pendant la grossesse, il est recommandé de l'effectuer le plus rapidement possible après l'accouchement, si la dernière vaccination contre la coqueluche ou la dernière maladie confirmée en laboratoire remonte à > 10 ans.

3.3 Par risque accru d'exposition et/ou de transmission

Les vaccinations recommandées pour les groupes de population présentant un risque accru d'exposition et/ou de transmission sont résumées dans le *tableau 8*.

Tableau 8:

Vaccinations recommandées pour les groupes de population à risque accru d'exposition et/ou de transmission à des agents pathogènes spécifiques

État: 2026

	Hépatite A	Hépatite B	Varicelle	Influenza	Pneumocoques	Méningocoques A, C, W, Y et B	Coqueluche	FSME	Rage
Personnel médical et soignant ¹⁾	x ²⁾	x ³⁾	x	x			x ⁴⁾		
Personnes en contact professionnel ou familial régulier avec des nourrissons de <6 mois				x			x		
Personnel de laboratoire susceptible d'être exposé	x ²⁾	x ²⁾	x ²⁾		x ²⁾	x ²⁾			x ²⁾
Entourage familial des personnes à risque accru			x	x			x ⁴⁾		
Personnes en contact étroit avec des personnes infectées	x	x				x			
Personnes résidentes et personnel des maisons de soins ou des établissements pour malades chroniques				x					
Personnes atteintes de troubles physiques et/ou de déficiences intellectuelles en institution et personnel d'encadrement		x							
Usagers de drogues et personnes à leur contact	x	x							
Personnes changeant souvent de partenaires sexuels		x							
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ¹⁾	x	x							
Personnes ayant une maladie sexuellement transmissible		x							
Personnes dialysées		x		x	x				
Personnes hémophiles		x							
Travailleurs sociaux, personnel des prisons et de la police en contact fréquent avec des usagers de drogues		x							
Personnes incarcérées		x							
Personnes provenant de pays de moyenne ou haute endémicité pour l'hépatite B (Prévalence AgHBs: ≥5 %)		x							
Enfants originaires de pays de moyenne ou haute endémicité vivant en Suisse et retournant dans leurs pays pour des séjours temporaires	x								
Personnes en contact étroit avec des personnes en provenance de pays de haute endémicité	x ²⁾								
Travailleurs des canalisations et des stations d'épuration	x								
Recrues						x			
Adultes et enfants (de manière générale dès 3 ans) qui résident ou séjournent temporairement dans une zone à risque et s'exposent aux tiques								x	
Vétérinaires (étudiants; assistants vétérinaires); personnels de laboratoire qui diagnostiquent la rage, mènent des recherches sur la rage ou produisent des vaccins antirabiques									x
Personnes qui soignent des animaux, marchands d'animaux; personnel engagé dans la lutte contre les épizooties									x
Scientifiques effectuant des recherches sur les chiroptères, protecteurs des chauves-souris									x

¹⁾ La vaccination contre la mpox (variole du singe) est recommandée à des personnes spécifiques appartenant à ce groupe, cf. *Mpox (variole du singe)*.

²⁾ Selon le risque d'exposition

³⁾ Cf. Algorithme de la vaccination contre l'hépatite B pour le personnel de santé (*sous chapitre 3.3.b*).

⁴⁾ Travail dans une unité de soins pour nourrissons / néonatalogie ou contact régulier avec des nourrissons de <6 mois

a) Voyages à l'étranger

Pour les voyages à l'étranger, il existe des prescriptions internationales en matière de vaccinations et des recommandations élaborées par le Comité d'experts en médecine des voyages (CEMV). Elles sont régulièrement actualisées et publiées sur www.healthytravel.ch. Ces recommandations de vaccination ne figurent pas dans le plan de vaccination. Des informations sont également disponibles sur le site *Santé-voyages: vaccinations et mesures antipaludiques*

b) Personnel de santé

Une protection vaccinale complète selon le plan de vaccination est importante pour tout le personnel de santé (*voir aussi tableau 9*). Toute vaccination manquante devrait être rattrapée. Si un travailleur de la santé refuse une vaccination recommandée, il faut prendre, en cas d'exposition, les mesures qui conviennent pour le protéger et empêcher une éventuelle transmission aux patients (traitement post-expositionnel, changement de poste, arrêt momentané du travail, etc.).

Hépatite B (≥3 doses): tout travailleur de la santé pouvant être en contact avec du sang ou des liquides biologiques contaminés par le sang; contrôle sérologique positif après la troisième dose (anti-HBs ≥ 100 U/l).

Rougeole, oreillons et rubéole (2 doses): tout travailleur de la santé ayant reçu moins de 2 doses. Le contrôle des anticorps n'est pas recommandé pour les personnes ayant été vaccinées deux fois (efficacité élevée de la vaccination mais risque de faux-négatifs sérologiques). Si la vaccination ROR a été effectuée au moyen du vaccin Triviraten® (souche virale Rubini, inefficace), il est recommandé de la répéter (objectif: 2 doses *efficaces* pour chaque composante). En cas de protection vaccinale incomplète contre la varicelle ET d'anamnèse négative ou incertaine pour la varicelle, un vaccin combiné quadrivalent RORV peut également être administré.

Varicelle (1–2 doses): tout travailleur de la santé de <40 ans, ou sans limite d'âge en cas de travail avec des personnes à risque (par ex. nouveau-nés, immunosupprimés, *cf. Chap 3, point n*), sans anamnèse certaine de varicelle et séronégatif pour les IgG contre la varicelle (compléter la vaccination si 1 seule dose reçue). En cas de protection vaccinale incomplète contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, un vaccin combiné quadrivalent RORV peut également être administré.

Influenza (vaccination annuelle entre mi-octobre et le début de la vague de grippe): tout travailleur de la santé en contact avec les patients.

Diphtérie, tétanos, coqueluche (pertussis): tout travailleur de la santé (vaccination de base, rappels réguliers dT et une dose unique de vaccin contre la coqueluche à l'âge de 25 ans; *cf. tableaux 1, 2 et 4*). De manière générale, aucun contrôle sérologique n'est recommandé avant ou après une vaccination de rappel dT(p_a). Les travailleurs de la santé en contact régulier avec des nourrissons de moins de 6 mois devraient recevoir 1 dose de dTp_a tous les 10 ans, quel que soit leur âge. Dans cette situation, l'intervalle minimum depuis la dernière dose de vaccin antitétanique est de 4 semaines.

Poliomyélite: tout travailleur de la santé (vaccination de base); personnel de laboratoire travaillant avec des poliovirus (vaccination de base, suivie de rappels tous les dix ans).

Hépatite A (2 doses): le respect des précautions standard en matière d'hygiène prévient efficacement la transmission de l'hépatite A aux travailleurs de la santé. La vaccination contre l'hépatite A est recommandée aux travailleurs de la santé qui

- travaillent dans des laboratoires et sont en contact avec des échantillons de selles;
- sont en contact professionnel étroit avec des usagers de drogues ou des personnes en provenance de pays à moyenne ou forte endémicité; ou qui
- travaillent, conformément aux recommandations de la SUVA, dans un environnement où la probabilité de transmission féco-orale du virus de l'hépatite A est élevée (service de pédiatrie ou de gastro-entérologie).

Les travailleurs de la santé présentant un risque d'hépatite A et ayant déjà reçu une dose de vaccin contre l'hépatite A par le passé devraient en recevoir une seconde 6 mois au moins après la première. Les travailleurs de la santé qui n'ont jamais été vaccinés contre l'hépatite A recevront deux doses à un intervalle minimal de six mois. Il est également possible d'administrer un vaccin combiné pour vacciner contre les hépatites A et B, si indiqué. Le schéma de vaccination comprend trois doses (0, 1 et 6 mois). Aucune recherche sérologique des anticorps de l'hépatite A n'est recommandée après la vaccination contre l'hépatite A.

Méningocoques (vaccins conjugués MCV-ACWY et 4CMenB): activité dans un laboratoire de microbiologie et contact avec des échantillons à partir desquels des méningocoques sont susceptibles d'être diffusés par aérosol.

Vaccin combiné quadrivalent MCV-ACWY: la primovaccination consiste en une seule dose suivie de rappels tous les 5 ans, si le risque d'exposition persiste.

Vaccin 4CMenB: la primovaccination consiste en 2 doses (aux temps 0 et 2 mois) suivies de rappels tous les 5 ans, si le risque d'exposition persiste.

La vaccination contre **la tuberculose** (BCG) n'est pas indiquée.

Mpox *cf.* recommandation de vaccination séparée sur le site de l'OFSP *Mpox (variole du singe)*

Prise en charge des coûts

La législation suisse oblige l'employeur à prendre en charge le coût de toutes les vaccinations indiquées dans le cadre de la médecine du travail, puisqu'il s'agit d'une activité dépendante au sens de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS). Les textes législatifs déterminants sont la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), l'ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles (OPA; RS 832.30) et l'ordonnance du 25 août 1999 sur la protection des travailleurs contre les risques liés aux micro-organismes (OPTM; RS 832.321).

Sont également concernés les étudiants qui, dans le cadre d'un stage, sont employés dans un établissement de santé. Les étudiants et les stagiaires qui ne sont pas payés par l'établissement de santé ou dont la rémunération est en-deçà du seuil d'assurance de l'AVS ne sont pas couverts par l'assurance-accidents obligatoire et ne peuvent pas prétendre à ce que l'institution de santé subvienne aux coûts du vaccin. Pour des raisons éthiques, une prise en charge de ces coûts par l'établissement concerné (hôpital, université, école) est toutefois indiquée aussi pour les étudiants et les stagiaires.

Tableau 9

Schéma de vaccination pour le personnel de santé non ou incomplètement vacciné

État: 2026

Vaccin	Doses déjà reçues	Doses nécessaires ¹⁾	Intervalle (mois)	Prochain rappel
Diphtérie, tétanos (dT) ²⁾, coqueluche (pertussis; p_a) ²⁾ (cf. tableau 4), poliomyélite ³⁾				
Rougeole, oreillons, rubéole ⁴⁾	0 1 2	2 1 0 ⁵⁾	0, ≥ 1 0	
Varicelle	0 1 2	2 1 0	0, 1–2 0	
Influenza	Vaccination annuelle (de préférence entre mi-octobre et le début de la vague de grippe)			
Hépatite B	cf. texte ci-après et figure 2			
Hépatite A	0 1	2 1	0, 6 ⁶⁾ 0 ⁶⁾	
Méningocoques ACWY ⁸⁾	0 1 MCV-ACWY ⁷⁾	1 MCV-ACWY ⁷⁾ 0 MCV-ACWY		tous les 5 ans (MCV-ACWY) ⁹⁾ tous les 5 ans (MCV-ACWY) ⁹⁾
Méningocoques B ⁸⁾	0 1	2× 4CMenB ⁷⁾ 1× 4CMenB ⁷⁾	0, 1	tous les 5 ans (4CMenB) ⁹⁾ tous les 5 ans (4CMenB) ⁹⁾

¹⁾ Total des doses à rattraper actuellement.

²⁾ En cas de statut vaccinal inconnu, administrer une dose de dT ou dTp_a puis contrôler le taux d'anticorps contre la toxine tétanique afin de décider de la conduite à tenir. Alternative: considérer comme non vacciné (3 doses: 1× dT(p_a)-IPV, 2× dT-IPV respectivement à 0, 2 et 8 mois). Le personnel de santé en contact régulier avec des nourrissons de <6 mois devrait avoir reçu une dose de vaccin contre la coqueluche (dTp_a) tous les 10 ans, indépendamment de l'âge. L'intervalle de temps minimum depuis la dernière dose de T est de 4 semaines.

³⁾ Des rappels contre la poliomyélite ne sont nécessaires que si le risque est élevé (personnel de laboratoire travaillant avec des poliovirus). Rappel tous les 10 ans.

⁴⁾ La vaccination ROR comprend 2 doses. Elle peut être administrée à tout âge, sauf aux femmes enceintes. Les personnes non vaccinées (non immunes) reçoivent 2 doses.

⁵⁾ Si une des vaccinations ROR ou les deux ont été faites au moyen du Triviraten® (souche ourlienne Rubini, inefficace), elles devraient être rattrapées avec un vaccin ROR différent du Triviraten®.

⁶⁾ Trois doses, en cas de vaccination combinée contre l'hépatite A et l'hépatite B.

⁷⁾ MCV-ACWY: vaccin conjugué contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y; 4CMenB: vaccin recombinant contre les méningocoques du séro groupe B.

⁸⁾ Activité dans un laboratoire de microbiologie et contact avec des échantillons à partir desquels des méningocoques sont susceptibles d'être diffusés par aérosol.

⁹⁾ Si le risque d'exposition persiste.

Recommandations de vaccination contre l'hépatite B pour le personnel de santé

Les recommandations suivantes (cf. figure 2) pour la détermination de l'immunité du personnel de santé contre l'hépatite B, se fondent, hormis quelques modifications, sur les recommandations de la SUVA ainsi que sur celles de l'OFSP et de la CFV.

1) Personnel non vacciné ou incomplètement vacciné (<3 doses ou <2 doses reçues entre 11 et 15 ans d'un vaccin contre l'hépatite B pour adultes):

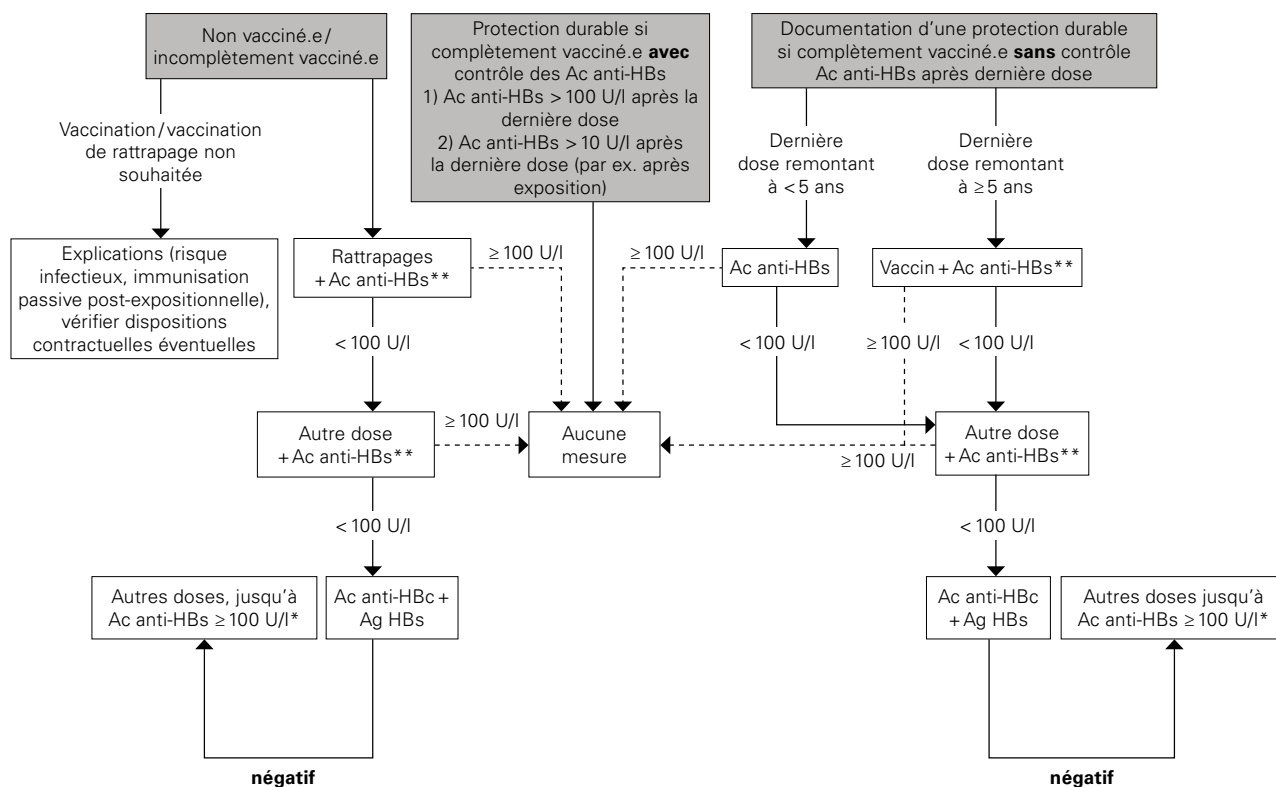
- Il est recommandé de rattraper les doses manquantes et de procéder à un dosage des anticorps anti-HBs 4 (à 8) semaines après la dernière dose:
 - Si le taux est de ≥ 100 UI/l, aucune autre mesure n'est nécessaire.
 - Si le taux est de < 100 UI/l, administrer une dose supplémentaire et répéter la sérologie.
 - Si le taux reste < 100 UI/l, il est recommandé de doser les anticorps anti-HBc et l'Ag HBs afin d'exclure une infection antérieure ou une infection active par le HBV. Si ces deux contrôles sont négatifs, administrer de nouvelles doses à intervalle de 2 à 6 mois (selon le risque d'infection par le HBV). Il est conseillé de déterminer le taux d'anticorps anti-HBs après chaque dose supplémentaire, jusqu'à ce que le seuil de 100 UI/l soit atteint. La conduite à tenir (p.ex. vaccination avec Twinrix® ou une double dose d'un vaccin monovalent [51]) se décide au cas par cas, si le taux d'anticorps anti-HBs est toujours de < 100 UI/l après 6 doses au total.
- Les personnes qui refusent de compléter leur vaccination recevront une information adéquate sur les risques d'infection par le HBV et sur la nécessité d'une immunisation passive en cas d'exposition (p.ex. après s'être piqué avec une aiguille).

2) Personnel complètement vacciné (≥ 3 doses ou ≥ 2 doses entre 11 et 15 ans d'un vaccin contre l'hépatite B pour adultes):

- Personnel complètement vacciné, ayant eu une fois un taux d'anti-HBs de ≥ 100 UI/l: aucune autre mesure n'est nécessaire.
- Personnel complètement vacciné, sans détermination du taux d'anti-HBs: si une vaccination complète contre l'hépatite B est documentée, mais qu'il n'y a pas eu de dosage du taux d'anti-HBs dans les 4 à 8 semaines après la dernière dose, la procédure recommandée est la suivante:
 - si l'administration de la dernière dose remonte à moins de 5 ans, contrôler le taux d'anticorps anti-HBs. Si le taux est de < 100 UI/l, procéder comme indiqué au point 1) ci-avant. Si le taux est de ≥ 100 UI/l, aucune autre mesure n'est nécessaire;
 - si la dernière dose remonte à 5 ans ou plus, administrer une dose supplémentaire, puis déterminer le taux d'anti-HBs 4 (à 8) semaines plus tard. Si le taux est de < 100 UI/l, procéder comme indiqué au point 1). Si le taux est de ≥ 100 UI/l, aucune autre mesure n'est nécessaire.
- On peut considérer qu'un travailleur de la santé complètement vacciné, pour lequel un taux d'anti-HBs de > 10 UI/l est attesté au minimum 5 ans après la dernière dose (p.ex. après une exposition) avait répondu à la vaccination (≥ 100 UI/l 4 à 8 semaines après la dernière dose) et que, par conséquent, aucune autre mesure n'est nécessaire.
- En cas d'exposition à l'hépatite B (p.ex. après s'être piqué avec une aiguille), il faut respecter les directives et les recommandations correspondantes.

Figure 2

Algorithme de la vaccination contre l'hépatite B pour le personnel de santé



Ac anti-HBs = sérologie pour anticorps anti-HBs, Ag HBs = sérologie pour antigène HBs.

* Si, après six doses au total, les Ac anti-HBs restent inférieurs à 100 U/l, l'indication à administrer des doses supplémentaires (p. ex. avec Twinrix® ou une double dose d'un vaccin monovalent) est à discuter au cas par cas.

** Dosage des Ac anti-HBs 4–6 semaines après la vaccination

c) Prophylaxie antitétanique en cas de plaies
(cf. tableau 10)

Pour les personnes de <26 ans et de ≥65 ans et pour les personnes atteintes d'une immunodéficience ayant reçu au moins 3 doses de vaccin antitétanique, on recommande d'administrer en cas de blessure 1 dose de rappel dT/dTp_a (dès 8 ans) ou DTP_a-IPV (<8 ans) si la dernière vaccination remonte à plus de 5 ans (> 10 ans en cas de plaie superficielle non souillée).

Pour les adultes de 26 à 64 ans, l'intervalle des rappels est doublé, selon le type de plaie : rappel avec dT/dTp_a si la dernière vaccination T remonte à plus de 10 ans (> 20 ans en cas de plaie superficielle non souillée).

Pour les personnes ayant reçu moins de 3 doses de vaccin antitétanique (nourrissons, cf. ci-dessous) ou au statut vaccinal inconnu ou en cas d'immunodéficience humorale importante ou d'immunosuppression médicamenteuse (indépendamment du nombre de doses), on recommande d'administrer 1 dose d'un vaccin combiné DTP_a adapté à l'âge – dT/dTp_a (dès 8 ans) ou DTP_a (moins de 8 ans) – et, **en cas de blessures présentant un risque de tétanos, de compléter la protection par l'administration d'immunoglobulines** (les immunoglobulines ne sont pas nécessaires si les blessures sont superficielles et non souillées).

Chez les nourrissons de 5 à 11 mois ayant reçu 2 doses de vaccin, l'administration d'immunoglobulines antitétaniques n'est généralement pas recommandée. Elle peut être envisagée au cas par cas si le risque de tétanos est très élevé.

En cas de vaccination incomplète, que des immunoglobulines aient été administrées ou non, la protection vaccinale doit être complétée selon les schémas proposés aux *tableaux 3 et 4*.

La SUVA rembourse la vaccination dTp_a pour les adultes dans les cas où une vaccination post-expositionnelle contre le tétanos est indiquée après un accident et qu'une vaccination contre la coqueluche est indiquée simultanément selon les recommandations figurant dans le plan de vaccination. Les autres assurances-accidents appliquent en principe la pratique de la SUVA, mais n'y sont pas tenues.

Tableau 10
Prophylaxie antitétanique en cas de plaies
État : 2026

Âge ¹⁾	8–15 ans**	16–25 ans	26–64 ans	dès 65 ans
Risque faible de tétanos Plaies superficielles non souillées	dTp_a si dernière dose > (5)–10 ans	dT (p_a) ^{2) 3) 6)} si dernière dose ≥ 10 ans	dT ^{2) 4) 6)} si dernière dose ≥ 20 ans	dT ^{2) 6)} si dernière dose ≥ 10 ans
Risque élevé de tétanos*	dTp_a si dernière dose ≥ 5 ans	dT (p_a) ^{2) 3) 6)} si dernière dose ≥ 5 ans	dT ^{2) 5) 6)} si dernière dose ≥ 10 ans	dT ^{2) 6)} si dernière dose ≥ 5 ans
+ administration d'immunoglobulines anti-T (anti-T-IgG) si le nombre de doses de vaccin est inférieur à 3 ⁷⁾ ou inconnu et, chez les patients avec une immunodéficience humorale importante ou une immunosuppression médicamenteuse, indépendamment du nombre de doses reçues.				

* Plaies profondes et/ou souillées par de la poussière, de la terre, de la salive, des selles ; blessures avec écrasement des tissus et réduction de l'apport en oxygène ou pénétration de corps étrangers (blessure par balle, pincements, déchirures, piqûres) ; brûlures ou gelures graves, avortements septiques, nécroses tissulaires.

¹⁾ Administration d'un vaccin combiné avec la diphtérie. Chez les enfants de <8 ans, administration d'une combinaison avec un dosage adapté à l'âge. Chez les enfants entre 8 et 15 ans, ainsi que chez les adultes de 25 ans, il faut également envisager l'administration d'une dose de dTp_a (cf. *tableaux 1–4*).

** Les enfants de <8 ans avec une protection vaccinale antitétanique complète selon leur âge n'ont pas besoin d'une dose supplémentaire de vaccin. Si le statut vaccinal est incomplet avec ≤3 doses de DT, la vaccination doit être complétée selon le *tableau 3* sans administration d'immunoglobulines en sus. Les enfants de 1 à 7 ans avec <3 doses de vaccin antitétanique reçoivent une vaccination active (vaccin combiné adapté à l'âge) ainsi que des immunoglobulines antitétaniques.

²⁾ Indication à utiliser le dTp_a si contact régulier avec des nourrissons de <6 mois.

³⁾ À 25 ans, on recommande une dose de vaccin combiné avec la composante coqueluche (dTp_a).

⁴⁾ Rappel à effectuer chez les personnes immunodéficientes, si ≥ 10 ans depuis la dernière dose de (d)T.

⁵⁾ Rappel à effectuer chez les personnes immunodéficientes, si ≥ 5 ans depuis la dernière dose de (d)T.

⁶⁾ En cas d'indisponibilité de vaccin dT, cf. *Recommandation de remplacement* [29].

⁷⁾ Chez les nourrissons âgés de 5 à 11 mois ayant reçu 2 doses de vaccin, l'administration d'immunoglobulines antitétaniques n'est généralement pas recommandée. Elle peut être envisagée au cas par cas en cas de risque très élevé de tétanos.

Si la vaccination (d)T antérieure est probable mais non documentée, administrer une dose de dT ou de dTp_a puis contrôler le taux des anticorps antitétaniques, afin de déterminer la suite des vaccinations.

4. Vaccinations sans recommandation d'utilisation

Actuellement, il n'y a pas de vaccin sans recommandation d'utilisation, mais tous n'ont pas été intégrés dans le plan de vaccination, cf. chap 3.1. (*vaccination contre le mpox/Vaccination contre le RSV chez les adultes*).

5. Considérations générales

a) Séquence d'administration des vaccins

L'administration simultanée des vaccins recommandés pour un âge donné est possible aussi bien du point de vue immunologique que de celui de la sécurité d'emploi (pas d'augmentation significative des effets indésirables). Les vaccins injectables qui ne sont pas combinés dans la même préparation seront administrés en des sites différents et ne doivent en aucun cas être mélangés. Si deux vaccins vivants atténués sont indiqués (ROR, VZV, fièvre jaune), ils peuvent être administrés simultanément ou à un intervalle minimal de 4 semaines. Exception : dans la mesure du possible, les vaccins contre la fièvre jaune et contre la rougeole ne devraient pas être administrés en même temps, mais à 4 semaines d'intervalle pour obtenir une réponse immunitaire optimale [52].

Dans le cas des vaccins inactivés ou de l'administration séquentielle de vaccins inactivés et à virus vivants atténués, un tel intervalle n'est pas nécessaire ; si un intervalle est souhaité, il peut être choisi arbitrairement.

Le vaccin adjuvanté sous-unitaire contre le zona peut être administré en même temps que d'autres vaccins inactivés, mais en des sites différents.

b) Vaccination en cas d'anticoagulation / tendance aux hémorragies [53–56]

Les vaccins administrés par voie sous-cutanée (uniquement **vaccins vivants atténués**) ne présentent pas de risque supplémentaire pour les patients présentant une tendance aux hémorragies.

En principe, les **vaccins inactivés** ne sont pas administrés par voie sous-cutanée mais par voie **intramusculaire**, en raison d'une meilleure efficacité et d'un risque moindre d'EIV locaux. La mise en balance de ces avantages décisifs de l'administration intramusculaire par rapport à un risque accru de saignement chez les patients sous anticoagulation thérapeutique ou présentant un trouble de la coagulation montre qu'un vaccin peut être administré par voie intramusculaire en toute sécurité et sans augmentation des EIV, indépendamment du type de tendance aux saignements, en suivant la procédure ci-dessous. Dans le cas de l'hémophilie, l'administration intramusculaire se fait idéalement après la substitution des facteurs de coagulation. En principe, l'OFSP et la CFV recommandent d'administrer, par voie intramusculaire les vaccins pour lesquels cette voie est indiquée en cas d'anticoagulation/troubles de la coagulation, indépendamment des informations contenues dans les informations professionnelles.

Procédure à suivre en cas de troubles de la coagulation :

- Utiliser une aiguille **fine et longue** (25G)
- Effectuer l'injection de préférence dans **le haut du bras** (muscle deltoïde)
- Effectuer une **compression ferme pendant au moins 2 minutes** sans frotter.

- Ne pas aspirer avant d'injecter le vaccin (l'aspiration pourrait, lors de troubles de la coagulation, entraîner plus d'EIV locaux).
- Informer le/la patient.e ou les parents de l'apparition possible d'un hématome après la vaccination et donner des instructions pour son suivi.

c) Contre-indications [57]

Contre-indication valable pour tous les vaccins : réaction anaphylactique à un vaccin administré précédemment ou à un composant vaccinal.

Il est recommandé de différer les vaccinations en cas de maladie aiguë sévère.

Les vaccins vivants atténués ne doivent en principe pas être administrés à une personne atteinte d'un déficit immunitaire. Durant la grossesse, les vaccins inactivés ne présentent pas de risque particulier. Néanmoins, vacciner durant cette période devrait répondre à une indication précise. Les vaccins vivants atténués sont en revanche contre-indiqués. Une vaccination par inadvertance ne fait cependant pas courir de risque particulier et ne constitue pas une indication pour une interruption de grossesse ou pour des contrôles particuliers.

Vaccin contre les rotavirus [12]

Contre-indication : le Rotarix est contre-indiqué chez les nourrissons avec antécédent d'invagination ou présentant une malformation congénitale de l'appareil gastro-intestinal y prédisposant (comme le diverticule de Meckel). Il est recommandé de différer la vaccination en cas de diarrhée ou de vomissements. Le vaccin contre le rotavirus peut être administré aux nourrissons dont la mère a été traitée par des médicaments immunosuppresseurs pendant la grossesse.

Vaccins RORV, ROR, et contre la varicelle [14, 15]

Contre-indication : immunodéficience cellulaire, infection avancée par le VIH et sida (lymphocytes CD4 < 15 % entre 1 et 5 ans, < 200/μl à partir de 6 ans), traitement aux stéroïdes (prednisone : ≥ 2 mg/kg par jour ou ≥ 20 mg/jour pendant > 14 jours) et autre immunosuppression médicamenteuse, grossesse.

Mesures de précaution : un délai d'au moins 5 mois est à respecter après un traitement d'immunoglobulines ou l'administration de produits sanguins (intervalle dépendant de la dose d'immunoglobulines). Une grossesse doit être évitée jusqu'à un mois après la deuxième dose.

d) Effets indésirables des vaccinations (EIV) [57]

Tous les vaccins recommandés sont sûrs et efficaces. Des réactions inflammatoires locales sont toutefois fréquemment observées. Des réactions plus sévères sont exceptionnelles. Le bénéfice réalisé par chaque vaccination recommandée, en termes de morbidité et de mortalité (maladies et leurs complications) dépasse largement le risque d'effets indésirables. *Définition* : les EIV sont des symptômes, des signes cliniques, des résultats de laboratoire anormaux qui apparaissent dans un rapport temporel avec une vaccination, qu'il y ait ou non un lien causal avec celle-ci.

Examen : les EIV, à l'instar de tout autre problème de santé, doivent faire l'objet d'un examen médical. Quand ils sont graves (p. ex. méningite) et surviennent après l'administration d'un vaccin à virus vivant atténué, il faut s'efforcer de fournir la preuve microbiologique de la présence de l'agent pathogène. En cas de réaction immunitaire grave, il convient de faire appel à un spécialiste.

e) Vaccinovigilance

La pharmacovigilance (vaccinovigilance en l'occurrence) est un domaine important de tout programme de vaccination. La loi sur les produits thérapeutiques prévoit une **obligation d'annonce** à Swissmedic (Institut suisse des produits thérapeutiques) **pour tous les professionnels** autorisés à délivrer, utiliser ou prescrire des médicaments [58]. Les consommateurs ont également la possibilité d'annoncer des effets indésirables causés par une vaccination. Dans ce cas, il est souhaitable, mais non obligatoire, que le patient en discute avec son médecin traitant et qu'ils complètent ensemble le formulaire de déclaration, de manière à fournir des informations précises sur les résultats d'exams pertinents. En vertu de la loi sur les produits thérapeutiques, les effets indésirables graves, les effets indésirables encore inconnus ou insuffisamment mentionnés dans l'information professionnelle du vaccin concerné, de même que les effets indésirables revêtant une importance clinique particulière, doivent être annoncés.

Sont considérés comme effets indésirables graves, ceux qui :

- ont une issue fatale ;
- mettent la vie en danger ;
- entraînent une hospitalisation ou sa prolongation ;
- causent des dommages graves ou permanents ;
- doivent être considérés comme médicalement importants (p. ex. si une intervention médicale en temps utile aurait permis d'éviter l'une des situations susmentionnées) ;
- sont causés par des défauts de qualité présumés.

Les décès et les effets indésirables potentiellement mortels associés à une vaccination, ou encore les défauts de qualité présumés susceptibles d'entraîner des effets indésirables doivent être annoncés immédiatement et en aucun cas au-delà de 15 jours suivant la constatation. Le délai d'annonce est de 15 jours pour les autres effets indésirables graves liés à l'emploi d'un médicament. Tous les autres événements soumis à l'obligation d'annoncer doivent être communiqués dans les 60 jours. Il n'est pas nécessaire d'avoir confirmation d'une relation de cause à effet entre un événement et un médicament pour déclarer un effet indésirable : la suspicion seule est suffisante pour donner lieu à une annonce [59].

Les professionnels de santé et les entreprises pharmaceutiques doivent annoncer directement sur Internet les cas suspectés d'effets indésirables de médicaments (vaccins inclus), grâce au portail d'annonce en ligne « EIViS » (Electronic Vigilance System) mis en service par Swissmedic [60].

f) Indemnisation et réparation morale en cas de dommages consécutifs à une vaccination

Le 1^{er} janvier 2016, un nouveau système d'indemnisation et de réparation morale en cas de dommages consécutifs à des vaccinations est entré en vigueur, conformément à la loi sur les épidémies révisée (LEp). Désormais les demandes doivent être adressées à la Confédération. L'indemnisation reste subsidiaire, ce qui signifie que seuls les coûts qui ne sont pas couverts autrement sont pris en charge. Ainsi, les frais de traitement qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie en raison de la franchise légale ou convenue ou en raison de la quote-part ne font pas l'objet d'une indemnisation ; ils doivent être supportés par la personne concernée. Une demande de réparation morale peut être déposée, pour autant que la gravité des dommages la justifie. De plus amples informations sur le sujet sont disponibles sur le site Internet de l'OFSP [61].

g) Corrélat de protection sérologiques pour les maladies évitables par la vaccination

En général, le carnet de vaccination mis à jour avec les vaccinations documentées est suffisant et fait office de preuve de la protection vaccinale. Dans le plan de vaccination sont mentionnées de rares situations nécessitant de déterminer les titres d'anticorps afin de détecter les lacunes de protection, de documenter le succès d'une vaccination effectuée ou la nécessité d'administrer des doses de vaccin supplémentaires. En règle générale, les mesures des titres sont recommandées pour déterminer la protection vaccinale 4 à 8 semaines après la complétion d'un schéma vaccinal ou après l'administration d'une dose de rappel.

Le tableau 11 montre les taux d'anticorps corrélés à une protection. Les titres d'anticorps ont été réévalués en 2025 et actualisés pour certaines vaccinations. La justification scientifique a été publiée dans le bulletin de l'OFSP en décembre 2025 [3].

L'absence dans le tableau d'indications concernant la sérologie et le titre d'anticorps signifie que la corrélation entre le titre d'anticorps et la protection n'est pas fiable; de ce fait, la détermination du titre n'est pas recommandée.

Tableau 11
Corrélat sérologiques pour l'immunité/la protection vaccinale des maladies évitables par la vaccination
État: 2026 (les adaptations publiées à la fin 2025 [3] sont indiquées en **gras**)

Maladie / Vaccin ¹⁾	Titres d'anticorps spécifiques (unités)	Interprétation des titres d'anticorps		
		Pas de protection	Protection de courte durée	Protection durable *
Tétanos ²⁾	Toxine antitétanique (UI/I)	< 100	≥ 100	≥ 1000
<i>Haemophilus influenzae</i> type b	IgG anti-PRP (mg/I)	< 0.15	≥ 0.15	> 1
Hépatite B ³⁾	IgG anti-HBs (UI/I)	< 10	≥ 10	≥ 100
Pneumocoques ⁴⁾	Sérotypes spécifiques IgG (mg/I)	< 0.5	0.5–0.9	≥ 1
Rougeole ⁵⁾	IgG anti-rougeoleuses (méthode EIA) (UI/I)	< 100	100–149	≥ 150
Rubéole ⁶⁾	IgG anti-rubéoleuses (UI/ml)	< 10	≥ 10	
Varicelle ⁵⁾	IgG (méthode ELISA VZV gp) (UI/I)	< 50	50–149	≥ 150
Rage ⁷⁾	IgG rage (méthode RFFIT) (UI/ml)	< 0.5	≥ 0.5	

Abréviations: EIA= enzyme immunoassay, ELISA= enzyme-linked immunosorbent assay, RFFIT= rapid fluorescent focus inhibition test

* La protection à long terme correspond au moins à une protection d'une année.

¹⁾ Concernant la coqueluche, les oreillons, les papillomavirus humains et la poliomyélite: corrélat de protection inconnus ou tests disponibles en routine insuffisamment sensibles.

²⁾ En cas d'anamnèse incertaine, contrôler les titres d'anticorps 4 semaines après le rappel afin de décider si d'autres rappels sont nécessaires.

³⁾ Déterminer le titre d'anticorps anti-HBs si la dernière dose remonte à <5 ans et/ou 4–8 semaines après une vaccination de base complète ou un rappel.

⁴⁾ Test spécifique au sérotype (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F): test disponible par exemple au laboratoire de vaccinologie des Hôpitaux Universitaires de Genève.

⁵⁾ IgG contre la rougeole et la varicelle par des tests disponibles dans le commerce; si positifs= la personne est immunisée; si négatifs ou douteux, envoyer le sérum au laboratoire de vaccinologie des Hôpitaux Universitaires de Genève pour détermination par une méthode plus sensible.

⁶⁾ Ne pas effectuer de sérologie rubéole chez les personnes vaccinées avec deux doses.

⁷⁾ Les contrôles sérologiques sont réalisés par le Centre suisse de la rage (cf. *Rage: analyses chez l'être humain* [admin.ch] > Demande d'analyse Anticorps antirabiques pour sérum humain).

Références

1. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations pour la vaccination et l'immunisation contre le virus respiratoire syncytial (VRS). Bull OFSP 2025; N° 36: 8–33.
2. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Prise de position sur la recommandation de vaccins antipneumococciques conjugués de valence différente par groupe d'âge (État au 23.02.2026). Voir site de la CFV sur www.cfv.ch.
3. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Mise à jour des corrélats sérologiques recommandés pour l'immunité/la protection vaccinale contre les maladies évitables par la vaccination. Bull OFSP 2025. N° 51: 10–11.
4. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination des personnes atteintes d'une maladie neuro-immunologique: principes et recommandations (IMID-Neuro). OFSP, 2026. Voir site de l'OFSP *Directives et recommandations sur la vaccination et la prophylaxie*.
5. Commission fédérale pour les vaccinations. Cadre analytique. www.ekif.ch
6. Office fédéral de la santé publique. Première séance de la Commission fédérale pour les vaccinations. Bull OFSP 2004; N° 46: 870–1.
7. Office fédéral de la santé publique. Recommandations de vaccination en Suisse: niveaux de recommandation. Bull OFSP 2005; N° 45: 817–21.
8. Département fédéral de l'intérieur. Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, art. 12 (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS). (État le 1^{er} janvier 2026).
9. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Une dose en moins pour la vaccination des nourrissons: «nouveau schéma de vaccination 2+1» pour la vaccination recommandée de base contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'Haemophilus influenzae de type b et l'hépatite B. Bull OFSP 2019; N° 13: 32–34.
10. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations pour la prévention de l'hépatite B. Directives et recommandations. Berne: OFSP, 2019.
11. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. La vaccination contre les pneumocoques pour les enfants de moins de 5 ans est désormais recommandée comme vaccination de base. Bull OFSP 2019; N° 13: 18–22.
12. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Vaccination contre les rotavirus: recommandations complémentaires pour les nourrissons. Bull OFSP 2024; N° 4: 8–13 (4).
13. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Recommandations de vaccination complémentaire contre les maladies invasives à méningocoques. Bull OFSP 2024; N° 3: 8–21 (3).
14. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations pour la prévention de la rougeole, des oreillons et de la rubéole. Directives et recommandations. Berne: OFSP, 2019.
15. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Nouvelles recommandations relatives à la vaccination contre la varicelle. Bull OFSP 2022; N° 44: 10–16.
16. World Health Organization. Polio vaccines: WHO position paper – March, 2016. Weekly epidemiological record 2016; 12: 145–168.
17. Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, Baxter R, Belongia EA, Hambidge SJ et al. Incidence of Herpes Zoster Among Children: 2003–2014. Pediatrics 2019;144(1).
18. Lopez AS, Harrington T, Marin M. Varicella: The Pink Book. Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2021.
19. Comité d'experts suisse pour la médecine des voyages (CEMV). Mise à jour des recommandations sur la vaccination de rappel contre la poliomyélite chez les voyageurs. Bull OFSP 2024; N° 20: 10–13.
20. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandation pour la prévention de la coqueluche. Directives et recommandations. Berne: OFSP, 2017.
21. Spaar A., Heininger U., Stronski Huwiler S., et al. La vaccination contre les HPV efficace et sûre: état actuel de l'efficacité et de la sécurité des vaccins disponibles. Bull OFSP 2018; N° 3: 16–24.
22. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Vaccination de base contre les HPV pour les garçons. Bull OFSP 2024; N° 3: 22–29.
23. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination contre les HPV: Recommandations de l'OFSP et de la CFV concernant le nouveau vaccin Gardasil® 9. Bull OFSP 2018; N° 43: 10–5.
24. Kechagias KS, Kalliala I, Bowden SJ, Athanasiou A, Paraskevaïdi M, Paraskevaïdi E et al. Role of human papillomavirus (HPV) vaccination on HPV infection and recurrence of HPV related disease after local surgical treatment: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.) 2022;378: e070135.
25. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Optimisation des rappels vaccinaux contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dT/dT_p) chez l'adulte. Bull OFSP 2011; N° 51: 1161–1171.
26. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le zona (herpès zoster): vaccin Shingrix®. Bull OFSP 2021; N° 47: 8–15.
27. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). La vaccination contre les pneumocoques est désormais recommandée comme vaccination complémentaire pour toutes les personnes à partir de 65 ans. Bull OFSP 2024; N° 4: 14–24.
28. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandation de vaccination contre le COVID-19. Bull OFSP 2024; N° 38: 8–22.
29. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination des adolescents et des adultes contre la diphtérie et le tétanos (dT) lors d'indisponibilité du vaccin dT. Publié le 29.01.2019 sur le site de l'OFSP: <https://www.bag.admin.ch/fr/approvisionnement-en-vaccins>.
30. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, Société suisse de gynécologie et d'obstétrique. Vaccination des femmes en âge de procréer contre la rubéole, la rougeole, les oreillons et la varicelle. Directives et recommandations (précédemment Supplément XX). Berne: OFSP, 2006.
31. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations de vaccination contre la méningo-encéphalite à tiques (FSME). Directives et recommandations. Berne: OFSP, 2024.
32. Régions où la vaccination contre l'encéphalite à tiques est recommandée [juillet 2024]. Available from: www.fsme-suisse.ch
33. Steffen R. Tick-borne encephalitis (TBE) in children in Europe: Epidemiology, clinical outcome and comparison of vaccination recommendations. Ticks and tick-borne diseases 2019;10(1):100–10.
34. Parfüt, Assilina; Laugel, Elodie; Baer, Sarah; Gonzalez, Gaëlle; Hansmann, Yves; Wendling, Marie-Josée et al. (2023) Tick-borne encephalitis in pediatrics: An often overlooked diagnosis. Infectious Diseases Now, vol. 53, n° 2, p. 104645.
35. Office fédéral de la santé publique, Groupe suisse d'experts pour les hépatites virales, Groupe suisse pour les conseils médicaux aux voyageurs, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations pour la prévention de l'hépatite A en Suisse. Directives et recommandations (précédemment Supplément IX). Berne: OFSP, 2007.
36. Office fédéral de la santé publique. *Recommandation de vaccination contre la grippe*
37. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, Groupe de travail Influenza. Recommandations pour la vaccination contre la grippe. Directives et recommandations. Berne: OFSP, 2011.
38. Berger C., Niederer-Loher A., Bouvier Gallacchi M., et al. Vaccination contre la grippe saisonnière et la coqueluche pendant la grossesse. Avis d'expert no 55. Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. Commission Assurance qualité. 2018. https://www.sgog.ch/fileadmin/user_upload/PDF/55_Lmpfen_in_der_Schwangerschaft_FR.pdf
39. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination contre les méningocoques pour les personnes présentant un risque accru de contracter une maladie invasive ou un risque élevé d'exposition. Bull OFSP 2024; N° 7: 8–12.
40. Kandeil W, van den Ende C, Bunge EM, Jenkins VA, Cereghio MA, Guignard A. A systematic review of the burden of pertussis disease in infants and the effectiveness of maternal immunization against pertussis. Expert Rev Vaccines 2020;19(7):621–38.
41. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination contre les pneumocoques: recommandations visant à prévenir les maladies invasives à pneumocoques chez les groupes à risque. Bull OFSP 2014; N° 8: 129–41.
42. Menson EN, Mellado MJ, Bamford A (Paediatric European Network for Treatment of AIDS (PENTA) Vaccines Group). Guidance on vaccination of HIV-infected children in Europe. HIV Medicine 2012; 13:333–6.
43. Amati R, Frei A, Kaufmann M, Sabatini S, Pellaton C, Fehr J et al. Functional immunity against SARS-CoV-2 in the general population after a booster campaign and the Delta and Omicron waves, Switzerland, March 2022. Eurosurveillance 2022;27(31).
44. Frei A, Kaufmann M, Amati R, Butty Dettwiler A, Wyl V von, Annoni AM et al. Development of hybrid immunity during a period of high incidence of Omicron infections. International journal of epidemiology 2023.
45. European Centre for Disease Prevention and Control. Interim public health considerations for COVID-19 vaccination roll-out during 2023. Stockholm: ECDC; 2023.
46. Office fédéral de la santé publique, Groupe de travail Rage, Commission fédérale pour les vaccinations. Prophylaxie pré- et post-expositionnelle de la rage humaine. Directives et recommandations. Berne OFSP, 2021.
47. Ligue pulmonaire suisse, Office fédéral de la santé publique. Tuberculose en Suisse: guide à l'usage des professionnels de la santé; état en octobre 2024. <https://www.ligue-pulmonaire.ch/centre-de-competence-tuberculose/directives>.
48. Centers of disease control and prevention (CDC). General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011 60/(RR02).
49. Agence de la santé publique du Canada. Immunisation durant la grossesse et l'allaitement. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-04-fra.php
50. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations, Société suisse de néonatalogie, Société suisse de pédiatrie. Recommandations de vaccination chez les enfants nés prématurément. Directives et recommandations. Berne: OFSP, 2009.

51. Raven SFH, Hoebe, Christian J P A, Vossen, Ann C T M, Visser LG, Hautvast JLA, Roukens AHE et al. Serological response to three alternative series of hepatitis B revaccination (Fendrix, Twinrix, and HBVaxPro-40) in healthy non-responders: a multicentre, open-label, randomised, controlled, superiority trial. *The Lancet. Infectious diseases* 2020;20(1):92–101.
52. Nascimento Silva JR, Camacho LAB, Siqueira MM, Freire MdS, Castro YP, Maia MdLS et al. Mutual interference on the immune response to yellow fever vaccine and a combined vaccine against measles, mumps and rubella. *Vaccine* 2011; 29 (37): 6327–34.
53. Beirne PV, Hennessy S, Cadogan SL, Shiely F, Fitzgerald T, MacLeod F. Needle size for vaccination procedures in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015(6): CD010720.
54. Casajuana J, Iglesias B, Fàbregas M, Fina F, Vallès J-A, Aragonès R et al. Safety of intramuscular influenza vaccine in patients receiving oral anticoagulation therapy: a single blinded multi-centre randomized controlled clinical trial. *BMC blood disorders* 2008;8:1.
55. Cook IF. Best vaccination practice and medically attended injection site events following deltoid intramuscular injection. *Human vaccines & immunotherapeutics* 2015;11(5):1184–91.
56. Herzog C. Influence of parental administration routes and additional factors on vaccine safety and immunogenicity: a review of recent literature. *Expert Rev Vaccines* 2014; 2014 (13(3)): 399–415.
57. Office fédéral de la santé publique, Commission suisse pour les vaccinations. Les vaccinations: recommandations générales. Directives et recommandations (précédemment Supplément XVI). Berne: OFSP, 2003.
58. Département fédéral de l'intérieur. Ordonnance sur les médicaments (OMéd). État en octobre 2024. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/588/fr>.
59. Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic). Surveillance du marché. Formulaire d'annonce d'effets indésirables suspectés d'un médicament. www.swissmedic.ch/surveillance-du-marche
60. Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic). Online ELVIS-Annonce électronique *Pharmacovigilance (swissmedic.ch)*
61. Office fédéral de la santé publique. Indemnisation et réparation morale en cas de préjudices consécutifs à des vaccinations. <https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/dienstleistungen/impfschaeden.html>

Annexe 1 : matériel d'information sur les vaccinations

1. Fiches d'information sur les vaccinations préparées par la Commission fédérale pour les vaccinations en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique

Des exemplaires (blocs A4 de 50 feuilles) peuvent être commandés gratuitement en ligne sur <https://www.bundespublikationen.admin.ch/fr/>. Il est possible de télécharger les fichiers PDF.

Deutsch	Französisch	Italianisch
Für Gesundheitsfachpersonen / pour les professionnel-le-s de la santé / per i professionisti della salute		
Schweizerischer Impfplan (Zusammenfassung des Impfplans für die Ärzteschaft) (Nicht verfügbar ab 2026)	Plan de vaccination suisse (résumé du plan de vaccination pour les médecins) (Indisponible dès 2026)	Calendario vaccinale svizzero (riassunto de calendario vaccinale per i medici) (Non più disponibile dal 2026)
Risikopatienten (Nicht verfügbar ab 2026)	Patients à risque (Indisponible dès 2026)	Pazienti a rischio (Non più disponibile dal 2026)
Für Patientinnen und Patienten / pour les patient-e-s / per i pazienti		
RSV: Empfohlene Basisimmunisierung gegen RSV mit Schutzantikörpern. Artikel-Nr.: 316.538.D	VRS: Immunisation de base recommandée contre le VRS par des anticorps protecteurs. N° d'article: 316.538.F	RSV: Immunizzazione di base raccomandata contro il VRS con anticorpi protettivi. N. dell'articolo: 316.538.I
Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hib, Hepatitis B (Kinder) Artikel-Nr.: 311.274.D	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, Hib, hépatite B (enfants) N° d'article: 311.274.F	Difterite, tetano, pertosse, poliomielite, Hib, epatite B (bambini) N. dell'articolo: 311.274.I
Pneumokokken (Kinder) Artikel-Nr.: 311.275.D	Pneumocoques (enfants) N° d'article: 311.275.F	Pneumococchi (bambini) N. dell'articolo: 311.275.I
Masern, Mumps, Röteln Artikel-Nr.: 311.276.D	Rougeole, oreillons, rubéole N° d'article: 311.276.F	Morbillo, orecchioni, rosolia N. dell'articolo: 311.276.I
Windpocken (Varizellen): Basisimpfung Artikel-Nr.: 311.277.D	Varicelle: vaccination de base N° d'article: 311.277.F	Varicella: vaccinazione di base N. dell'articolo: 311.277.I
Windpocken (Varizellen): Nachholimpfung Artikel-Nr.: 311.277.1.D	Varicelle: vaccination de rattrapage N° d'article: 311.277.1.F	Varicella: vaccinazione di recupero N. dell'articolo: 311.277.1.I
Rotaviren: ergänzende Impfung Artikel-Nr.: 316.536.D	Rotavirus: vaccination complémentaire N° d'article: 316.536.F	Rotavirus: vaccinazione complementare N. dell'articolo: 316.536.I
Meningokokken Artikel-Nr.: 311.273.D	Méningocoques N° d'article: 311.273.F	Meningococchi N. dell'articolo: 311.273.I
HPV-bedingte Krebserkrankungen und Genitalwarzen Artikel-Nr.: 311.235.D	Cancers et verrues génitales dues aux papillomavirus humains N° d'article: 311.235.F	Cancro e verruche genitali causati dai papillomavirus umani N. dell'articolo: 311.235.I
Empfohlene Impfungen für Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft Artikel-Nr.: 311.266.D	Vaccinations recommandées avant, pendant ou après une grossesse N° d'article: 311.266.F	Vaccinazioni raccomandate prima, durante o dopo una gravidanza N. dell'articolo: 311.266.I
Frühsommer-Meningoenzephalitis FSME Artikel-Nr.: 311.271.D	Méningo-encéphalite à tiques FSME N° d'article: 311.271.F	Meningoencefalite da zecche FSME N. dell'articolo: 311.271.I
Hepatitis A Artikel-Nr.: 311.278.D	Hépatite A N° d'article: 311.278.F	Epatite A N. dell'articolo: 311.278.I
Hepatitis B Artikel-Nr.: 311.272.D	Hépatite B N° d'article: 311.272.F	Epatite B N. dell'articolo: 311.272.I
Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten (für Erwachsene) Artikel-Nr.: 311.269.D	Diphtérie, tétanos, coqueluche (pour adultes) N° d'article: 311.269.F	Difterite, tetano, pertosse (per adulti) N. dell'articolo: 311.269.I
Saisonale Grippe Artikel-Nr.: 311.280.D	Grippe saisonnière N° d'article: 311.280.F	Influenza stagionale N. dell'articolo: 311.280.I

Les fiches sont également disponibles en PDF sur la page internet suivante : www.infovac.ch

2. Flyers, brochures et affiches:

Le matériel d'information qui suit peut être commandé gratuitement sur www.publicationsfederales.admin.ch. Certains produits sont également disponibles au format PDF (à télécharger).

- **Carnet de vaccination, État 2025 (français, allemand, italien). Certificat de vaccination officiel de Suisse**
N° d'article: 311.230.F / 311.230.D / 311.230.I; également au format PDF
- **Etui pour carnet de vaccination**
N° d'article: 311.231
- **Calendrier vaccinal Suisse. Carte A5, état septembre 2025 (français, allemand, italien, anglais).**
Tableau récapitulatif des vaccinations de base et complémentaires recommandées (+FSME), compréhensible par la population, pour le conseil en vaccination/la distribution à la population.
N° d'article: 316.650.F / 316.650.D / 316.650.I / 316.650.ENG; également au format PDF
- **Vacciner les enfants? Oui! Pourquoi? Brochure, 2024 (français, allemand, italien)**
N° d'article: 311.260.F / 311.260.D / 311.260.I
PDF téléchargeable sur www.sevacciner.ch
- **Vaccination: bon à savoir! Brochure pour adolescent.e.s, 2024 (français, allemand, italien)**
N° d'article: 316.518.F / 316.518.D / 316.518.I
PDF téléchargeable sur www.sevacciner.ch
- **Rougeole: réglette rougeole. 2014 (français, allemand, italien)**
N° d'article: 311.200.F / 311.200.D / 311.200.I
- **Ma vaccination. Ta protection. Contre la rougeole et la coqueluche. Flyer, 2023 (français, allemand, italien, anglais)**
N° d'article: 316.525.F / 316.525.D / 316.525.I / 316.525.ENG; également au format PDF
- **Ma vaccination. Ta protection. Contre la rougeole et la coqueluche. Affiche A3, 2016 (français, allemand, italien)**
N° d'article: femme avec bébé 316.524.1F / 316.524.1D / 316.524.1I; homme avec bébé 316.524.2F / 316.524.2D / 316.524.2I
- **Vaccination contre le VRS chez les femmes enceintes, Affiche A3, 2025 (français, allemand, italien, anglais)**
N° d'article: 316.539.1D / 316.539.1F / 316.539.1I / 316.539.1E; également au format PDF
- **Prophylaxie contre le VRS pour les nourrissons, Affiche A3, 2025 (français, allemand, italien, anglais)**
N° d'article: 316.539.1D / 316.539.1F / 316.539.1I / 316.539.1E; également au format PDF
- **Cancer et verrues génitales: protège-toi avant ta première fois. Vaccination contre les HPV pour les jeunes. Flyer, 2019 (français, allemand, italien, anglais)**
N° d'article: 316.561.F / 316.561.D / 316.561.I / 316.561.ENG; également au format PDF
- **Comment sont élaborées les recommandations vaccinales, dépliant, 2024 (allemand, français, italien).**
N° d'article: 316.537.D / 316.537.F / 316.537.I; également disponible au format PDF

3. Sites Internet:

- **www.cfv.ch**: site de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).
- **www.bag.admin.ch/recommandations-vaccination-prophylaxie**: directives et recommandations sur la vaccination et la prophylaxie.
- **www.sevacciner.ch**: site Internet de l'OFSP consacré au domaine de la vaccination avec des informations pour le grand public et les spécialistes. On y trouve tout le matériel de promotion des vaccinations.
- **www.vacciner-suisse.ch**: Plateforme d'information de l'OFSP et des organisations partenaires sur le thème des vaccinations avec des informations pour la population et pour les professionnels ainsi que du matériel pour la promotion de la vaccination.
- **www.infovac.ch, InfoVac: ligne directe d'information sur les vaccinations**, destinée au grand public et aux médecins.
- **www.healthytravel.ch**: conseils notamment sur les vaccinations pour les voyages à l'étranger.
- **www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-myths-and-misconceptions**: site Internet de l'OMS consacré à la sécurité des vaccinations et aux idées fausses sur la vaccination.

Editeur

© Office fédéral de la santé publique

Version actuelle disponible sur Internet

www.bag.admin.ch/plandevaccination

Pour de plus amples informations

Office fédéral de la santé publique

Unité de direction Prévention et services de santé

Division Maladies transmissibles

3003 Berne

Téléphone: +41 (0) 58 463 87 06

info-mt@bag.admin.ch

Auteur.e.s

Office fédéral de la santé publique

Unité de direction Prévention et services de santé, division Maladies transmissibles.

Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) dans sa composition 2025

Membres: C. T. Berger, Bâle; I. Abela, Zürich, C. Aepli, Berne; S. Capol, Lucerne; P.-A. Crisinel, Lausanne;

C. Eberhardt, Genève; J. Fehr, Zürich; C. Fiorini-Bernasconi, Lausanne; A. Iten, Genève; M. Jamnicki Abegg, Chaire; L. Kottanattu, Bellinzona; A. Niederer-Loher, St. Gallen; D. Paris, Bâle; L. Vonzun, Zürich. Secrétariat de la CFV assuré par l'OFSP, section Vaccination.

Suggestion de citation

Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2026.

Directives et recommandations. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2026.

Cette publication paraît aussi en allemand et en italien.

Commande

Le plan de vaccination en format papier peut être commandé gratuitement sur le site www.publicationsfederales.admin.ch et peut être téléchargé au format PDF.

Adresse de commande: Office fédéral des constructions et de la logistique OFCL, Publications fédérales, CH-3003 Berne; www.publicationsfederales.admin.ch

Numéro de publication

311.236.F