



EUROPEAN SOCIETY OF MEDICINE

RAPPORT DE FLAMBÉE ÉPIDÉMIQUE · OCTOBRE 2026

Résurgence de la rougeole en 2026

Bonnes pratiques pour maîtriser les flambées et
combler les lacunes de la couverture vaccinale

Dr Enrique Chacon-Cruz

Comité consultatif sur la vaccination

Centre de santé mondiale, European Society of Medicine

À PROPOS DE CE RAPPORT

Les Rapports de flambée épidémique du Centre de santé mondiale de la European Society of Medicine (ESMED) font le point sur les flambées actuelles de maladies infectieuses et présentent des mesures pratiques, fondées sur des données probantes, à l'intention des cliniciens, des programmes de vaccination et des autorités de santé publique.

Ce rapport a été rédigé par le Dr Enrique Chacon-Cruz, membre du Comité consultatif sur la vaccination du Centre de santé mondiale.

Il s'agit d'une traduction française de l'original anglais, *Measles resurgence in 2026*, qui fait foi.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Le Dr Enrique Chacon-Cruz est spécialiste en infectiologie pédiatrique et a suivi une formation clinique et universitaire avancée à l'Institut national de pédiatrie du Mexique et à l'Eastern Virginia Medical School, aux États-Unis. Il est également titulaire d'un master en vaccinologie et développement de médicaments de l'Université de Sienne (Italie).

Il est fondateur et directeur général de Think Vaccines, LLC, établi à Houston (Texas), et rédacteur en chef de *Vaccines Beat*, une publication internationale consacrée à l'avancement des connaissances en vaccinologie, en vaccination et sur les maladies évitables par la vaccination. Il préside actuellement le Comité de vaccination de l'Association mexicaine d'infectiologie pédiatrique et est membre du Comité consultatif sur la vaccination et du Comité sur l'équité en santé de la European Society of Medicine.

CITATION SUGGÉRÉE

Chacon-Cruz E. Résurgence de la rougeole en 2026 : bonnes pratiques pour maîtriser les flambées et combler les lacunes de la couverture vaccinale. Rapport de flambée épidémique. Centre de santé mondiale, Comité consultatif sur la vaccination. European Society of Medicine ; 2026. Traduction française.

MÉTHODES ET LIMITES

Il s'agit d'une revue narrative des recommandations de l'OMS et des CDC, de données de surveillance et d'études publiées, et non d'une revue systématique. Les nombres de cas de la figure 1 sont des données provisoires mensuelles de surveillance communiquées à l'OMS pour la période de mars à août 2026, telles que publiées par les CDC en octobre 2026 ; ils sont susceptibles d'être révisés. L'exhaustivité de la notification varie d'un pays à l'autre et des délais d'un à deux mois sont fréquents, de sorte que les chiffres récents sous-estiment l'incidence réelle et ne sont pas directement comparables entre pays. Les chiffres de couverture sont des estimations OMS/UNICEF (estimations 2025, publiées en juillet 2026). Toutes les sources ont été consultées le 13 octobre 2026.

CONTACT

Centre de santé mondiale, European Society of Medicine
ghc@esmed.org · esmed.org/policy

© European Society of Medicine, 2026.

RÉSUMÉ

Messages clés

- 1 La rougeole est en résurgence.** On estime que 95 000 personnes sont mortes de la rougeole en 2024, pour la plupart de jeunes enfants, et 57 pays ont signalé des flambées importantes ou perturbatrices en 2025.
- 2 La couverture mondiale stagne.** En 2025, 84 % des enfants ont reçu une première dose de vaccin à valence rougeole et 77 % une deuxième dose, bien en deçà des 95 % nécessaires pour interrompre la transmission.
- 3 Les moyennes nationales masquent le risque.** Les flambées s'installent là où les personnes non vaccinées sont regroupées, même dans les pays dont la couverture nationale semble élevée.
- 4 Des mesures éprouvées interrompent la transmission.** Une couverture à deux doses dans chaque district, un rattrapage ciblé, une surveillance sensible, une riposte rapide avec prophylaxie post-exposition, la prévention et le contrôle des infections dans les établissements de santé et un meilleur accès agissent de concert.
- 5 L'équité est déterminante.** Les personnes qui refusent la vaccination et celles que les systèmes de santé n'ont jamais atteintes forment des groupes distincts, et chacun appelle une réponse différente.

EN BREF

95 000

décès par rougeole
estimés dans le monde
en 2024

84 % / 77 %

couverture mondiale par la
première et la deuxième dose
en 2025

57

pays ayant connu
des flambées
importantes ou
perturbatrices en
2025

59 millions

décès évités grâce à la
vaccination contre la
rougeole, 2000–2024

Sources : décès et décès évités, aide-mémoire de l'OMS sur la rougeole (référence 1) ; couverture et pays touchés par des flambées, publication OMS/UNICEF sur la couverture de juillet 2026 (référence 9).

Introduction

La rougeole est l'une des maladies infectieuses humaines les plus contagieuses et l'un des indicateurs les plus nets des faiblesses des programmes nationaux de vaccination. Un vaccin sûr, très efficace et abordable existe depuis plus de six décennies, et pourtant la rougeole continue de provoquer une morbidité importante, des hospitalisations et des décès évitables dans le monde entier.

La résurgence de la rougeole en 2025 et 2026 constitue un grave recul pour les efforts mondiaux d'élimination. L'OMS estime que 95 000 personnes sont mortes de la rougeole en 2024, pour la plupart des enfants de moins de cinq ans non vaccinés ou insuffisamment vaccinés. Entre 2000 et 2024, la vaccination contre la rougeole a évité près de 59 millions de décès.¹

Le défi central dépasse toutefois l'obtention d'une couverture nationale élevée. L'élimination exige une couverture durable d'au moins 95 % par les deux doses de vaccin à valence rougeole (MCV1 et MCV2), avec une protection élevée et homogène dans tous les districts, communautés et groupes de population. Des pays qui déclarent une couverture nationale élevée peuvent connaître des flambées majeures lorsque les personnes non vaccinées sont regroupées, géographiquement ou socialement.^{2,3}

Ce rapport fait le point sur la situation mondiale de la rougeole en 2026, explique pourquoi il importe de combler les lacunes locales d'immunité et présente les mesures cliniques et de santé publique nécessaires pour interrompre la transmission et progresser vers une vaccination équitable.

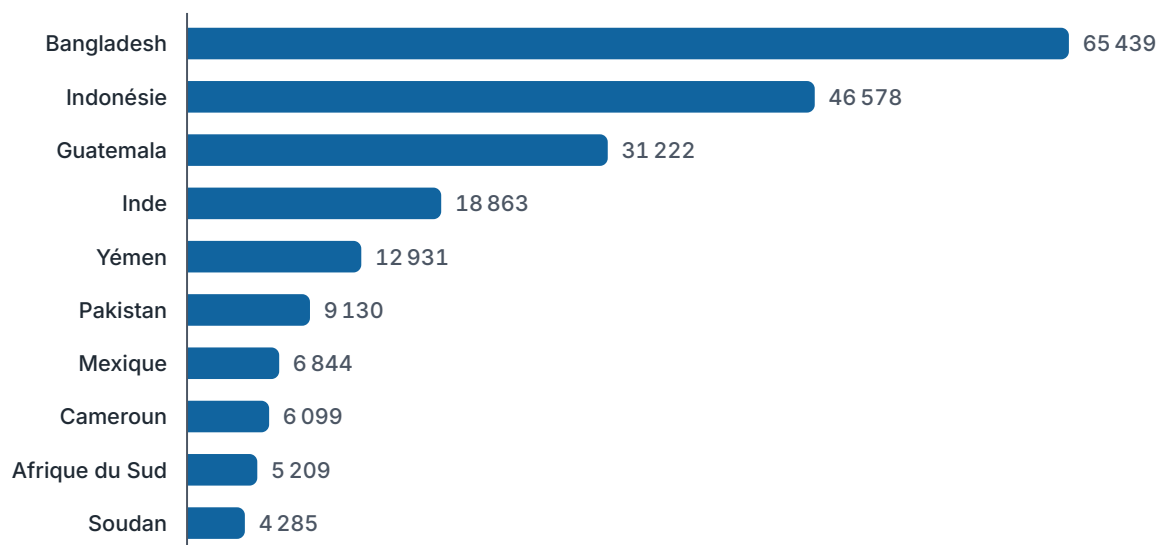
1

La situation mondiale en 2026

Les données provisoires de surveillance communiquées à l'OMS montrent une activité importante de la rougeole dans plusieurs régions, notamment en Asie du Sud et du Sud-Est, en Afrique, en Méditerranée orientale et dans les Amériques.^{4,5} Les dix pays ayant signalé le plus de cas entre mars et août 2026 sont présentés à la figure 1.

FIGURE 1

Pays ayant signalé le plus de cas de rougeole, de mars à août 2026



Données provisoires mensuelles de surveillance communiquées à l'OMS en date d'octobre 2026, telles que publiées par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.⁴ Les chiffres couvrent la période de mars à août 2026, et non l'année civile complète. Il s'agit de nombres absolus de cas notifiés, et non de taux d'incidence, et l'exhaustivité de la notification varie d'un pays à l'autre.

Le Bangladesh, qui a signalé le plus de cas, a informé l'OMS en avril 2026 d'une augmentation à l'échelle nationale touchant 58 de ses 64 districts. La plupart des cas concernaient des enfants de moins de cinq ans et, à Dacca, ils étaient concentrés dans des quartiers informels densément peuplés.⁶

La résurgence de la rougeole ne se limite pas aux pays à faible revenu. La transmission touche aussi des contextes à revenu intermédiaire et élevé où des lacunes d'immunité se sont accumulées : en 2025, les États-Unis ont enregistré leurs premiers décès dus à la rougeole depuis dix ans.⁷ L'OMS souligne que les données provisoires sous-estiment le nombre réel d'infections, en raison du sous-diagnostic, d'une notification incomplète et de délais de notification qui atteignent souvent un à deux mois.⁵

2 Le seuil de 95 % : nécessaire mais pas suffisant

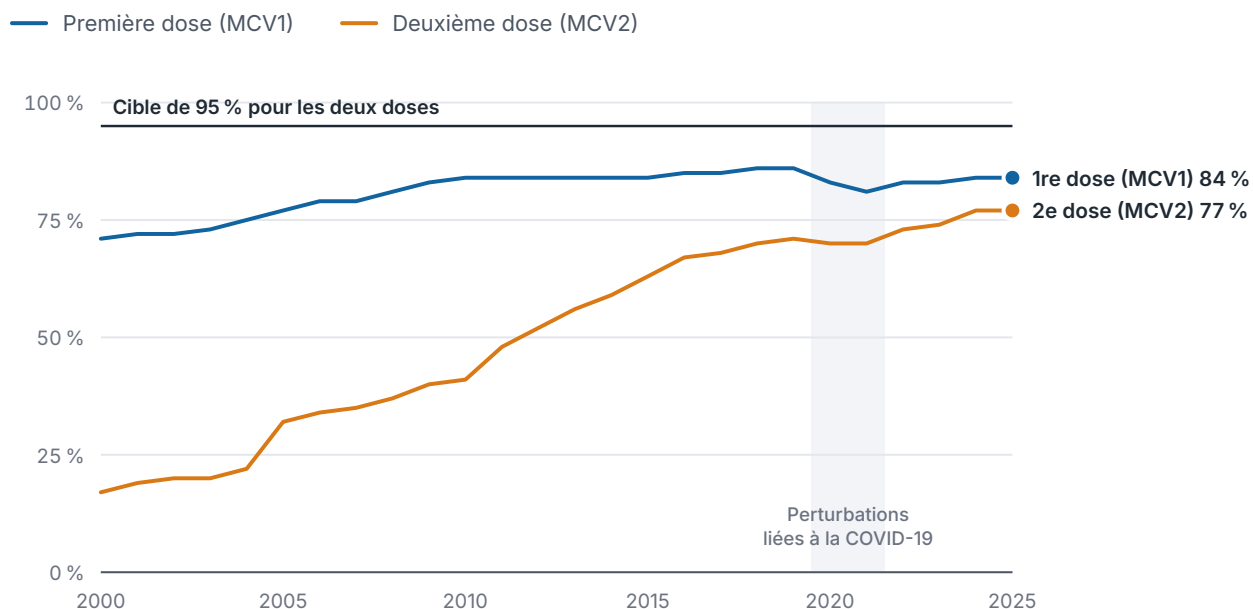
La rougeole présente un nombre de reproduction de base (R_0) exceptionnellement élevé, souvent estimé entre 12 et 18 : dans une population entièrement réceptive, chaque personne infectée en contaminerait en moyenne 12 à 18 autres, même si les estimations varient selon les contextes.^{1,8} Une immunité de population très élevée est donc nécessaire pour interrompre une transmission durable.

L'OMS recommande une couverture d'au moins 95 % par le MCV1 et par le MCV2, idéalement dans chaque district et chaque communauté et pas seulement au niveau national.^{2,3} La couverture mondiale reste nettement inférieure à cette cible (figure 2). En 2025, 84 % des enfants dans le monde ont reçu la première dose de vaccin à valence rougeole, et seulement 77 % la deuxième. À l'échelle

mondiale, on estime que 7,3 millions de nourrissons ont reçu la première dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC1), mais pas leur première dose de vaccin à valence rougeole.⁹

FIGURE 2

Couverture mondiale par le vaccin à valence rougeole, 2000–2025



Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale (estimations 2025, publiées en juillet 2026) ; indicateurs mondiaux extraits de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS le 13 octobre 2026.^{9,10}

ENCADRÉ 1

Pourquoi les moyennes nationales peuvent être trompeuses

Un pays peut déclarer une couverture nationale de 95–97% alors que certaines de ses communautés ont une couverture bien plus faible. Dans un pays hypothétique ayant une couverture nationale de 96%, certains districts peuvent n'atteindre que 65–70%. Ces districts peuvent entretenir de grandes flambées dès que le virus est introduit, même si la moyenne nationale semble satisfaisante.

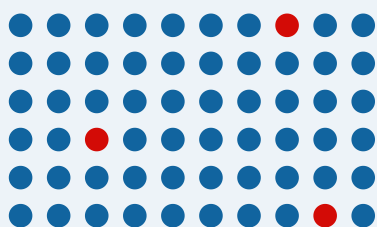
FIGURE 3

Même couverture, risque différent : une illustration

● Vaccinées ● Non vaccinées

Dispersées

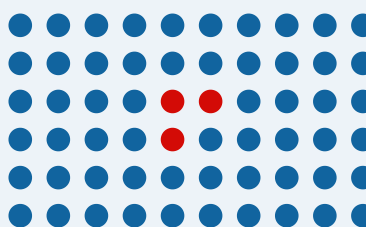
Les personnes non vaccinées sont éparpillées



57 sur 60 vaccinées : couverture de 95 %

Regroupées

Les personnes non vaccinées vivent côte à côte



57 sur 60 vaccinées : couverture de 95 %

Schéma uniquement ; le statut vaccinal sert ici d'indicateur indirect de l'immunité. Les deux populations ont la même couverture, mais là où les personnes non vaccinées sont regroupées, le virus passe plus facilement d'une personne réceptive à la suivante.

Une étude de modélisation fondée sur les données de surveillance françaises de 2009 à 2018 a montré que les zones où la couverture vaccinale locale était plus élevée comptaient moins de cas importés et présentaient un risque plus faible de transmission locale.¹¹ L'enseignement à en tirer est fondamental : les programmes de vaccination doivent mesurer non seulement combien de personnes sont vaccinées, mais aussi où se concentrent les personnes réceptives.

3 Bonnes pratiques de prévention et de maîtrise des flambées

A

Atteindre et maintenir une couverture élevée à deux doses

Les programmes de vaccination systématique doivent accorder la priorité à l'administration en temps voulu du MCV1 et du MCV2 selon les calendriers nationaux, et repérer systématiquement les enfants qui ont manqué l'une ou l'autre dose. Le statut vaccinal doit être vérifié à chaque contact approprié avec le système de santé, notamment lors des consultations de soins primaires et hospitalières, des bilans de santé scolaire et des activités de proximité. La vaccination de rattrapage doit être proposée systématiquement aux enfants, adolescents et adultes éligibles qui ne disposent pas d'une preuve suffisante d'immunité.^{2,3}

B

Repérer et combler les poches de personnes non vaccinées

Repérer les lieux où se concentrent les personnes réceptives est l'une des principales priorités. Lorsque des données fiables existent, les programmes nationaux doivent analyser régulièrement la couverture au niveau des districts, des communes, des écoles et des communautés. Une attention particulière doit être accordée aux enfants zéro dose (ceux qui n'ont reçu aucun vaccin dans le cadre de la vaccination systématique, généralement identifiés par l'absence de première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche [DTC1]), aux populations migrantes et déplacées, aux communautés géographiquement isolées et aux groupes qui se heurtent à des obstacles persistants pour accéder aux soins. Les campagnes de vaccination ciblées doivent compléter, et non remplacer, des services de vaccination systématique solides.^{3,12}

C

Renforcer la surveillance clinique, épidémiologique et moléculaire

La surveillance doit être suffisamment sensible pour détecter rapidement les cas suspects, y compris dans les zones auparavant exemptes de rougeole. Les bonnes pratiques comprennent la notification rapide des cas, des tests sérologiques appropriés, la confirmation moléculaire par amplification en chaîne par polymérase après transcription inverse (RT-PCR) et la caractérisation génomique du virus lorsqu'elle est indiquée, y compris le géotypage et, lorsque c'est possible, le séquençage. La surveillance moléculaire est particulièrement précieuse pour retracer les chaînes de transmission, investiguer les cas importés et documenter l'élimination. Une collaboration étroite entre cliniciens, laboratoires, épidémiologistes et programmes de vaccination est essentielle.^{13,14}

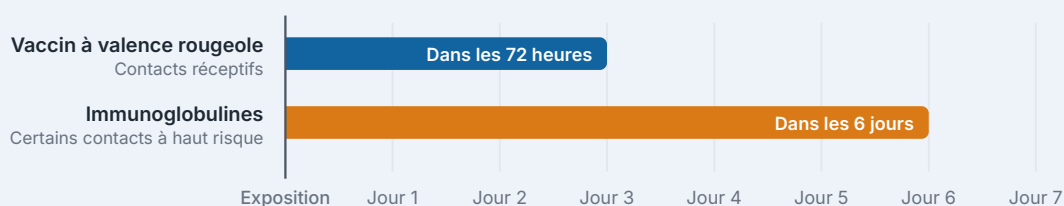
D

Riposter rapidement et proposer une prophylaxie post-exposition

Tout cas suspect doit déclencher une action de santé publique immédiate, sans attendre inutilement la confirmation en laboratoire. Les mesures clés comprennent l'isolement avec précautions contre la transmission aérienne, l'identification rapide des contacts, l'évaluation de leur immunité et une prophylaxie post-exposition appropriée (encadré 2). La vaccination de riposte doit être adaptée à l'épidémiologie locale, à la répartition par âge des cas et aux lacunes d'immunité accumulées.^{13,15}

La prise en charge clinique des cas dépasse le cadre de ce rapport et doit suivre les recommandations de l'OMS et les recommandations nationales. Il n'existe pas de traitement antiviral spécifique de la rougeole : les soins reposent sur le traitement symptomatique et sur la prévention et la prise en charge des complications telles que la pneumonie, la diarrhée et la déshydratation. L'OMS recommande deux doses de vitamine A pour tous les enfants de moins de cinq ans présentant une rougeole présumée : la première dès le diagnostic et la seconde le lendemain.¹

ENCADRÉ 2

La prophylaxie post-exposition en un coup d'œil

Chez les contacts réceptifs sans contre-indication, un vaccin à valence rougeole administré dans les 72 heures suivant l'exposition peut conférer une protection. Des immunoglobulines administrées dans les six jours peuvent être indiquées chez les contacts à haut risque, notamment les nourrissons réceptifs et les personnes enceintes sans preuve d'immunité contre la rougeole, conformément aux recommandations nationales. Selon les recommandations de l'ACIP, les patients gravement immunodéprimés qui ont été exposés doivent recevoir des immunoglobulines par voie intraveineuse quel que soit leur statut vaccinal, car la vaccination peut ne pas les avoir protégés.^{13,15}

E

Prévenir la transmission dans les établissements de soins

Les établissements de soins peuvent amplifier la transmission lorsque les cas ne sont pas reconnus et isolés rapidement. Tous les agents de santé doivent disposer d'une preuve documentée d'immunité contre la rougeole, et les établissements doivent maintenir des protocoles clairs concernant les précautions contre la transmission aérienne, le triage, la gestion des expositions et le suivi en santé au travail. Les cas suspects doivent être séparés immédiatement des autres patients, en particulier des nourrissons, des personnes enceintes et des patients immunodéprimés.^{13,15}

F

Bien communiquer et lever les obstacles à l'accès

Les programmes de vaccination doivent associer une communication fondée sur des données probantes à des améliorations concrètes de l'accès. Les professionnels de santé restent des sources essentielles d'information fiable. L'hésitation vaccinale ne doit toutefois pas être considérée comme la seule explication d'une vaccination insuffisante : les difficultés de transport, la pauvreté, la migration, un accès limité aux soins, les interruptions de service et les occasions manquées de vaccination peuvent compter tout autant. Les interventions efficaces associent une communication adaptée au contexte culturel, des services facilement accessibles et un dialogue durable avec les communautés.^{3,12}

4

Équité en santé : ne laisser aucune communauté de côté

Les flambées de rougeole révèlent souvent des inégalités structurelles plus larges au sein des systèmes de santé. Les enfants vivant dans la pauvreté, les personnes déplacées ou migrantes, les populations des zones touchées par des conflits et les communautés ayant un accès limité aux soins de santé courants courent un risque disproportionné de ne pas bénéficier de la vaccination.

L'OMS considère les flambées de rougeole comme un indicateur des faiblesses des programmes de vaccination et des soins de santé primaires.³ Une stratégie d'élimination équitable doit donc repérer les communautés mal desservies, supprimer les obstacles financiers et administratifs, développer la vaccination mobile et de proximité, sécuriser l'approvisionnement en vaccins et suivre les disparités de couverture.

Un enfant à qui l'on n'a jamais proposé de vaccin pose un défi différent de celui d'un enfant dont la famille l'a refusé. Tous deux méritent attention, mais les réponses doivent être différentes.

Les autorités de santé publique doivent donc distinguer les personnes qui refusent la vaccination de celles qui restent non vaccinées parce que les systèmes de santé n'ont pas su les atteindre.

5 Indicateurs pratiques pour les programmes nationaux de vaccination

Les indicateurs du tableau 1 peuvent aider les programmes à vérifier si l'immunité de la population est élevée partout, et pas seulement en moyenne, et si les flambées sont détectées et maîtrisées rapidement.

TABLEAU 1

Indicateurs et objectifs recommandés

Indicateur	Objectif recommandé
COUVERTURE	
Couverture par le MCV1	Au moins 95 %, au niveau national et dans chaque district
Couverture par le MCV2	Au moins 95 %, au niveau national et dans chaque district
Enfants zéro dose	Les identifier, les atteindre et réduire progressivement leur nombre
Lacunes géographiques d'immunité	Repérer et combler les poches de personnes réceptives
Occasions manquées de vaccination	Les évaluer systématiquement et les réduire au minimum
SURVEILLANCE ET RIPOSTE	
Sensibilité de la surveillance	Détecter et investiguer rapidement les cas suspects
Surveillance en laboratoire et surveillance moléculaire	Confirmer les cas et caractériser les souches virales
Riposte aux flambées	Investiguer immédiatement et appliquer rapidement les mesures de lutte
Immunité des agents de santé	Documenter l'immunité et combler les lacunes constatées
ÉQUITÉ	
Équité de la couverture	Suivre la couverture selon la zone géographique, le statut socio-économique et les obstacles à l'accès

Établi par l'auteur à partir des recommandations de l'OMS.^{2,3,13}

6 Conclusions

La résurgence mondiale de la rougeole en 2026 montre qu'un vaccin efficace, et même une couverture nationale apparemment satisfaisante, ne suffisent pas à eux seuls à garantir une protection contre les flambées.

Pour la rougeole, une couverture de 95 % n'est pas qu'une cible statistique. Elle doit se traduire par une immunité élevée et homogène dans toutes les communautés, tous les districts et tous les pays. Lorsque des personnes réceptives s'accumulent dans des populations regroupées géographiquement ou socialement, des décennies de progrès vers l'élimination peuvent être réduites à néant.

Une vaccination systématique solide, un rattrapage vaccinal en temps voulu, une surveillance épidémiologique et moléculaire sensible, une riposte rapide aux flambées et un accès équitable à la vaccination doivent rester des priorités centrales. L'élimination exige de dépasser les moyennes nationales pour comprendre précisément où l'immunité fait défaut, et pourquoi.

La rougeole ne sera pas éliminée simplement parce que les pays atteindront 95 % de couverture au niveau national. Elle ne le sera que lorsqu'une couverture élevée et durable s'accompagnera du repérage et de la protection des communautés systématiquement laissées pour compte.

Références

1. World Health Organization. Measles: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cité le 13 oct. 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>
2. World Health Organization. Measles vaccines: WHO position paper, April 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92(17):205-27.
3. World Health Organization. Measles and rubella strategic framework: 2021–2030. Geneva: WHO; 2020.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Global measles outbreaks [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2026 [cité le 13 oct. 2026]. Based on provisional monthly surveillance data reported to WHO. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/global-measles-vaccination/data-research/global-measles-outbreaks/>
5. World Health Organization. Provisional monthly measles and rubella data [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cité le 13 oct. 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>
6. World Health Organization. Disease Outbreak News: Measles, Bangladesh [Internet]. Geneva: WHO; 2026 Apr 23 [cité le 13 oct. 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON598>
7. World Health Organization. Disease Outbreak News: Measles, United States of America [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Mar 27 [cité le 13 oct. 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON561>
8. Guerra FM, Bolotin S, Lim G, Heffernan J, Deeks SL, Li Y, et al. The basic reproduction number (R0) of measles: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2017;17(12):e420-8.
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global childhood immunization coverage inches forward despite conflict and hesitancy [news release]. Geneva: WHO; 2026 Jul 15 [cité le 13 oct. 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/news/item/15-07-2026-global-childhood-immunization-coverage-inches-forward-despite-conflict-and-hesitancy---unicef--who>

10. World Health Organization. Global Health Observatory: indicators WHS8_110 (MCV1 coverage among 1-year-olds) and MCV2 (MCV2 coverage by the nationally recommended age), global estimates, WHO/UNICEF 2025 estimates released July 2026 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [extrait le 13 oct. 2026]. Disponible sur : https://ghoapi.azureedge.net/api/WHS8_110 et <https://ghoapi.azureedge.net/api/MCV2>
11. Robert A, Kucharski AJ, Funk S. The impact of local vaccine coverage and recent incidence on measles transmission in France between 2009 and 2018. *BMC Med.* 2022;20(1):77. doi:10.1186/s12916-022-02277-5
12. World Health Organization. Targeted and selective strategies in measles and rubella vaccination campaigns: interim guidance. Geneva: WHO; 2025. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103399>
13. WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella in the WHO European Region: integrated guidance for surveillance, outbreak response and verification of elimination. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060783>
14. World Health Organization. Manual for the laboratory-based surveillance of measles, rubella, and congenital rubella syndrome [Internet, online edition]. Geneva: WHO [cité le 13 oct. 2026]. Disponible sur : <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/surveillance-for-vpds/laboratory-networks/measles-and-rubella-laboratory-network/manual-for-the-laboratory-based-surveillance-of-measles-rubella-and-congenital-rubella-syndrome>
15. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2013;62(RR-04):1-34.



À propos de ce rapport

La rougeole est en résurgence dans le monde entier et les moyennes nationales masquent le risque: les flambées s'installent là où les personnes non vaccinées sont regroupées. Ce Rapport de flambée épidémique fait le point sur la situation en 2026 et présente les mesures qui interrompent la transmission, de la couverture à deux doses dans chaque district et du rattrapage ciblé à une surveillance sensible, une riposte rapide et un meilleur accès à la vaccination.

Le Centre de santé mondiale est la division des politiques de santé publique de la European Society of Medicine. Ses comités consultatifs, composés de cliniciens et de chercheurs, fournissent des orientations fondées sur des données probantes aux décideurs, aux professionnels de santé et au public sur les défis les plus urgents de la santé mondiale. Ce rapport a été rédigé par le Comité consultatif sur la vaccination. Il s'agit d'une traduction française; l'original anglais fait foi.

CITATION SUGGÉRÉE

Chacon-Cruz E. Résurgence de la rougeole en 2026: bonnes pratiques pour maîtriser les flambées et combler les lacunes de la couverture vaccinale. Rapport de flambée épidémique. Centre de santé mondiale, Comité consultatif sur la vaccination. European Society of Medicine; 2026. Traduction française.

Centre de santé mondiale, European Society of Medicine
ghc@esmed.org · esmed.org/policy

© European Society of Medicine, 2026

- Couverture: un groupe de personnes non vaccinées
- Quatrième de couverture: les mêmes personnes, protégées