



**Conseil
Supérieur de la Santé**



Calendrier vaccinal de base (2025)

**Avril 2026
N° 9761**



Droits d'auteur

Conseil Supérieur de la Santé

Avenue Galilée, 5 bte 2
B-1210 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

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

Tous droits d'auteur réservés.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :

Conseil Supérieur de la Santé. Calendrier vaccinal de base (2025).
Bruxelles : CSS; 2026. Avis n° 9761.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargée à partir
de la page web: www.conseilsuperieurdelasante.be

Avec le support du :

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne
alimentaire et Environnement

Cette publication ne peut être vendue.



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9761

Calendrier vaccinal de base (2025)

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on the simplification of the vaccination schedule for children.

Version validée par le Collège de
3 décembre 2025¹

Disclaimer

*En tant qu'organe consultatif scientifique indépendant, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) publie la mise à jour du calendrier vaccinal à titre de **recommandation scientifique**, fondée sur l'analyse des meilleures données scientifiques disponibles.*

L'évolution épidémiologique des maladies évitables par la vaccination, l'introduction de nouvelles vaccinations et la simplification du schéma vaccinal pour les vaccins hexavalents impliquent d'aménager sensiblement le calendrier vaccinal.

Le calendrier proposé aujourd'hui n'augmente pas le nombre de visites nécessaires chez les nourrissons ni le nombre de vaccins à administrer à chaque contact. Il intègre également les recommandations plus claires pour la vaccination à l'âge adulte.

Cependant, l'application effective des recommandations relève des autorités communales compétentes et n'est, dès lors, pas du ressort du CSS. Elle peut être différée, notamment pour des raisons logistiques de mise à disposition des vaccins, des raisons opérationnelles et budgétaires.

La publication de ce calendrier 2025 constitue donc une référence scientifique destinée à guider les vaccinoteurs (privés ou institutionnels) sans préjuger des modalités pratiques qui seront mises en place ni de leur délai.

I INTRODUCTION ET QUESTION

Le calendrier vaccinal de base du nourrisson et de l'enfant s'est complexifié au cours des dernières décennies. Le passage de 5 à 12 du nombre de maladies évitables par la vaccination, ainsi que l'introduction possible de nouvelles vaccinations (MenB, RSV, influenza, varicelle, ...) compliquent de plus en plus la mise en œuvre de la vaccination au cours des deux premières années de vie de l'enfant.

¹ Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

Dans ce cadre, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) s'est penché sur la question de la possible adaptation du schéma vaccinal 3+1 à un schéma 2+1 pour le vaccin hexavalent (DTPa-IPV-VHB/Hib) et d'en préciser les conséquences éventuelles.

Les objectifs liés à cette adaptation d'un schéma 2+1 sont de :

1. Simplifier le calendrier vaccinal en supprimant une dose de vaccin hexavalent tout en garantissant l'efficacité vaccinale pour les 6 valences contenues dans ce vaccin.
2. Encourager l'adhésion de la population à la vaccination de l'enfant et le maintien de couvertures vaccinales optimales ($\geq 95\%$).
3. Faciliter la mise en œuvre de la vaccination complète pour l'enfant.
4. Favoriser l'harmonisation de la vaccination hexavalente avec les recommandations des pays limitrophes (France, Pays-Bas, Luxembourg et Allemagne) qui ont tous adopté ce même schéma 2+1.
5. Avoir un léger impact budgétaire positif sur les programmes de vaccinations.
6. Libérer une place dans le calendrier pour de futurs potentiels vaccins.

L'introduction du vaccin hexavalent en Belgique en 2004 a permis de regrouper les vaccinations contre la poliomyélite, l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) et l'hépatite B (VHB) avec celles déjà combinées de la diphtérie, du tétanos et de la coqueluche. Le schéma vaccinal de 3+1 en vigueur pour la vaccination coqueluche a dès lors été appliqué au vaccin hexavalent. De facto, une dose supplémentaire a été ajoutée aux schémas préconisés pour la polio, le Hib et VHB bien qu'elle n'ait pas augmenté la protection pour ces trois maladies. Pour ce qui est des vaccinations antitétanique et antidiphtérique (DT), la primo-vaccination suivant le schéma 2+1 réalisée avec des vaccins DT a démontré des taux séroprotecteurs de longues durées (> 15 - 20 ans) au Danemark [1].

La question principale reste donc celle de s'assurer d'une bonne protection contre la coqueluche en passant au schéma 2+1 chez le nourrisson ainsi que celle pour le Hib.

Pour répondre à cette question et mettre en perspective le changement de schéma envisagé, un bref rappel de l'épidémiologie actuelle pour les six maladies concernées sera donné.

II CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En vue de simplifier le calendrier vaccinal de l'enfant, tout en assurant une protection optimale de chaque individu et de la population, le CSS recommande d'adopter le schéma 2+1 pour le vaccin hexavalent quel que soit le vaccin utilisé.

Le CSS recommande :

1. De réduire la primo-vaccination hexavalente à 2 doses, à respectivement 8 et 16 semaines (suppression de la dose prévue à 12 semaines).
2. D'avancer la première dose de rappel hexavalente à 12 mois, simultanément à la première dose du vaccin contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons (RRO).
3. D'introduire une troisième dose de vaccin antipneumococcique PCV20 à 24 semaines
4. D'administrer à 13-15 mois le vaccin Méningocoque ACWY, simultanément à la dose de rappel du PCV20 (4^{ème} dose).

Remarque : Tant que le PCV20 n'est pas mis en place dans les programmes de vaccination des communautés, la vaccination contre le pneumocoque au moyen du vaccin PCV13 doit être maintenue et se fera comme précédemment recommandé en 3 doses suivant un schéma 2+1 (primo-vaccination à 8 et 16 semaines concomitamment aux vaccins hexavalent et rotavirus, et dose de rappel à 13-15 mois avec MenACWY).

(cf. Calendrier vaccinal de base 2025 en annexe)

Mots clés²

Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
<i>Immunization schedule</i>	<i>Vaccinatieschema</i>	Calendrier vaccinal	<i>Impfplan</i>
<i>Infant</i>	<i>Zuigeling/Baby</i>	Nourrisson/Bébé	<i>Säugling/Kleinkind</i>
<i>Child</i>	<i>Kind</i>	Enfant	<i>Kind</i>
<i>Vaccination</i>	<i>Vaccinatie</i>	Vaccination	<i>Impfung</i>
<i>Epidemiology</i>	<i>Epidemiologie</i>	Épidémiologie	<i>Epidemiologie</i>
<i>Tetanus</i>	<i>Tetanus</i>	Tétanos	<i>Tetanus</i>
<i>Diphtheria</i>	<i>Difterie</i>	Diphthérie	<i>Diphtherie</i>
<i>Pertussis</i>	<i>Kinkhoest</i>	Coqueluche	<i>Keuchhusten</i>
<i>Poliomyelitis</i>	<i>Poliomyelitis</i>	Poliomyélite	<i>Poliomyelitis</i>
<i>Hepatitis B</i>	<i>Hepatitis B</i>	Hépatite B	<i>Hepatitis B</i>
<i>Haemophilus influenzae type b</i>	<i>Haemophilus influenzae type b</i>	Haemophilus influenzae type b	<i>Haemophilus influenzae type b</i>

² Le Conseil tient à préciser que les mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

III METHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et le président du domaine Vaccination ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail (et par le groupe de travail permanent en charge du domaine Vaccination (NITAG), le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

IV ELABORATION ET ARGUMENTATION

Liste des abréviations utilisées

Ac	Anticorps
CNR	Centres Nationaux de Référence
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DTP	Vaccin diphtérie, tétanos, coqueluche
DTPa	Vaccin diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire
EV	Efficacité Vaccinale
GPI	<i>Global Pertussis Initiative</i>
HBsAg	Antigène de surface hépatite B
Hib	<i>Haemophilus influenzae type b</i>
IC	Intervalle de Confiance
IgG	Immunoglobuline G
IPV	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
MenACWY	Méningocoques ACWY
MenB	Méningocoque B
NITAG	<i>National Immunization Technical Advisory Group</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCV	Vaccin antipneumococcique
PRP	<i>Polyribosyl-Ribitol Phosphate</i>
RRO	Vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
RSV	Virus respiratoire syncytial
STIKO	<i>Standing Committee on Vaccination at the Robert Koch Institute – Deutschland</i>
VHB	Vaccin contre l'hépatite B
VPD	Maladie évitable par la vaccination

1 Epidémiologie et schéma vaccinal par pathologie

1.1 Tétanos

- De 2000 à 2020, le tétanos a été la cause de 20 décès en Belgique, 17 en Flandre et 3 en Wallonie.
- Tous ces décès sont survenus chez des personnes âgées de plus de 70 ans [2].
- De 2000 à 2017, selon les données du Résumé Hospitalier Minimum, le nombre de séjours hospitaliers ayant comme diagnostic principal le tétanos a varié de 1 à 11 par an (médiane 6 séjours/an) [3]. Entre 2013 et 2023, il a été de < 5 séjour/an [4].
- Sur 40 hospitalisations pour tétanos entre 2008 et 2014, une forme néonatale de tétanos était présente dans < 5 séjours.

La vaccination antitétanique de l'enfant est recommandée dans notre pays depuis 1959. Elle a toujours été associée à la vaccination antidiphtérique. La primovaccination chez l'enfant comporte minimum 3 doses dont une dose après l'âge de 12 mois et six mois d'intervalle entre la dose n°2 et la dose n°3.

1.2 Diphtérie

D'après Sciensano [4;5] :

- Grâce à une couverture vaccinale élevée dans toutes les régions du pays, la diphtérie est devenue et reste une maladie rare en Belgique. Cependant, en 2022, une épidémie d'infections à *C. diphtheriae* toxinogènes est survenue chez les demandeurs d'asile avec 25 cas diagnostiqués ; celle-ci a touché aussi d'autres pays européens. Cette épidémie a principalement touché de jeunes hommes provenant d'Afghanistan.
- Entre 2019 et 2021, 13 cas ont été enregistrés (1 à *C. diphtheriae* et 12 à *C. ulcerans*). En 2022, en dehors de l'épidémie chez les demandeurs d'asile, 6 autres cas ont été diagnostiqués (1 *C. diphtheriae* et 5 *C. ulcerans*). Pour chacune des années 2023 et 2024, 14 cas ont été signalés (9 *C. diphtheriae* et 5 *C. ulcerans* pour 2023, et 8 *C. diphtheriae* et 6 *C. ulcerans* pour 2024).
- 1 cas fatal de diphtérie respiratoire chez un enfant âgé de 3 ans non-vacciné a été enregistré en 2016
- Le dernier décès est survenu en juin 2023 chez une adolescente de 16 ans non vaccinée.

La vaccination antidiphtérique de l'enfant est recommandée dans notre pays depuis 1959. Elle a toujours été associée à la vaccination antitétanique.

La primovaccination chez l'enfant comporte au minimum 3 doses dont une dose après l'âge de 12 mois et six mois d'intervalle entre la dose n°2 et la dose n° 3.

1.3 Poliomyélite

D'après Sciensano [4;6] :

- Aucun cas de poliomyélite n'a été signalé en Belgique depuis 1999.
- 3 cas de paralysie flasque aiguë ont été signalés en 2019, 0 cas en 2020, 2 cas en 2021 et 3 cas en 2022. En 2024, 5 cas ont été enregistrés. Aucun de ces cas n'était associé au virus poliomyélite. Depuis 2024, la surveillance des eaux usées pour le poliovirus a été mise en place en Belgique. Aucun échantillon positif n'a été détecté dans notre pays alors que la présence de poliovirus pathogènes dérivés du vaccin a été notée dans les eaux usées de pays voisins. Ceci justifie la nécessité d'une surveillance stricte et une bonne couverture vaccinale, l'importation de la poliomyélite restant un risque qui mérite une attention internationale.
- La Belgique est actuellement classée dans la catégorie des pays à faible risque de transmission de la poliomyélite selon l'OMS [7].

Depuis 2001, le vaccin IPV est recommandé en Belgique. La primo-vaccination chez l'enfant comporte 3 doses : les 2 premières doses espacées de 8 semaines et la dernière dose entre 12 et 18 mois. C'est la seule vaccination obligatoire en Belgique.

1.4 *Haemophilus influenzae* de type b

D'après Sciensano [4;8] :

- Les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) sont en nette régression depuis l'introduction de la vaccination anti-Hib généralisée en 1993.
- En 2022, 2023 et 2024, respectivement 14, 13 et 9 infections à Hib ont été détectées. En 2024, le statut vaccinal était inconnu pour 2 cas, tandis que 6 cas n'étaient pas vaccinés et 1 cas avait reçu un nombre inconnu de doses.
- *Haemophilus influenzae* touche principalement les personnes de plus de 65 ans ainsi que les bébés de moins d'un an. Ainsi pour les plus de 65 ans, en 2019, 32,0 cas/100 000 habitants ont été observés, 10,5 cas/100 000 habitants en 2020 et 10,2 cas/100 000 habitants en 2021. Pour les bébés de moins d'un an, 19,1 cas/100 000 habitants, 11,1 cas/100 000 habitants et 6,1 cas/100 000 habitants ont respectivement été observés en 2019, 2020 et 2021. En 2024, 20,8 cas/100 000 habitants de moins d'un an, 4,4 cas/100 000 habitants de 1 - 4 ans et 3,6 cas/100 000 habitants de plus de 65 ans. Ces incidences se réfèrent à tous les sérotypes confondus, c'est-à-dire y compris les infections non typables et celles causées par des types non couverts par le vaccin.

Le schéma de vaccination recommandé pour le vaccin Hib monovalent comporte 3 doses administrées à un intervalle de 4 semaines dès l'âge de 8 semaines et une dose de rappel après 12 mois.

Lorsqu'il est combiné dans un vaccin hexavalent, le schéma vaccinal comporte 3 doses (à intervalle de 4 semaines) ou 2 doses (à 8 semaines d'intervalle) suivi d'une dose de rappel après un an.

1.5 Hépatite B

Sur base des données recueillies via le réseau des laboratoires vigies en Belgique, les informations suivantes ont été observées (au moment d'écrire cette recommandation, aucune donnée n'était disponible pour 2024) [4] :

- 1 262 nouveaux cas d'infection active par le virus de l'hépatite B (VHB) ont été rapportés en 2022 par 26 laboratoires du réseau.
- Le VHB survient le plus souvent dans le groupe d'âge des 25 - 44 ans : 52 % des nouveaux diagnostics enregistrés se situaient dans cette tranche d'âge
- 55 % des cas concernaient des hommes, 43 % des femmes et le sexe était inconnu pour 2 %.

Sur base des données nationales de mortalité :

- En 2019, 55 décès chez des personnes ayant une hépatite B chronique ou aiguë étaient notifiés. Le taux de décès annuel (standardisé pour l'âge) chez les personnes avec une hépatite B est stable depuis 2009. Avant cela, une diminution régulière a été observée : en 2000, 98 décès avaient été notifiés à Sciensano

La vaccination VHB du nourrisson, recommandée par l'OMS comporte 3 doses : une dose avec le vaccin monovalent à la naissance suivie de 2 doses de vaccin combiné administrées simultanément avec les valences diphtérie, tétanos, coqueluche (DTP).

La vaccination VHB du nourrisson, introduite depuis 1999 en Belgique, comporte un schéma en minimum 3 doses du vaccin combiné à partir de 8 semaines. Une dose de vaccin VHB monovalent sera administrée à la naissance de l'enfant si la mère est porteuse de l'antigène de surface hépatite B (HBsAg).

1.6 Coqueluche

D'après les rapports annuels de Sciensano [9;10] et le *primary risk assessment* de septembre 2023 [4;11] :

- La coqueluche suit un cycle de 3 à 5 ans. Le nombre de cas de coqueluche a connu une forte augmentation entre 2011 et 2014 et une diminution à partir de 2018.
- Après la forte baisse du nombre de cas de coqueluche déclarés entre 2019 et 2021 (une conséquence des mesures sanitaires prises dans le cadre de la pandémie du COVID-19), une légère augmentation a été observée en 2022, surtout en Flandre. Cette augmentation s'est poursuivie en 2023. Elle est depuis également enregistrée par le Centre National de Référence (CNR) ainsi que par les systèmes de notifications régionaux. Le CNR pour la coqueluche a signalé 690 cas en 2019, 124 en 2020, 16 en 2021 et 80 cas en 2022. Entre août 2023 et juillet 2024, une forte augmentation du nombre de cas a été observée. Depuis octobre 2024, les chiffres mensuels sont revenus à la normale. Bien que l'augmentation ait touché toutes les catégories d'âge, l'incidence la plus élevée a été enregistrée chez les enfants de 0 à 4 - 5 ans et de 11 ans.
- En 2023, les données du CNR et des systèmes de notifications confirment la sévérité des infections chez les moins d'1 an dont un pourcentage important sont hospitalisés. Cependant elles n'indiquent pas une augmentation du nombre absolu d'infections dans ce groupe d'âge. En 2024, aucun décès n'a été signalé.

Depuis l'introduction de la vaccination anticoquelucheuse en 1964, le schéma vaccinal proposé a toujours été un schéma 3+1, d'abord à 8, 12, 16 semaines et 13 - 14 mois, puis à partir de 2000 à 8, 12, 16 semaines et 13 - 15 mois (respectivement 13 mois pour les prématurés ou 15 mois pour les enfants nés à terme).

Le vaccin coquelucheux à cellules entières a été remplacé par le vaccin coquelucheux acellulaire en 2001. Trois vaccins hexavalents (Infanrix-hexa®[®], Hexyon®[®] et Vaxelis®[®]) sont actuellement disponibles [12].

Pour la troisième dose de vaccin hexavalent, la couverture vaccinale est supérieure à 95 %, elle reste supérieure à 90 % pour la quatrième dose [13]. Nous vous référons au rapport complet [13] pour les détails par région.

2 Comparaison de l'efficacité vaccinale de la primo-vaccination anticoquelucheuse 2 doses versus 3 doses.

2.1 Immunogénicité

Pour la coqueluche, il n'existe pas de concentration d'anticorps (Ac) au-delà de laquelle la protection du sujet est garantie (absence de corrélat de protection) [14].

Sur base d'une revue systématique comparant les 3 vaccins hexavalents actuellement enregistrés et disponibles, aucune infériorité d'immunogénicité n'a pu être mise en évidence [15].

Les études d'immunogénicité sur les vaccins anticoquelucheux comparant les 2 schémas (3+1 et 2+1) concluent généralement que [16] :

- Les concentrations d'Ac sont généralement plus élevées après la 3^{ème} dose du schéma 3+1 que celles après la 2^{ème} dose du schéma 2+1.
- Les niveaux d'Ac sont semblables après la dose de rappel (4^{ème} dose pour le 3+1 et 3^{ème} dose pour le 2+1).

Si une différence d'efficacité clinique existe entre les deux schémas, elle devrait donc se situer entre l'âge de 6 et 12 - 18 mois.

2.2 Efficacité

Sur base des revues systématiques réalisées par STIKO (2020) [17] d'une part et par le comité d'immunisation du Québec (2018) [18] d'autre part, retenons quatre études comparant l'efficacité vaccinale (EV) contre la coqueluche d'une primovaccination à 2 et à 3 doses chez les enfants de moins d'un an. Il s'agit d'une étude de cohorte [19] et de 3 études cas-témoins [20 - 22].

Dans ces études, les vaccins acellulaires ont été principalement utilisés et les « *endpoints* » rapportés sont le nombre de cas cliniques et d'hospitalisations pour les groupes d'âge de 6 à 11/12 mois (Tableau 1).

Dans toutes les études décrites, les estimations ponctuelles de l'efficacité vaccinale sont proches les unes des autres et les intervalles de confiance à 95 % se chevauchent, ce qui indique une efficacité vaccinale comparable entre les schémas à 2 et 3 doses.

Les études qui comparent l'efficacité des schémas 2+1 et 3+1 sont peu nombreuses et comportent de nombreux biais. Cependant elles permettent d'estimer, sans le confirmer, qu'entre 6 et 12 mois d'âge, le schéma 3+1 peut apporter une réduction non significative et minimale de l'incidence de la coqueluche avant la dose de rappel à 12 mois, par rapport au schéma 2+1.

Tableau 1 : Résumé des études comparant l'efficacité vaccinale (EV) contre la coqueluche d'une primovaccination à 2 doses et à 3 doses chez les enfants de moins d'un an (6 - 11 mois).

Auteur (pays, année) [Référence]	Méthodologie	Endpoints	N participants	Résultats	Remarques
Quinn (Australie, 2016) [22]	Cas-témoins Appariement pour âge et région Période : 2005 - 2009	Coqueluche labo confirmé Hospitalisations	Cas = 528 Témoins = 10 479	EV _{2doses} = 81 % (IC : 74 – 86) EV _{3doses} = 84 % (IC : 79 - 87)	Vaccin DTPa Pas d'ajustement (sexe, ethnicité, statut socio-economique)
Zamir (Jérusalem, Israël, 2015) [20]	Cas-témoins Appariement pour âge et résidence Période : 1998 - 2011	Cas cliniques ou confirmés par labo dans 78 %	Cas = 70 Témoins = 210	EV _{2doses} = 81 % (IC : 70 – 96) EV _{3doses} = 99 % (IC : 86 – 99)	DTPw (4 ans) DTPa (8 ans) Pas d'ajustement
Radke (Nouvelle-Zélande, 2017) [21]	Cas-témoins Appariement pour âge et région Période : 2006 - 2013	Cas hospitalisés Tous les cas (surveillance)	Cas hospitalisés 104/2060 Tous les cas 294/5 871	EV _{2doses} = 92 % (IC : 84 – 96) EV _{3doses} = 93 % (IC : 87 – 96) EV _{2doses} = 83 % EV _{3doses} = 86 %	DTPa Ajustement sexe, ethnicité, statut économique
Juretzko (Allemagne, 2002) [19]	Etude de cohorte	Hospitalisation pour cas clinique ou labo confirmé	Cas = 63 Échantillon Population vaccinée = 136	EV _{2doses} = 92 % (IC : 85 – 96) EV _{3doses} = 100 % (IC : 99 – 100)	DTPa

D'après le rapport de STIKO [17], le passage à un schéma 2+1 pourrait occasionner au maximum de 4,6 cas additionnels de coqueluche par an entre 6 et 11 mois et un cas d'hospitalisation supplémentaire par an ou tous les deux ans pour la population allemande de 775 000 nourrissons de moins d'un an ([Statistisches Bundesamt](#)). Si l'on applique ces mêmes critères à la Belgique, cela correspondrait à moins d'un cas additionnel par an (population < 1 an de 114 000).

Le rôle des niveaux de couvertures vaccinales est également important. Elles doivent être de l'ordre de 90 % pour chaque dose pour que les vaccins acellulaires puissent contrôler le niveau d'infection coquelucheuse. En Belgique [13], la couverture pour la troisième dose de vaccin hexavalent reçue à 16 semaines est de 97 % et de 94 % pour la quatrième dose, à 13 - 15 mois.

3 Interférence de la vaccination maternelle dans la vaccination des nourrissons

Depuis 2013, la vaccination maternelle diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire (dTpa) a été recommandée dans notre pays. Le but en est essentiellement de mieux protéger l'enfant de la coqueluche au cours des premiers mois de vie, avant qu'il puisse lui-même être vacciné avec le vaccin hexavalent et développer une réponse immunitaire suffisante.

En Belgique, la couverture vaccinale des femmes enceintes est de 85 % en Flandres en 2020, et en 2019 de 49,1 % en Wallonie et de 37,2 % à Bruxelles [13].

La publication *Vaccination in pregnancy against Pertussis: A consensus statement on behalf of the Global Pertussis Initiative (GPI)* [23] permet de faire le point sur les données récentes. La protection induite par la vaccination maternelle a été démontrée par la décroissance de l'incidence de la coqueluche sévère chez le jeune enfant. L'EV mesurée est de 69 % à 93 % pour la prévention de l'infection confirmée par le laboratoire, 91 % à 94 % pour l'hospitalisation et de 95 % contre la mortalité liée à la coqueluche chez les enfants de < 2 - 3 mois dans les pays à hauts revenus (États-Unis, Angleterre, Espagne, Australie).

La vaccination anticoquelucheuse au cours de la grossesse est toutefois associée à une diminution de la concentration des Ac coquelucheux après la primovaccination et le premier rappel chez l'enfant. Ce phénomène est appelé interférence ou « *blunting* ».

Pour la diphtérie, ce phénomène de « *blunting* » existe également avec des titres d'Ac plus faibles chez les enfants de mères vaccinées. Pour la composante tétanique, il semble exister une augmentation non significative des Ac chez l'enfant.

Il faudrait dès lors préférer le terme de « modulation » ou de « modification » de la réponse immunitaire chez l'enfant à la suite de la vaccination maternelle plutôt que celui plus péjoratif de « *blunting* » [24].

Les conclusions du consensus de GPI concernant la vaccination anticoquelucheuse chez le nourrisson après la vaccination maternelle sont [23] :

- La vaccination maternelle est une mesure importante pour mieux protéger le jeune enfant contre les formes sévères de la coqueluche clinique (hospitalisation et mortalité).
- Il n'y a pas d'évidence que le moment de la vaccination dTpa au cours de la grossesse affecte les concentrations en Ac après la primovaccination et le premier rappel chez

l'enfant. Toutefois, des études supplémentaires sont nécessaires pour répondre à cette question.

- La littérature confirme que les enfants de mères vaccinées ont une plus faible réponse en Ac pertussiques après leur propre vaccination. Cependant ceci n'a pas de signification clinique dans les pays utilisant des vaccins acellulaires pour leur vaccination.
- Les enfants de mères vaccinées ont des concentrations d'Ac antitétaniques supérieures aux enfants de mères non vaccinées.

4 Evolution des schémas vaccinaux anticoquelucheux dans les différents pays européens

Sur 31 pays, 17 pays suivent un schéma 2+1 et 14 pays le schéma 3+1 (Tableau 2) :

- Pour les pays 2+1,
 - 10 pays proposent les vaccins à 3, 5 et à 11 - 12 mois,
 - 7 pays proposent les vaccins à 2, 4 et à 11 - 12 mois,
 - 9 pays ont un programme de vaccination durant la grossesse (dont 5 qui suivent le schéma nourrissons 2, 4 et 11 - 12 mois et 4 pays, un schéma 3, 5, 11 - 12 mois).
- Pour les pays 3+1 ;
 - 5 pays (dont la Belgique) proposent les vaccins à 2, 3, 4 et 13 - 18 mois,
 - 8 pays proposent les vaccins à 2, 4, 6 et 12 - 20 mois,
 - 5 pays ont un programme de vaccination durant la grossesse.

Tableau 2 : Les calendriers de vaccination pertussis de l'enfant en Europe (ECDC Scheduler – dernier accès : Décembre 2025).

Diphtheria: Recommended vaccinations	Weeks		Months																Years
	6	2	3	4	5	6	8	10	11	12	13	15	16	18	19-20	2			
Austria		D		D					D				D						
Belgium		D		D	D								D						
Bulgaria		D		D	D								D						
Croatia		D		D	D			D					D						
Cyprus		D	D		D			D					D			D			
Czechia		D		D						D									
Denmark			D	D		D		D											
Estonia			D		D			D									D		
Finland			D		D					D									
France		D			D					D									
Germany		D			D				D					D					
Greece		D			D				D					D					
Hungary		D		D	D					D				D			D		
Iceland			D			D						D							
Ireland		D			D						D								
Italy		D			D				D										
Latvia		D			D														
Liechtenstein		D			D					D									
Lithuania		D			D											D			
Luxembourg		D		D (*)	D					D									
Malta		D			D												D		
Netherlands		D (*)		D				D											
Norway		D			D														
Poland		D			D														
Portugal		D			D											D			
Romania		D			D														
Slovakia		D			D				D										
Slovenia		D			D									D					
Spain		D			D														
Sweden				D															

Footnotes:
 (*) For premature infants (born before 33 weeks) or with a birthweight <1500g, a 3+1 schedule is recommended
 (†) This additional vaccination is recommended only for infants at 2 months of age whose mothers were not vaccinated during pregnancy, and in specific circumstances. In all other cases, infants born to mothers vaccinated during pregnancy (at 22 weeks gestation) receive a two-dose primary series at 3 and 5 months of age.

The contents of this report are covered by the ECDC legal notice. See: <https://ecdc.europa.eu/en/legal-notice>. The report reflects the state of submissions in the ECDC vaccination schedule platform as of 2026-03-27 at 10:56.

- General recommendation
- Recommendation for specific groups only
- Catch-up (e.g. if previous doses missed)



Sur les 4 pays limitrophes de la Belgique, les Pays-Bas, l'Allemagne, la France et le Luxembourg ont tous introduit la vaccination maternelle au cours de la dernière décennie. Par ailleurs, ils ont tous opté pour le schéma 2+1 de la vaccination hexavalente.

Tous respectent le délai de six mois, recommandé par l'OMS [25], entre la primo-vaccination et le premier rappel et recommandent donc le rappel à l'âge de 11 mois.

4.1 Bref aperçu de l'évolution de l'épidémiologie Europe

De manière cyclique, tous les 2 à 4 ans, le nombre de cas de coqueluche augmente.

Grâce à la vaccination, le nombre de décès dus à la coqueluche est très faible. Les nourrissons qui ne sont pas encore (complètement) vaccinés meurent parfois de la coqueluche.

4.1.1 Pays-Bas [26]

La vaccination anticoquelucheuse de la femme enceinte ainsi que le schéma 2+1 pour le nourrisson ont été introduits en 2019.

En 2020 l'incidence de la coqueluche chez les moins de 5 mois était de 30,7/100 000 et de 14,2/100 000 chez les 6 - 11 mois. 2 décès ont été recensés. Depuis mai 2023, le nombre mensuel de notifications de coqueluche est en hausse mais reste inférieur à ceux enregistrés avant le Covid-19.

La couverture vaccinale chez la femme enceinte était de 60 %

4.1.2 France [27]

Le schéma vaccinal 2+1 du nourrisson a été introduit en 2013 et la vaccination dTpa femme enceinte en 2022.

Le nombre de cas d'hospitalisations pour les enfants de 0-3 mois est passé de 157 à 4 entre 2017 et 2021 (données réseau RENACOQ) sans doute sous l'effet des mesures prises pour le Covid-19.

Par ailleurs, deux articles récents attirent l'attention :

- Sur le fait que le niveau des Immunoglobuline G (IgG) anti- polyribosyl-ribitol phosphate (PRP) semblent réduits après un schéma 2+1. Les Ac Hib chutent rapidement après le rappel à 11 mois et seraient insuffisants pour assurer une protection à long terme [28].
- Ainsi que sur une augmentation du nombre de cas de coqueluche chez les enfants de 2 - 5 ans (entre 2012 - 2019) à la suite de l'adoption du nouveau schéma 2,4, 11 mois recommandé [29].

4.1.3 Espagne [30]

En Espagne, la coqueluche connaît une épidémie soutenue depuis 2010, avec un pic lors de la vague 2014 - 2019.

L'Espagne propose la vaccination de la femme enceinte en 2016 et le schéma vaccinal 2+1 pour les nourrissons en 2017.

Le rapport 2022 analysant l'évolution de la coqueluche entre 2005 et 2020 permet de constater que :

- Depuis 2015, et surtout depuis l'implémentation de la vaccination chez la femme enceinte, l'incidence chez les < 3 mois diminue plus rapidement que chez les 3 - 11 mois.
- Les hospitalisations pour coqueluche sont toujours plus élevées chez les < 3 mois mais qu'elles ont diminué plus rapidement dans ce groupe que pour le groupe 3 - 11 mois.

5 Augmentation de nombre de cas *Haemophilus influenzae* de type b

Depuis 2020, en Europe, une augmentation lente du nombre de cas d'infections à Hib est notifiée. Cependant cette augmentation n'a pas été observée dans tous les pays.

La question est de savoir si le changement de schéma de la vaccination combinée DTPa-IPV-VHB/Hib de 3+1 à 2+1 serait responsable de cette augmentation [31;32] :

- Actuellement 16 pays sur 28 recommande le schéma 2+1.
- Dans certains pays cette augmentation est survenue avant (Allemagne), immédiatement (Pays-Bas), ou plus d'une décennie (Italie) après l'introduction de schéma 2+1.
- D'autres pays proposant ce schéma ne connaissent pas d'augmentation Hib (Slovaquie, Autriche, Pays nordiques).
- Dans certains pays connaissant une augmentation, la couverture vaccinale est inférieure à 90 % (par ex : Allemagne et Pays-Bas).
- L'âge du rappel vaccinal varie dans les différents pays. Ceux qui enregistrent une augmentation propose un rappel à 11 mois (par ex : France).

L'augmentation du nombre d'infection à Hib est probablement multifactorielle : niveau de couverture, qualité de la surveillance, type de vaccin et âge du rappel, ...

Sur base de données actuellement disponibles aucun pays ne recommande de revenir à un schéma 3+1.

Il sera donc important d'être attentif à l'évolution cette pathologie au décours de l'application du schéma 2+1 dans notre pays.

6 Recommandation

Pour adopter le schéma vaccinal 2+1 pour le vaccin hexavalent, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) recommande :

1. De réduire la primo-vaccination hexavalente à 2 doses à respectivement 8 et 16 semaines (suppression de la dose prévue à 12 semaines).
2. D'avancer la première dose de rappel hexavalente à 12 mois, simultanément à la première dose du vaccin RRO.
3. D'introduire une troisième dose de vaccin PCV20 à 24 semaines.

4. D'administrer à 13 - 15 mois le vaccin MenACWY, simultanément à la dose de rappel du PCV20.

Remarque : Tant que le PCV20 n'est pas mis en place dans les programmes de vaccination des communautés, la vaccination contre le pneumocoque au moyen du vaccin PCV13 doit être maintenue et se fera comme précédemment recommandé en 3 doses suivant un schéma 2+1 (primo-vaccination à 8 et 16 semaines concomitamment aux vaccins hexavalent et rotavirus, et dose de rappel à 13-15 mois avec MenACWY).

(cf. Calendrier vaccinal de base 2025 en annexe)

V COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par Arrêté Royal se trouvent sur le site internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

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

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Béatrice SWENNEN** et le secrétariat scientifique a été assuré par Veerle MERTENS et Michael PEETERS.

BEUTELS Philippe	Sciences sociales, économie des soins de santé, maladies infectieuses	<i>UAntwerpen, CHERMID, SIMID</i>
BLUMENTAL Sophie	Pédiatrie, maladies infectieuses, vaccinologie, maladies immunodéficientes primaires, infections pneumococciques, tuberculose	ULB, CHIREC
CARRILLO SANTISTEVE Paloma	Médecine générale, maladies infectieuses, vaccinologie, médecine préventive, santé publique	ONE
CHATZIS Olga	Pédiatrie, maladies infectieuses, maladies héréditaires congénitales, maladies néonatales, vaccinologie	UCLouvain, Cliniques universitaires Saint-Luc
CORNELISSEN Laura	Obstétrique, gynécologie, épidémiologie, maladies infectieuses, santé maternelle, santé publique	Sciensano
DAELEMANS Siel	Pédiatrie, maladies infectieuses, médecine pulmonaire, mucoviscidose, RSV, COVID-19	VUB, <i>UZ Brussel</i>
FRERE Julie	Pédiatrie, infectiologie	CHU Liege
JACQUINET Stéphanie	Epidémiologie	Sciensano
MAERTENS Kirsten	Vaccinologie, immunisation maternelle	<i>UAntwerpen</i>
SCHELSTRAETE Petra	Pédiatrie, pneumologie, infectiologie	<i>UZ Gent</i>
SPODEN Julie	Médecine générale	SSMG
SWENNEN Béatrice	Epidémiologie, vaccinologie	ULB
TILMANNE Anne	Pédiatrie, infectiologie	CHU TIVOLI
TUERLINCKX David	Pédiatrie, vaccinologie	CHU UCL Namur
VEKEMAN Veerle	Médecine générale	<i>Kind & Gezin</i>

Les firmes/associations/administrations/etc. suivantes ont été entendues

JONG Veerle	Contrôle des infections, vaccinologie	<i>Departement Zorg</i>
MENDEZ-BECERRA Murielle	Santé publique et environnementale, économie	Kaleido
THEETEN Heidi	Vaccination	<i>UAntwerpen, Departement Zorg</i>

Le groupe de travail permanent en charge du domaine Vaccination (NITAG) a approuvé l'avis lors de la réunion virtuelle du 20 novembre 2025. Le groupe de travail permanent a été présidé par **David TUERLINCKX et Steven CALLENS** et le secrétariat scientifique a été assuré par Veerle MERTENS et Michael PEETERS.

VI REFERENCES

1. O. Simonsen. Vaccination against tetanus and diphtheria. Evaluations of immunity in the Danish population, guidelines for revaccination, and methods for control of vaccination programs. *Dan Med Bull*, 1989. **36**(1): p. 24-47.
2. Sciensano. SPMA - Standardized Procedures of Mortality Analysis. <https://www.sciensano.be/en/projects/standardized-procedures-mortality-analysis>
3. Cornelissen L, Dambre C, Hansford K, Jacquinet S, Peeters I. Epidemiology of vaccine-preventable infectious diseases, Annual summary report 2023. Brussels, Belgium: Sciensano; 2024. Report number: D/2024/14.440/83. https://www.sciensano.be/sites/default/files/annual_summary_2023_en_1.pdf
4. Cornelissen L, Dambre C, Hansford K, Jacquinet S, Peeters I. Annual report 2024: epidemiology of vaccine-preventable diseases in the routine vaccination programme. Brussels, Belgium: Sciensano; 2025. Report number: D/2025.14.440/140. <https://doi.org/10.25608/y9bk-r178>
5. Sciensano. Diphterie. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/diphterie>
6. Sciensano. Poliomyélite. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/poliomyelite-polio>
7. Report of the thirty-eighth meeting of the European Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication: 5–6 September 2024 Copenhagen, Denmark. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/588b9307-3bdc-486a-b10c-fc1abc8027df/content>
8. Sciensano. Haemophilus influenzae de type b (Hib). <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/infection-invasive-a-haemophilus-infuenzae>
9. Sciensano. Surveillance épidémiologique de la coqueluche. Bordetella pertussis - 2020. <https://www.sciensano.be/en/file/coqueluche-rapportepidemiologique2020-finalpdf>
10. Sciensano. National Reference Centre for Bordetella Pertussis. Annual report 2022-2023. <https://www.sciensano.be/sites/default/files/kinkhoest-epidemiologie-jaarrapport-2023-fr.pdf>
11. Sciensano – RAG. Primary risk assessment – Increase in cases of Pertussis. 2023. https://www.sciensano.be/sites/default/files/20231002_rag_pra_pertussis.pdf
12. Knuf M, Haas H, Garcia-Corbeira P, Turriani E, Mukherjee P, Janssens W, Berlaimont V. Hexavalent Vaccines: What Can We Learn from Head-to-Head Studies? *Vaccine* **2021**, 39 (41), 6025–36. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.08.086>
13. Sciensano. Couverture vaccinale 2020-2021. https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf
14. S. A. Plotkin. Complex correlates of protection after vaccination. *Clin Infect Dis*, 2013. **56**(10): p. 1458-65. <https://doi.org/10.1093/cid/cit048>
15. Knuf M, Haas H, Garcia-Corbeira P, Turriani E, Mukherjee P, Janssens W, Berlaimont V. Hexavalent vaccines: What can we learn from head-to-head studies? *Vaccine*, 2021. **39**(41): p. 6025-36. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.08.086>
16. Giammanco G, Moiraghi A, Zotti C, Pignato S, Li Volti S, Giammanco A, Soncini R. Safety and immunogenicity of a combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis-hepatitis B vaccine administered according to two different primary vaccination schedules. Multicenter Working Group. *Vaccine*, 1998. **16**(7): p. 722-6. [https://doi.org/10.1016/s0264-410x\(97\)00250-8](https://doi.org/10.1016/s0264-410x(97)00250-8)

17. STIKO. STIKO-Empfehlung zur Grundimmunisierung mit dem 6-fach-Impfstoff DTaP-IPV-Hib-HepB im Säuglingsalter nach dem 2+1-Impfschema. Epidemiologisches Bulletin, 2020. **26**.
18. COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC. Stratégie optimale de vaccination contre la coqueluche au Québec. 2018. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2369_strategie_vaccination_coqueluche_quebec.pdf
19. Juretzko P, von Kries R, Hermann M, Wirsing von König CH, Weil J, Ginai G. Effectiveness of acellular pertussis vaccine assessed by hospital-based active surveillance in Germany. Clin Infect Dis, 2002. **35**(2): p. 162-7. <https://doi.org/10.1086/341027>
20. Zamir CS, Dahan DB and Shoob H. Pertussis in infants under one year old: risk markers and vaccination status--a case-control study. Vaccine, 2015. **33**(17): p. 2073-8. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.02.050>
21. Radke S, Petousis-Harris H, Watson D, Gentles D, Turner N. Age-specific effectiveness following each dose of acellular pertussis vaccine among infants and children in New Zealand. Vaccine, 2017. **35**(1): p. 177-83. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.11.004>
22. Quinn HE, Snelling TL, Macartney KK, McIntyre PB. Duration of protection after first dose of acellular pertussis vaccine in infants. Pediatrics, 2014. **133**(3): p. e513-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3181>
23. Abu-Raya B, Forsyth K, Halperin SA, Maertens K, Jones CE, Heininger U, Hozbor D, Wirsing von König CH, Chitkara AJ, Muloiwa R, Tan RQ. Vaccination in Pregnancy against Pertussis: A Consensus Statement on Behalf of the Global Pertussis Initiative. Vaccines (Basel), 2022. **10**(12). <https://doi.org/10.3390/vaccines10121990>
24. Maertens K, Leuridan E, Munoz FM, Zimmerman P, Curtis N, Halperin S, Rots N, Barug D, Holder B, Sadarangani M, Abu-Raya B. Impact of vaccination during pregnancy on infants' immune responses to vaccinations- definitions and statistical approaches. Vaccine, 2022. **40**(32): p. 4292-5. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.06.045>
25. WHO. Haemophilus influenzae type b (Hib) meningitis in the pre-vaccine era: a global review of incidence, age distributions, and case-fatality rates. Vaccines and Biologicals. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67572/WHO_V-B_02.18_eng.pdf?sequence=1
26. RIVM. Kinkhoest. <https://www.rivm.nl/kinkhoest>
27. Santé Publique France. Coqueluche en France : données 2020-2021. 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/coqueluche-en-france-donnees-2020-2021>
28. Hong E, Terrade A, Denizon M, Aouiti-Trabelsi M, Falguières M, Taha M-K, Deghmane A-E. Haemophilus influenzae type b (Hib) seroprevalence in France: impact of vaccination schedules. BMC Infect Dis, 2021. **21**(1): p. 715. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06440-w>
29. Paireau J, Guillot S, Aït El Belghiti F, Matczak S, Trombert-Paolantoni S, Jacoma V, Taha M-K, Salje H, Brisse S, Lévy-Bruhl D, Cauchemez S, Toubiana J. Effect of change in vaccine schedule on pertussis epidemiology in France: a modelling and serological study. Lancet Infect Dis, 2022. **22**(2): p. 265-73. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(21\)00267-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(21)00267-x)

30. Ministerio de ciencia e innovación. ANÁLISIS DE EVOLUCIÓN DE LA TOS FERINA EN ESPAÑA, 2005-2020. BOLETÍN epidemiológico SEMANAL, 2022. **30**(7): p. 83-101. <https://revista.isciii.es/index.php/bes/issue/view/288/273>
31. Paireau J, Guillot S, Aït El Belghiti F, Matczak S, Trombert-Paolantoni S, Jacomo V, Taha M-K, Salje H, Brisse S, Lévy-Bruhl D, Cauchemez S, Toubiana J. Effect of Change in Vaccine Schedule on Pertussis Epidemiology in France: A Modelling and Serological Study. *Lancet Infect. Dis.* **2022**, *22* (2), 265–73. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00267-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00267-X).
32. Jacquinet S, De Keersmaecker F, Martiny D, Swennen B, Cornelissen L. Hib trends and vaccine schedule: a comparison between European countries. Poster presented at 6th ESCMID Conference on Vaccines, 10-13 Sept 2025, Lisbon, Portugal.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

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

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

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du *pool* des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

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

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

VII ANNEXE

Calendrier Vaccinal recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) en 2025.

Vaccins	Nourissons							Enfants et adolescents				Adultes				
	Age ⁽¹⁾	8 sem.	12 sem.	16 sem.	24 sem.	12 mois	13-15 mois	5-6 ans	7-9 ans	11-13 ans	15-16 ans	Femme enceinte	≥ 25 ans, puis tous les 10 ans	60 ans	≥ 65 ans	≥ 75 ans
Poliomyélite ⁽²⁾	▶	IPV		IPV		IPV		IPV								
Diptérie Tétanos Coqueluche ⁽³⁾		DTPa		DTPa		DTPa		DTPa		dTpa		dTpa	dTpa			
<i>Haemophilus influenzae type b</i> ⁽⁴⁾		Hib		Hib		Hib										
Hépatite B ⁽⁵⁾		VHB		VHB		VHB										
Rougeole Rubéole Oreillons ⁽⁶⁾						RRO ₁		RRO ₂ †								
Men ACWY ⁽⁷⁾							MenACWY			MenACWY						
Pneumocoque ⁽⁸⁾		PCV20		PCV20	PCV20		PCV20								PCV	
Rotavirus ⁽⁹⁾		Rota	Rota	(Rota)												
HPV ⁽¹⁰⁾									HPV 2 doses							
Influenza ⁽¹¹⁾											Influenza				Influenza	
Covid ⁽¹²⁾															Covid	
Herpès Zoster ⁽¹³⁾														Herpes Zoster		
VRS ⁽¹⁴⁾												VRS*				VRS


Vaccin combiné

* La vaccination VRS chez la femme enceinte est à considérer selon la période d'accouchement prévue.

† En cas d'épidémie déclarée localement, l'âge de la seconde dose peut également être avancée. La seconde dose de vaccin combiné RRO est administrée en Flandre à l'âge de 24 mois et non plus 7-9 ans. Au moment de publier ce document, seule la communauté flamande a introduit cette modification structurelle.

Ce document ne peut être reproduit que dans son intégralité, sans modification et avec son annexe, sauf autorisation du CSS.

0. CSS 9761 - Calendrier vaccinal
de base - 2025

VACCINATION
DE L'ENFANT
& DE L'ADULTE

VERSION
2025

.be

Cette publication ne peut être vendue

www.conseilsuperieurdelasante.be



Avec le soutien administratif du SPF

Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement