Schéma vaccinal :

Recommandations actuelles :

La primovaccination contre le pneumocoque (deux injections suivies d'un rappel) est obligatoire pour tous les enfants nés à compter du 1er janvier 2018.

Primovaccination à deux injections d'un vaccin pneumococcique conjugué 15 valences (VPC15) **VAXNEUVANCE®** ou 13 valences (VPC13) **PREVENAR 13 ®** à l'âge de 2 mois (8 semaines) et à 4 mois suivies d'une dose de rappel à l'âge de 11 mois.

La HAS recommande de remplacer le schéma vaccinal actuel par un vaccin conjugué 20 valences (VPC20) **PREVENAR 20®** pour les nourrissons dont les prématurés (<37 SA) et enfants à risque d'Infections Invasives à Pneumocoques (IIP). **Schéma de primovaccination en 3 doses à 2, 4 et 6 mois, une dose de rappel à 11 mois (3+1).**

En attente d'une prise en charge CPAM dans cette indication.

Patients à risque d'IIP : enfants > 2 ans et adultes

- déficit immunitaire (infection par le VIH, chimiothérapie, traitement immunosuppresseur, biothérapie et /ou corticothérapie greffe, transplantation d'organe, asplénie ou hyposplénie incluant la drépanocytose),
- syndrome néphrotique,
- présence d'un implant cochléaire,
- insuffisance cardiaque,
- insuffisance rénale,
- insuffisance respiratoire chronique, asthme grave,
- maladie chronique du foie,
- diabète non équilibré,
- Brèche ostéo-méningée ou implant cochléaire.

Rem : sont ciblés aussi les soudeurs régulièrement exposés aux fumées de soudage et les travailleurs de la métallurgie.

Depuis avril 2025, vaccination recommandée pour tous les adultes ≥ 65 ans avec ou sans facteurs de risque,

Schéma vaccinal à une dose unique de vaccin conjugués 21 valences (CAPVAXIVE®), ainsi que chez les ≥ 18 ans à risque d'IIP.

Résumé des recommandations HAS

Groupe d'âge	Vaccin recommandé	Schéma vaccinal
Nourrissons		
Nourrissons (dès 8 semaines) et prématurés (< 37 sem.)	VPC20	Schéma 3+1 : 3 doses de primovaccination (2, 4 et 6 mois) + 1 dose de rappel à 11 mois
Enfants à risque		
Enfants à risque (15 mois à < 5 ans)	VPC20	Dose unique. Respecter un délai de 8 semaines après la dernière dose d'un VPC précédent
Enfants à risque (5 ans à < 18 ans)	VPC20	Dose unique. Respecter un délai de 8 semaines après la dernière dose d'un vaccin pneumococcique
Nourrissons et enfants non vaccinés		
Nourrissons non vaccinés (7 à < 12 mois)	VPC20	2 doses (intervalle ≥ 4 semaines) + 1 dose de rappel au cours de la 2e année
Nourrissons non vaccinés (12 à < 24 mois)	VPC20	2 doses (intervalle ≥ 8 semaines)
Enfants à risque non vaccinés (2 ans à < 5 ans)	VPC20	Dose unique
Adultes		
Adultes à risque (18 à 64 ans)	VPC21	Dose unique
Adultes (65 ans et plus)	VPC21	Dose unique

Enjeux :

Couverture vaccinale des nourrissons (cohorte 2023)

99,8% à 8 mois 1 dose.

91,7 % <2 ans avec schéma complet.

Couverture vaccinale très insuffisante chez les adultes

Immunodéprimés : estimées à 20%

Pathologies chroniques : estimées à 10%.

Aucune donnée de couverture vaccinale n'est actuellement disponible pour les personnes âgées ≥ 65 ans depuis la mise en place des recommandations de 2025.

Références :

- Ramirez et al. Clin Infect Dis 2017.
- Warren-Gash C, et al. Eur Respir J. 2018;51(3):1701794
- Lindsay R Grant et al., Open Forum Infectious Diseases, Volume 10, Issue 5, May 2023
- Infections à pneumocoque Maladies Infectieuses et Tropicales E. Pilly Ed. 2025
- Elargir la vaccination à tous les adultes de 65 ans et plus HAS janvier 2025 : Lien
- Calendrier des vaccinations 2026 : Lien
- European Centre for Disease Prevention and Control. Invasive pneumococcal disease. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2026 : Lien
- Révision de la stratégie de vaccination contre les infections invasives à pneumocoques, HAS 23 juillet 2026 : Lien

Action prévention :

PNEUMOCOQUE

Version 4 – octobre 2026



Document pour les professionnels de santé et le professionnels en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque en ES et en EMS.



Pias
Bourgogne Franche-Comté

Pathogène :

Streptococcus pneumoniae : bactérie cocci Gram positif.

Il existe une grande diversité capsulaire et antigénique (> 90 sérotypes différents).

Réservoir naturel : commensal des voies aériennes supérieures de l'homme.

Mode de contamination :

Interhumaine.

Par voie respiratoire, à partir de porteurs sains ou de personnes malades.

Physiopathologie :

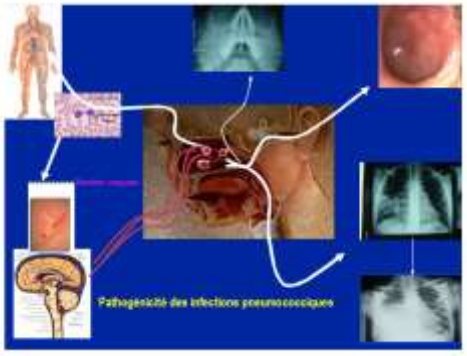
Facteurs de virulence :

- Capsule polysaccharidique qui protège de la phagocytose.
- Pneumolysine, toxine à activité cytotoxique directe sur les cellules et à action pro inflammatoire (activation cytokines et complément).

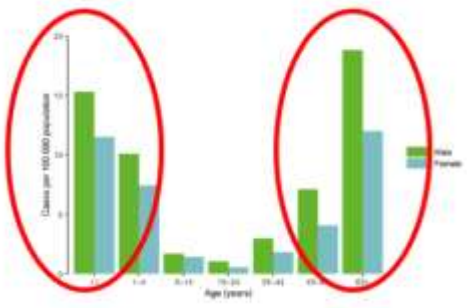
Variation saisonnière en relation avec les infections virales (grippe...) qui joueraient un rôle facilitateur.

Epidémiologie :

Le pneumocoque est responsable d'infections des voies respiratoires supérieures (otite moyenne aiguë, sinusite) et inférieures (pneumonie). Il peut entraîner des infections invasives (IIP) (bactériémie, méningite, septicémie, arthrite septique, plus rarement endocardite). Première cause de pneumonie aiguës communautaires documentées en France.



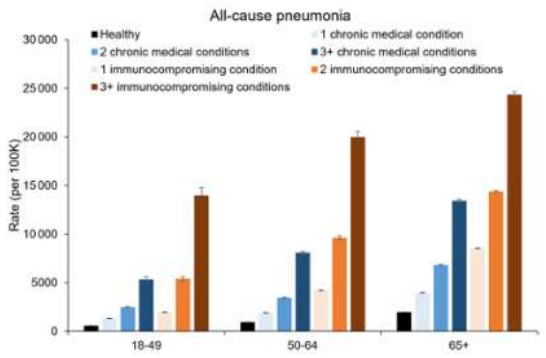
L'augmentation du nombre de cas d'infections invasives à pneumocoques (IIP) est en progression constante depuis 2015, dépassant en 2024 les niveaux de la période pré-pandémique (COVID 19). Surreprésentation des cas chez les nourrissons de moins d'un an (26 %) et les adultes de plus de 65 ans (entre 18,7 % et 63,7 %) et une incidence non négligeable (entre 1,8 % et 13,9 %) dans la population en âge de travailler, augmentant avec l'âge.



Incidence of invasive pneumococcal disease, Europe : ECDC

Age et comorbidités augmentent le risque de PAC à pneumocoque :

Le risque augmente avec le nombre de comorbidités. Pour un patient cumulant 2 comorbidités, il est similaire à celui des patients à haut risque.



La mortalité à 90 jours après hospitalisation pour pneumopathie est plus élevée de 26% chez les patients diabétiques.

Une PAC à pneumocoque multiplie le risque par 6 d'IDM et par 12 d'AVC dans les 1 à 3 jours qui suivent l'infection.

Clinique :

- Non invasives (infection des voies respiratoires hautes et basses).
- Invasives (site stérile comme le LCS et les hémocultures).

Diagnostic :

Antigénurie pneumocoque (sensibilité 80 à 90% dans les PAC bactériémiques et 50 à 65% dans les non bactériémiques) faux négatifs possibles au début de l'infection.

Mise en évidence à **l'examen direct et isolement en culture du *S. Pneumoniae*** (hémocultures, LCS, liquide pleural, pus d'otite ou de sinusite, expectorations).

PCR et antigènes solubles dans le LCS.

Quel est le traitement ?

Le choix de l'antibiotique et la durée du traitement dépendent du site d'infection et du profil de sensibilité aux antibiotiques.

Antibiotique de 1er choix : **AMOXICILLINE**

Si méningite et pneumocoque résistant (CMI Amoxicilline > 0,5 mg/L) : **C3G en IV.**

Les chiffres clés :

