

Vacciner en 2026:

Des nouveautés au vaccinosceptisme... que faire?

Dr. Loïc Lhopitallier

Spécialiste en Infectiologie et Médecine Interne Générale

Avenue de la Gare 10 - 1003 Lausanne

tél: +41 21 312 26 27 - gare10.ch



Quelques questions que je me suis récemment posées...

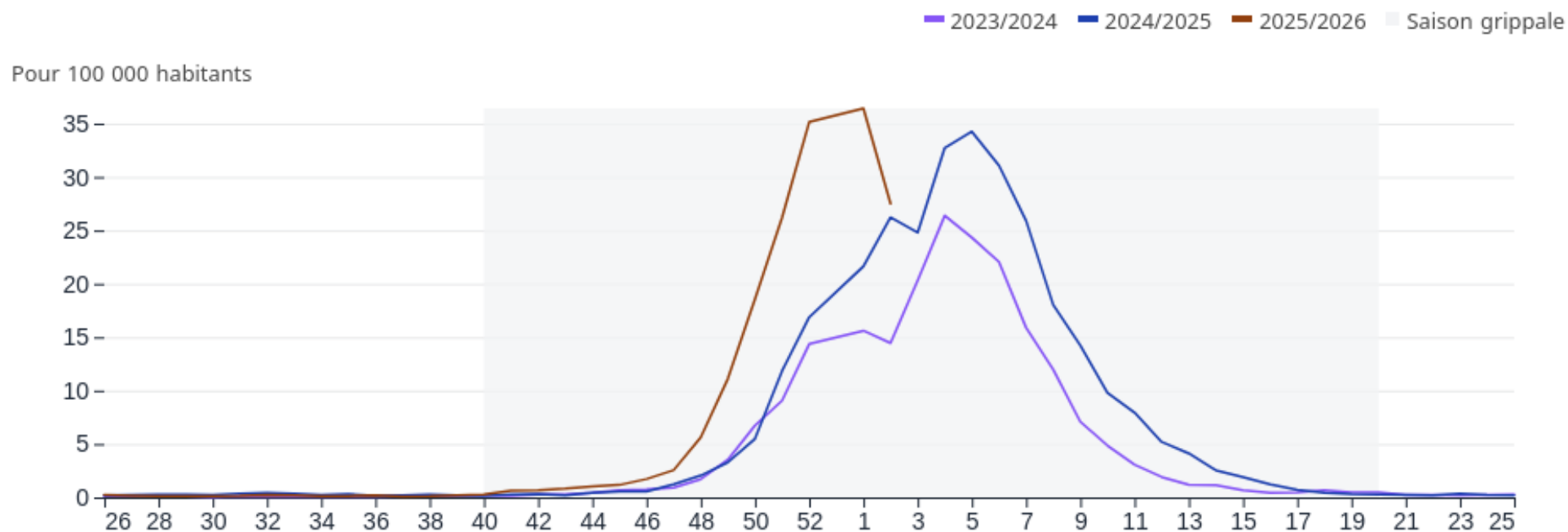
- **Faut-il utiliser un vaccin antigrippal à dose élevée?**
- **La vaccination fait-elle partie de la prévention cardio-vasculaire?**
- **Qu'en est il de la vaccination VRS chez les adultes en 2026 en Suisse?**
- **Dois-je revacciner mes patients pour le pneumocoque?**
- **Vacciner pour prévenir la démence?**
- **Le vaccinoscepticisme... que faire?**

Faut-il utiliser un vaccin antigrippal à dose élevée?

Comparaison saisonnière des cas de grippe déclarés

Oblig

Système de déclaration obligatoire, Suisse et Principauté de Liechtenstein, du 31.12.2012 au 11.01.2026



Source : Système de déclaration obligatoire – état : 13.01.2026 / Portail d'information maladies transmissibles (idd.bag.admin.ch)

<https://www.idd.bag.admin.ch/diseases/influenza/statistic#cases>

Plan de vaccination suisse 2025

Pour les personnes de:

- **75 ans et plus**
- **65 ans et plus** présentant un facteur de risque supplémentaire

il faut privilégier l'utilisation d'un **vaccin antigrippal à dose élevée** pour une meilleure protection.

DANFLU-2 Trial – Sanofi Aventis

QUAND? 2022-23, 2023-24, 2024-25

OU? Danemark

QUI? 332,438 participants, > 65 ans

COMMENT?

Randomisés 1:1 – vaccination grippe dose standard vs dose élevée

QUOI?

Hospitalisations pour grippe ou pneumonie jusqu'au 31.05

Table 2. Primary and Secondary End Points and Relative Vaccine Effectiveness.*

End Point	High-Dose Vaccine (N = 166,218)	Standard-Dose Vaccine (N = 166,220)	Relative Vaccine Effectiveness†	P Value‡
	<i>no. of participants (%)</i>		%	
Primary end point				
Hospitalization for influenza or pneumonia	1,138 (0.68)	1,210 (0.73)	5.9 (−2.1 to 13.4)	0.14
Secondary end points				
Hospitalization for cardiorespiratory disease	3,735 (2.25)	3,962 (2.38)	5.7 (1.4 to 9.9)	
Hospitalization for any cause	15,585 (9.38)	15,921 (9.58)	2.1 (−0.1 to 4.3)	
Death from any cause	1,116 (0.67)	1,089 (0.66)	−2.5 (−11.6 to 5.9)	
Hospitalization for influenza§	101 (0.06)	179 (0.11)	43.6 (27.5 to 56.3)	
Hospitalization for pneumonia	1,045 (0.63)	1,050 (0.63)	0.5 (−8.6 to 8.8)	
Exploratory end point				
Hospitalization for laboratory-confirmed influenza¶	177 (0.11)	276 (0.17)	35.9 (22.2 to 47.3)	

doi:10.1056/NEJMoa2509907

Publié le 30.08.2025

Table 3. Serious Adverse Events within 3 Months after Vaccination.*

Serious Event	High-Dose Vaccine (N = 166,142)	Standard-Dose Vaccine (N = 165,827)	P Value
	no. of participants (%)		
Any	9814 (5.91)	9804 (5.91)	0.95
Considered to be related to trial treatment	73 (<0.1)	57 (<0.1)	0.16
Cardiovascular-related	1747 (1.05)	1755 (1.06)	0.85
Respiratory-related	853 (0.51)	816 (0.49)	0.38
Gastrointestinal-related	996 (0.60)	953 (0.57)	0.35
Infection-related	421 (0.25)	436 (0.26)	0.59
Injury-related	1347 (0.81)	1317 (0.79)	0.59
Death	352 (0.21)	330 (0.20)	0.41

* Safety events were assessed approximately 3 months after vaccination through registry-based screening for hospitalizations and deaths occurring among the participants. Only serious adverse events, defined in this trial as hospitalizations or deaths, were recorded. No other data on adverse events were obtained. Comparisons between groups were performed with Pearson's chi-square test.

GALFLU-2 – Sanofi Aventis

QUAND? 2023-24, 2024-25

OU? Espagne

QUI? 103,169 participants, > 65 ans

COMMENT?

Randomisés 1:1 – vaccination grippe dose standard vs dose élevée

QUOI?

Hospitalisations pour grippe ou pneumonie jusqu'au 31.05

A primary end-point event occurred in :

- 174 of 67,093 participants (absolute risk, 0.26%) in the high-dose group
- 227 of 66,789 (absolute risk, 0.34%) in the standard-dose group

relative vaccine effectiveness, 23.7%; 95% confidence interval [CI], 6.6 to 37.7)

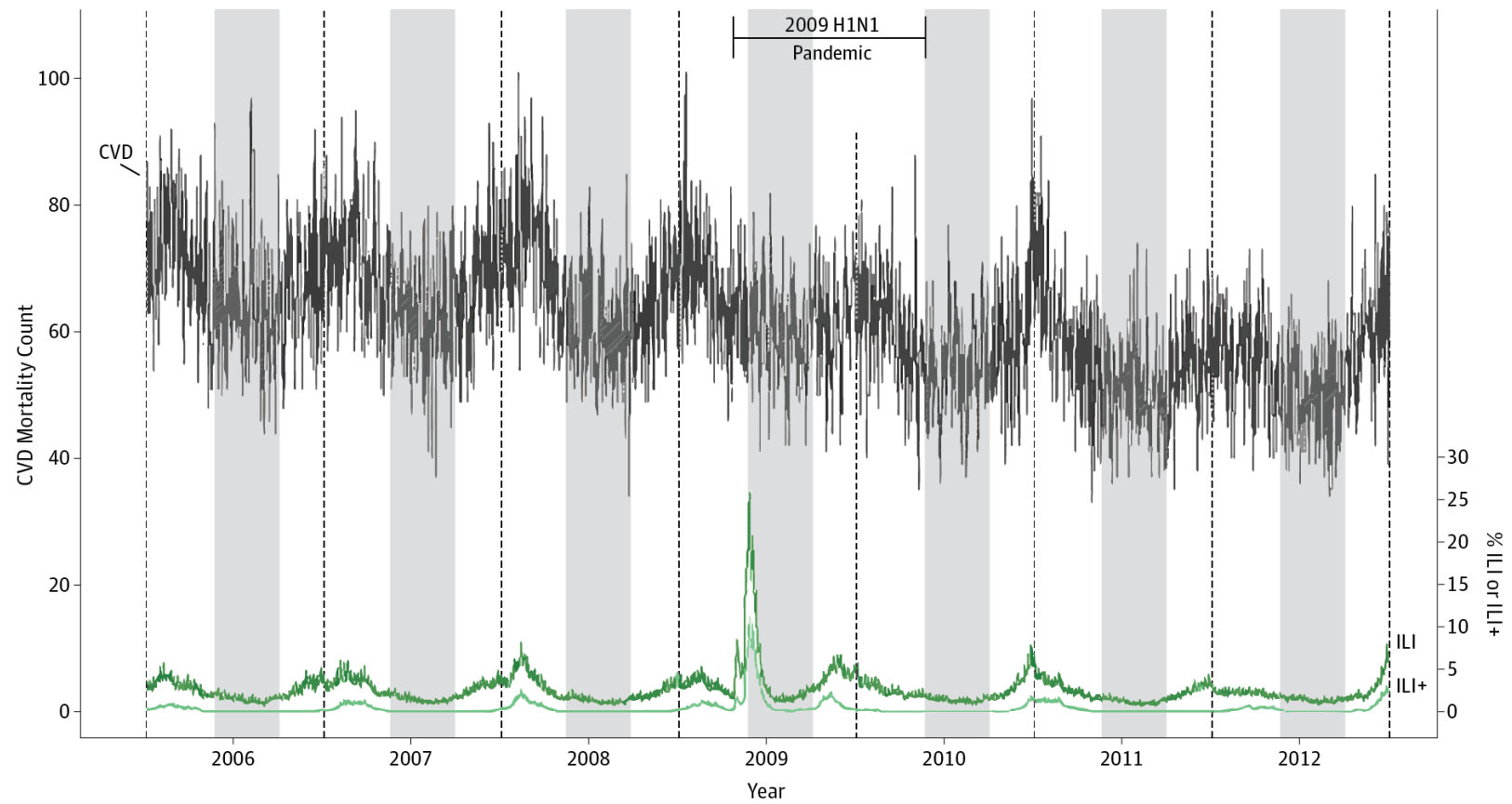
Hospitalization for influenza occurred in:

- 63 of 67,093 participants (absolute risk, 0.09%) in the high-dose group
- 92 of 66,789 (absolute risk, 0.14%) in the standard-dose group

(relative vaccine effectiveness, 31.8%; 95% CI, 5.0 to 51.3).

The incidence of serious adverse events appeared to be similar in the two trial groups.

**Faut-il vacciner pour prévenir les
événements cardiovasculaires?**



Mortalité cardiovasculaire et visites aux urgences pour syndromes grippaux, NYC 2006 – 2012

Comprehensive Analysis of Cardiovascular Events and Risk Factors in Patients Hospitalized with RSV

471 patients hospitalized with RSV
2017-2020 seasons



Cardiovascular events (CVEs) in patients

- CHF
- AFib
- MI
- VT/PEA
- Other arrhythmias
- PE/DVT
- Stroke

Pre-RSV period 6 month
before hospitalization

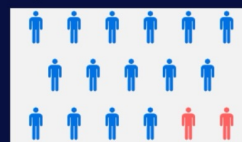
High-risk period 1-28 days from
hospitalization

Late-risk period 29 days to 6 month
from hospitalization

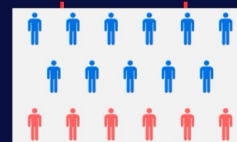
Incidence Rates of CVEs per person per month



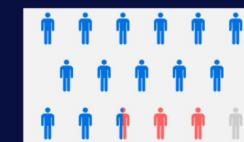
Proportion of patients with CVEs



12%



37%

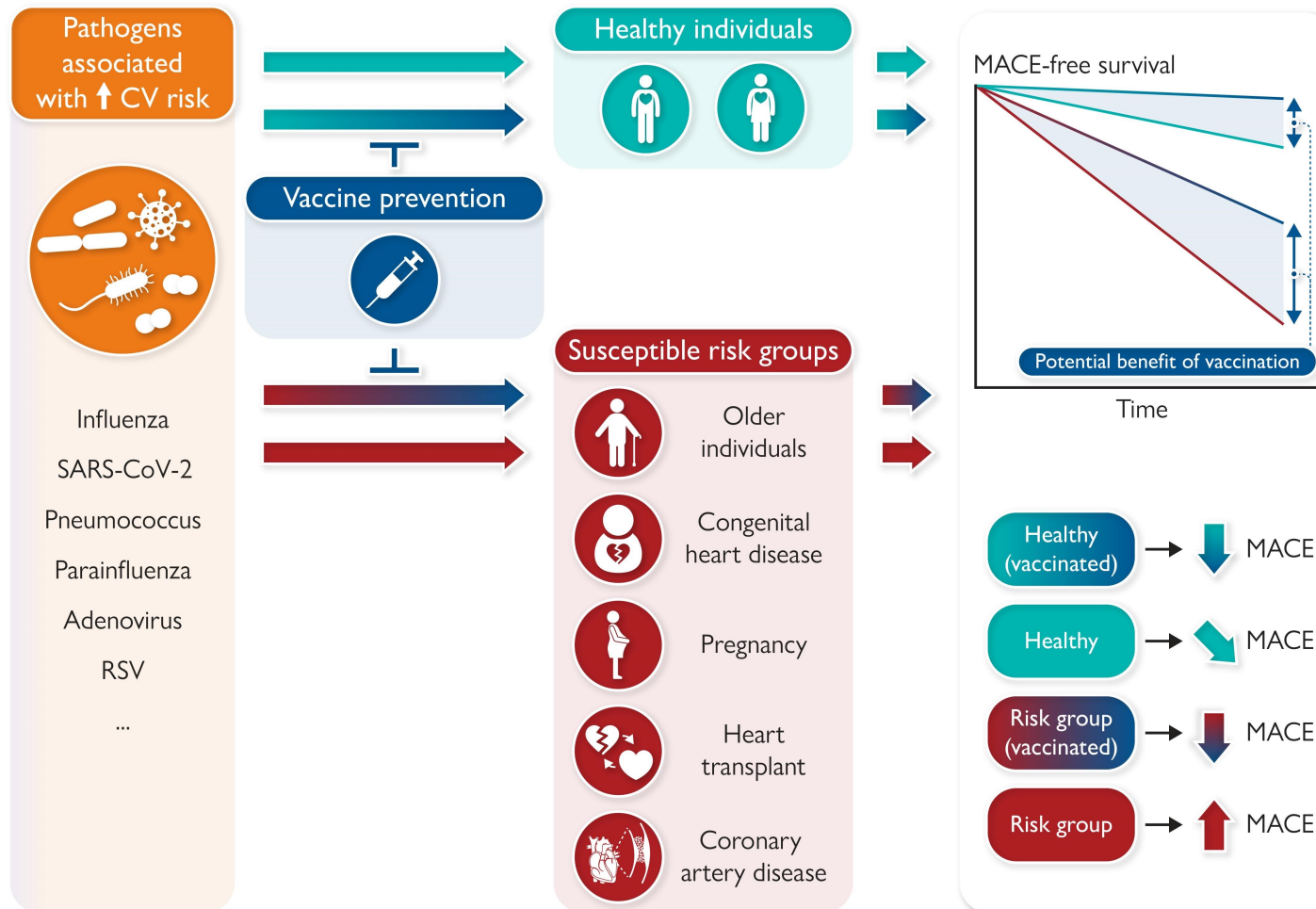


16%

Large proportion of CVEs in high-risk period were new onset

SUDNIK, WALSH, BRANCHE, ISLAM, FALSEY
|CLINICAL INFECTIOUS DISEASES, 2025

Vaccination as a new form of cardiovascular prevention



Qu'en est il de la vaccination VRS chez les adultes en 2026 en Suisse?

Inpatient burden of **respiratory syncytial virus (RSV)** in Switzerland, 2003 to 2021

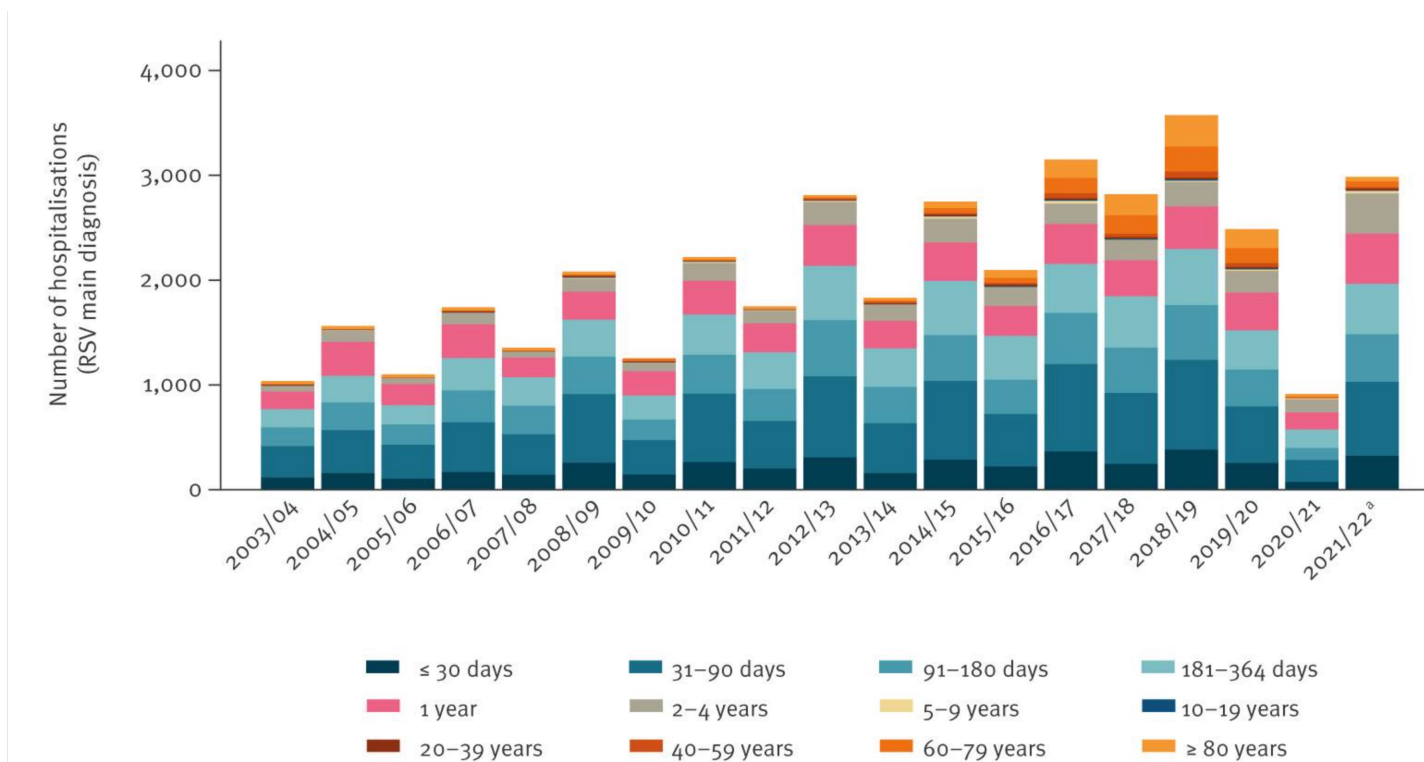


Tableau 4

Produits de prévention contre le VRS autorisés et recommandés en Suisse en 2025

Produit de prévention (nom commercial)	Fabricant	Autorisation	Type de vaccin	Nombre de doses	Schéma/dosage
Anticorps monoclonal nirsévimab (Beyfortus®)	Sanofi	De la nais- sance jusqu'à 24 mois	Anticorps monoclonal pour immunisation passive	1	Selon l'âge / le poids: 50 mg, 100 mg ou 200 mg (= 2 × 100 mg)
Vaccin RSVpreF (Abrysvo®)	Pfizer	Femmes en- ceintes à partir de 18 ans À partir de 60 ans	Vaccin protéique, bivalent (contre les deux sous- groupes A+B du VRS)	1	Femmes enceintes à partir de 18 ans: 1 dose, aucun rappel n'est actuellement recommandé pour une grossesse ultérieure À partir de 60 ans: 1 dose
Vaccin GSK3888550A (Arexvy®)	GSK	À partir de 60 ans	Vaccin protéique, avec adjuvant AS01E renforçant l'efficacité (comme dans Shingrix®)	1	À partir de 60 ans: 1 dose
Vaccin NCT05127434 (mResvia®)	Moderna	À partir de 60 ans	Vaccin à ARNm, mode d'action analogue au vaccin Spikevax® contre le COVID-19	1	À partir de 60 ans: 1 dose

Tableau 5

Aperçu des principales études de phase II/III sur l’efficacité des trois vaccins contre le VRS

Vaccin (fabricant) Participants à l’étude / détails de l’étude (référence avec lien direct)	Critère d’efficacité primaire* (VE)		Critère d’efficacité secondaire* (VE)
Abrysvo® (Pfizer) n = 34284; 60 ans et plus, âge moyen: 67 ans , 52 % atteints de maladies préexistantes, suivi moyen: 7 mois (Walsh 2023)	IVRI liée au VRS avec ≥ 2 symptômes 66,7 %	IVRI liée au VRS avec ≥ 3 symptômes 85,7 %	IRA liée au VRS 62,1 %
Arexvy® (GSK) n = 24960; 60 ans et plus, âge moyen: 69,5 ans , 39 % atteints de maladies préexistantes, suivi moyen: 6,9 mois (Papi A. 2023)	IVRI liée au VRS 82,6 %	IVRI sévère** liée au VRS 94,1 %	IRA liée au VRS 71,7 %
mResvia® (Moderna) n = 35541; 60 ans et plus, âge moyen: 68,1 ans , 29 % atteints de maladies préexistantes, suivi moyen: 3,7 mois (Wilson et al. 2024)	IVRI liée au VRS avec ≥ 2 symptômes 83,7 %	IVRI liée au VRS avec ≥ 3 symptômes 82,4 %	IRA liée au VRS 68,4 %

* selon protocole d’étude

** « sévère » = épisode d’IVRI empêchant toute activité quotidienne normale

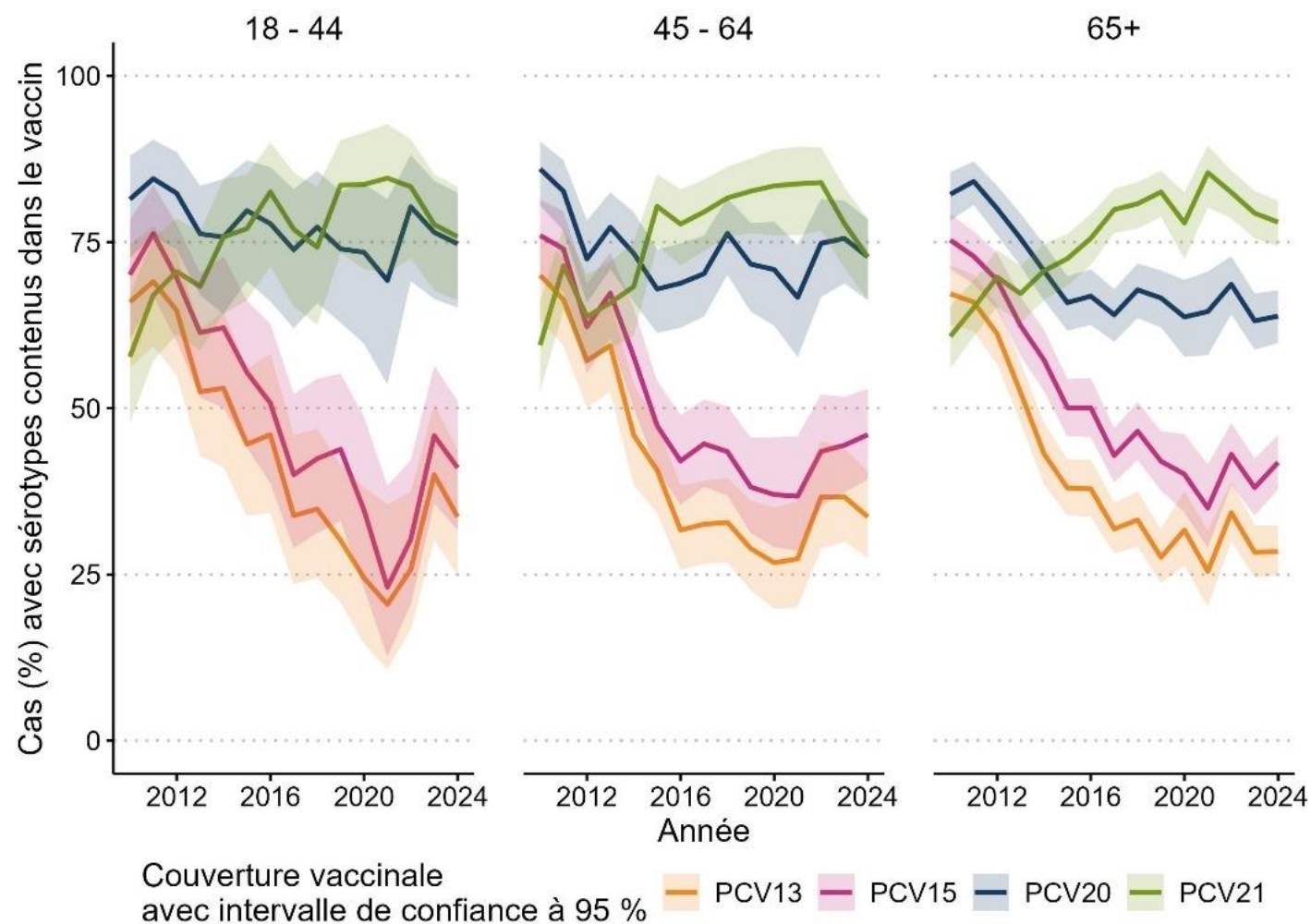
IVRI = infection des voies respiratoires inférieures; IRA = infection respiratoire aiguë

L'OFSP et la CFV recommandent **actuellement la vaccination contre le VRS** avec **une dose de vaccin** :

1. À titre de **vaccination complémentaire** pour toutes les personnes à partir de **75 ans**
2. À titre de **vaccination des groupes à risque** pour les personnes **âgées de 60 à 74 ans** présentant un **risque accru** de forme grave du VRS, dont :
 - a. **Patients atteints de maladies chroniques telles que :**
 - immunodéficience (due à une maladie ou à un traitement à effet immunosuppresseur)
 - maladies pulmonaires (p. ex. broncho-pneumopathie chronique obstructive, emphysème, asthme)
 - maladies cardiovasculaires (p. ex. insuffisance cardiaque, maladie coronarienne)
 - maladies neurologiques ou neuromusculaires
 - maladies rénales
 - maladies du foie
 - maladies hématologiques
 - diabète sucré
 - b. Personnes **fragiles** et celles vivant dans des **EMS** ou autres **établissements de soins de longue durée**.

Quid du remboursement?
Ces indications pas
actuellement reconnues
dans l'article 12a de l'OPAS

Dois-je re-vacciner mes patients pour le pneumocoque?



PCV15 (Vaxneuvance®) – dès le 01.04.2024

- Couverture sérotypes additionnels associés à des maladies graves (p.ex., 22F, 33F), qui ne sont pas couverts par le PCV13

PCV20 (Prevenar 20®) – dès le 01.10.2024

- Couverture sérotypes additionnels associés à des maladies graves (p.ex., 8, 10A, 11A, 12F, 15B, 22F, 33F), qui ne sont pas couverts par le PCV13

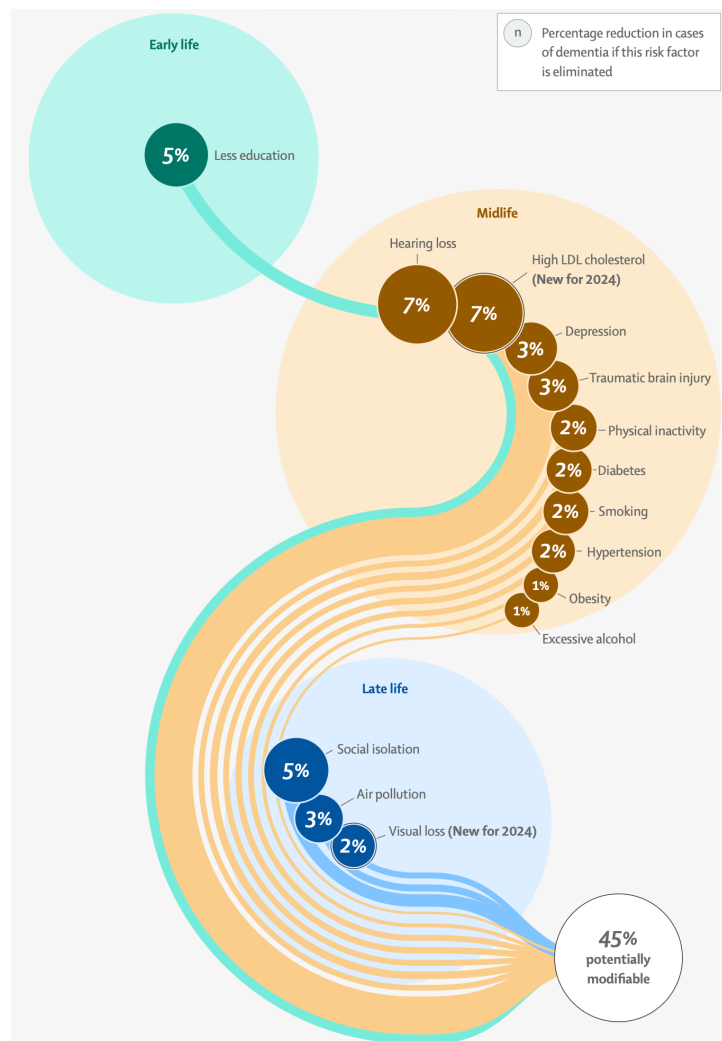
PCV21 (Capvaxive®) – pas disponible en Suisse

Plan de vaccination suisse 2025

Afin d'augmenter la couverture sérotypique, il est désormais recommandé pour **les personnes à risque** déjà vaccinées avec le vaccin PCV-13, d'administrer, dès l'âge de 5 ans, une dose unique complémentaire avec un PCV de valence supérieure au PCV13

Âge / groupe cible	Vaccins disponibles par groupe cible	Prise en charge des coûts par l'AOS	
		Personne non vaccinée avec un PCV	1 dose unique avec un PCV de valence plus élevée que PCV13 pour les personnes déjà complètement vaccinées avec le PCV13 ¹⁾
0-4 ans (vaccination de base)	PCV13, PCV15 ³⁾	Oui ²⁾	Non recommandée et pas de prise en charge
0-4 ans avec facteur de risque	PCV13, PCV15 ⁴⁾	Oui ²⁾	
Personnes à risque de 5 à 17 ans	PCV15, PCV20 ⁵⁾	Non, recommandation hors étiquette ⁶⁾	Non, mais vaccination recommandée
Personnes à risque de 18 à 64 ans	PCV15, PCV20 ⁵⁾		
Toute personne âgée de ≥ 65 ans	PCV15, PCV20 ⁵⁾	Oui ²⁾	Oui, sous certaines conditions ⁷⁾

Vacciner pour prévenir la démence?



Et le rôle éventuel des virus neurotropiques?

Dementia prevention, intervention, and care: 2024. *Lancet* standing Commission. DOI: [10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Étude observationnelle de type « expérience naturelle » au Pays de Galles.

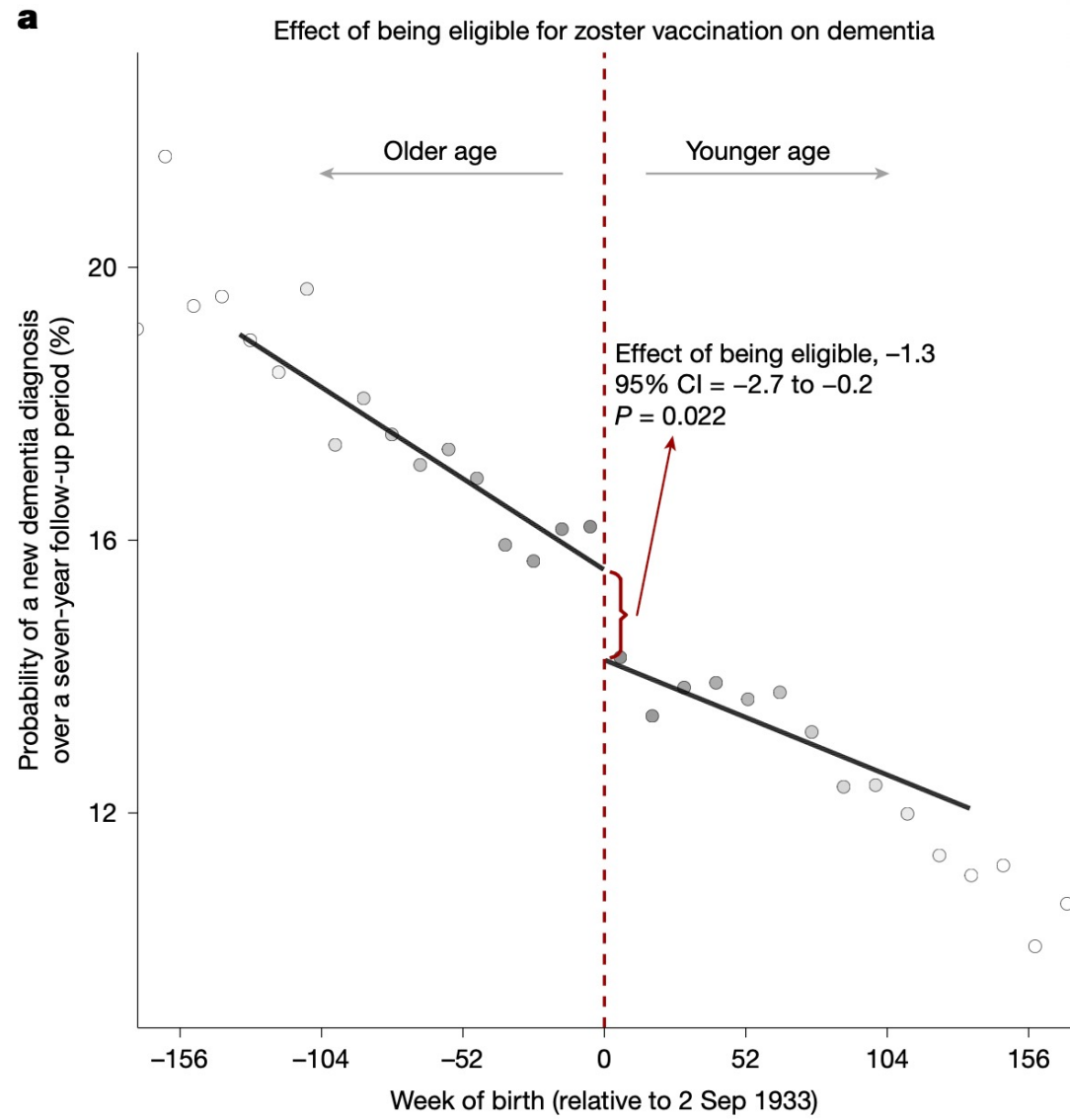
Introduction du vaccin contre le zona le 01.09.2013.

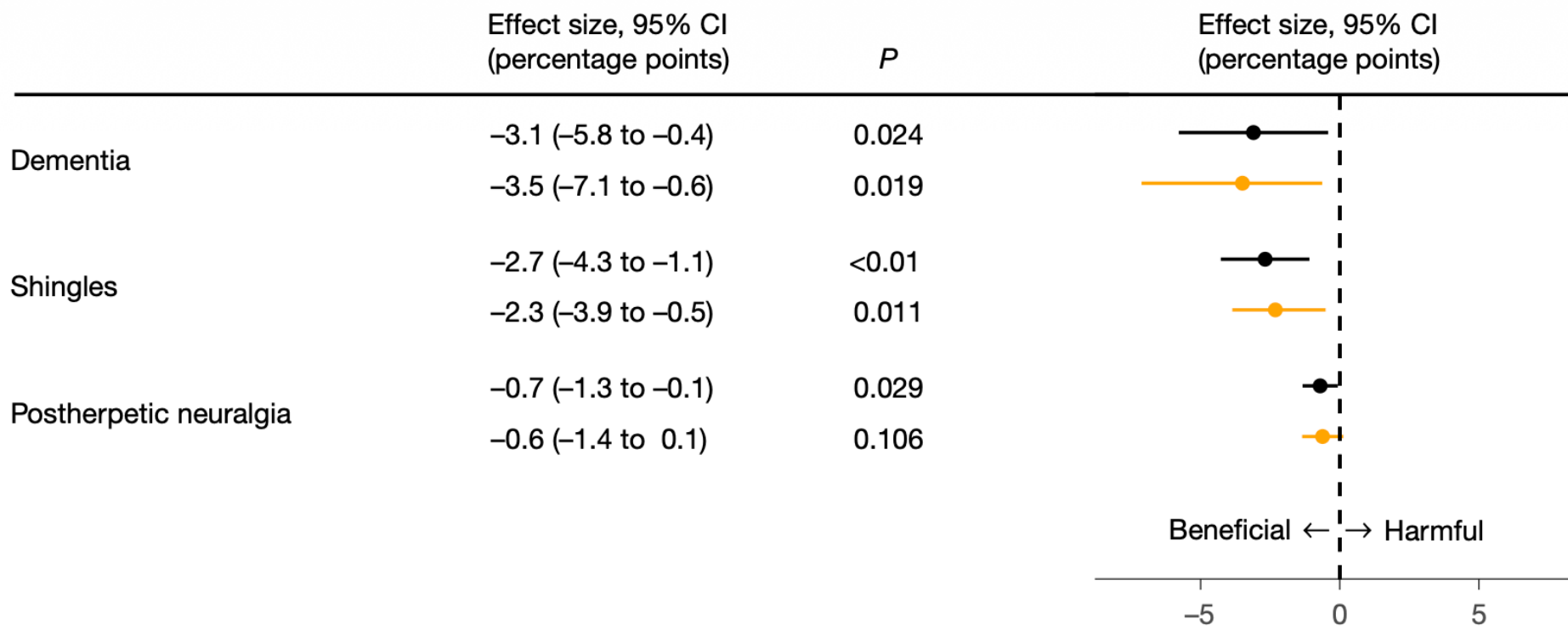
Restriction : vaccination interdite aux personnes nées avant le 01.09.1933 (>80 ans), car efficacité jugée insuffisante.

Comparaison entre deux cohortes très proches :

- Nés juste avant le 01.09.1933 (non éligibles).
- Nés juste après le 01.09.1933 (éligibles).

Données issues d'une large base de santé couvrant la majorité de la population galloise.





Réduction relative du risque de diagnostic de démence: 20 %

Le vaccinoscepticisme... quelles en sont les causes? Comment aborder ce sujet en consultation?



SANTÉ

LES 10 MENACES

POUR LA SANTÉ MONDIALE
EN 2019 SELON L'OMS



POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE ET CHANGEMENT CLIMATIQUE

9 personnes sur 10 respirent tous les jours de l'air pollué

MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

Provoquent plus de 41 millions de décès par an



PANDÉMIE MONDIALE DE GRIPPE

153 établissements dans 114 pays participent
à la surveillance et à la riposte mondiale

ZONES DE FRAGILITÉ ET DE VULNÉRABILITÉ

Plus de 1,6 milliard de personnes vit dans ces
zones dépourvues d'accès aux soins de base



RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

L'usage abusif des médicaments provoque
une résistance accrue des agents pathogènes

ÉBOLA ET AUTRES AGENTS PATHOGÈNES DANGEREUX

Le taux de létalité d'Ebola est d'environ 50%



SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES INSUFFISANTS

Etape essentielle vers une
couverture sanitaire universelle

MÉFIANCE À L'ÉGARD DES VACCINS

Plus de 1,5 million de vies peuvent être sauvées
par an en améliorant la couverture vaccinale



DENGUE

40% de la population mondiale est exposée
au risque de dengue

VIH - SIDA

Plus de 35 millions de décès au total



2019 | SOURCE : OMS



Vaccination HPV au Japon

01.10.2009 : Autorisation du vaccin HPV bivalent

01.07.2011 : Autorisation du vaccin HPV quadrivalent

03.2011–08.2011 : Pénurie nationale de vaccins ; critiques médiatiques concomitantes concernant l'insuffisance des stocks

Dès 02.2013 : Diffusion médiatique de signalements non confirmés d'effets indésirables post-vaccination (AEFI)

01.04.2013 : Inclusion du vaccin HPV dans le Programme national de vaccination

14.06.2013 : Suspension des recommandations proactives malgré l'absence de preuve de lien causal

Couverture vaccinale passée de >70 % à <1 %, restant faible plus de 4,5 ans plus tard

The 'pink leaflet'
Prepared by the Ministry of Health,
Labour and Welfare.
Must be distributed to all parents
seeking vaccination.

子宮頸がん予防ワクチンの接種を受ける皆さまへ (平成25年4月版)

現在、子宮頸がん予防ワクチンの接種を積極的にはお勧めしていません。

接種に当たっては、有効性とリスクを理解した上で受けてください。

子宮頸がん予防ワクチンの有効性とリスクについて、お知らせします。ワクチンの接種は、その有効性と接種による副作用（副作用）といいますが、起こるリスクを十分に理解した上で受けるようにしてください。

子宮頸がんは、どんな病気

子宮頸がんは、乳がんに次いで、若い女性に2番目に多いがんです。

若い女性（20～39歳）がかかる「がん」の中で乳がんに次いで多く、女性の100人に1人が生涯のいずれかの時点で、子宮頸がんにかかると言われています。年間9,000人近くの人、が子宮頸がんにかかり、2,700人もの人が亡くなっています。

子宮頸がんは、ヒトパピローマウイルス（HPV）というウイルスの感染が原因で起こるがんです。

ヒトパピローマウイルス（HPV）には、100種類以上のタイプ（型）があり、そのうち、子宮頸がんの発生に関わるタイプは「高リスク型HPV」とよばれています。主に性行為によって感染します。海外では、性活動を行う女性の50%以上が、生涯に一度は感染するといわれ、感染しても多くは自然に排除されます。

子宮頸がんの約半分は、ワクチン接種によって予防できることが期待されています。

ワクチンには、ヒトパピローマウイルス（HPV）の成分が含まれているため、接種することで免疫を育むことができ、HPVの感染を防ぐことができます。

子宮頸がん予防ワクチンの接種は法律に基づいて実施されていますが、受けるかどうかは、接種することで得られるメリットとリスクを理解した上で、ご判断ください。

子宮頸がん予防ワクチンの効果

子宮頸がん予防ワクチンは世界保健機関（WHO）が接種を推奨し、多くの先進国では公的接種とされています。

子宮頸がん予防ワクチンは、子宮頸がん全体の50～70%の要因とされる2種類（16型・18型）のヒトパピローマウイルス（HPV）に予防効果があります。

16型HPVと18型HPVの感染やがんになる割合の調査（感染率）を90%以上予防できたとの報告があり、これに引き続いて起こる子宮頸がんの予防効果が期待されています。

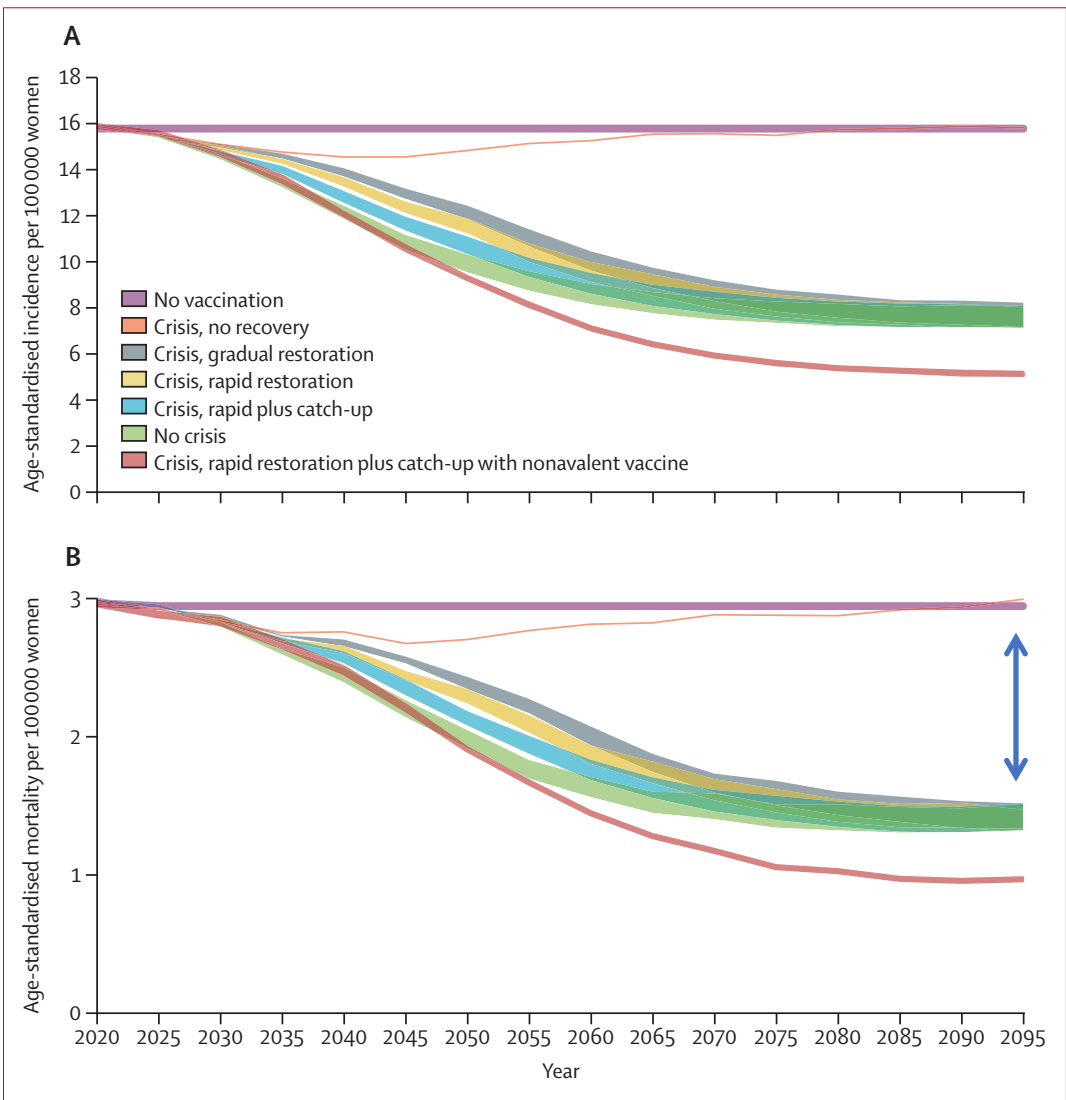
●子宮頸がんは発生から10年以上かけて、検出にHPV感染した後に起こるとされています。

●子宮頸がん予防ワクチンは新しいワクチンのため、子宮頸がんそのものを予防する効果はまだ確認されていません。

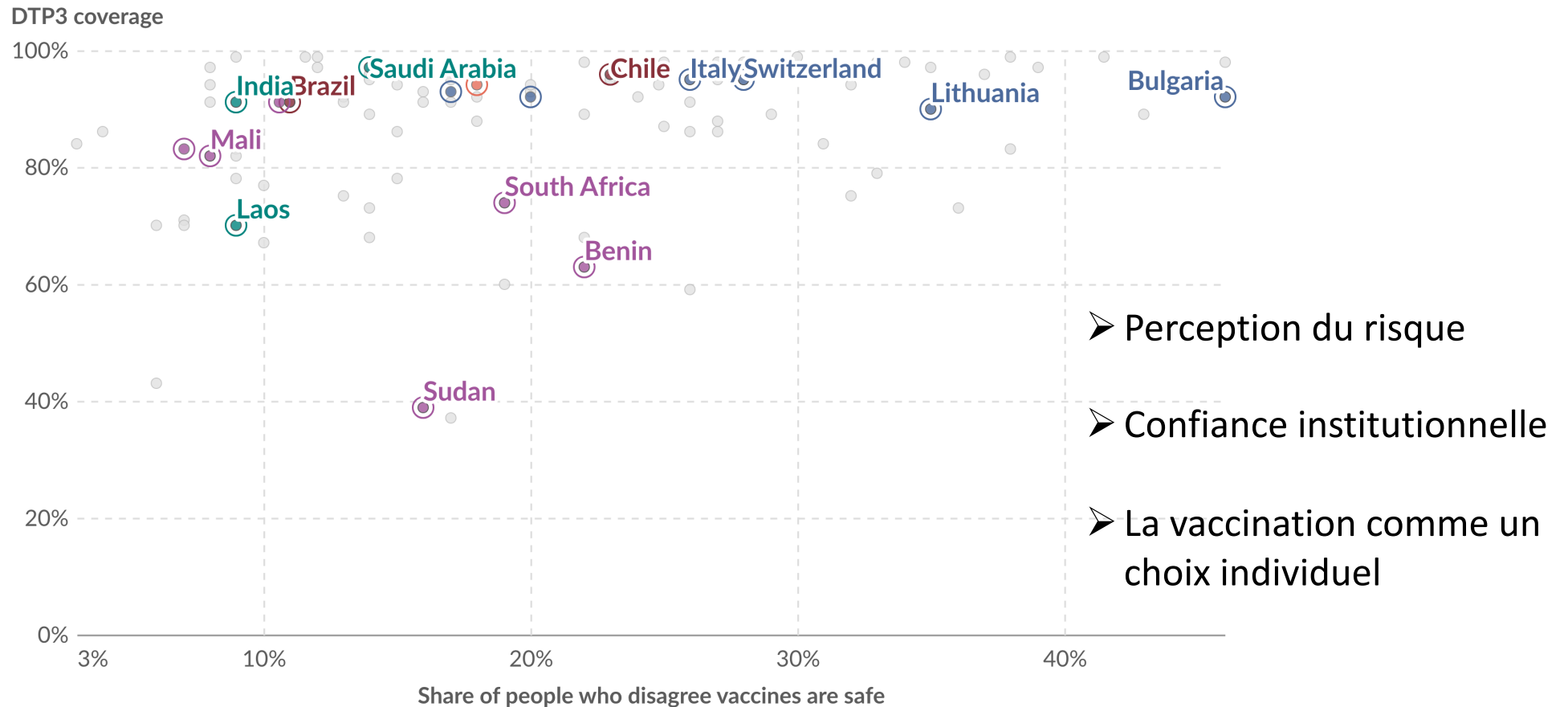
"At the moment we are not proactively recommending the cervical cancer vaccine. Before having your child vaccinated, **please understand the risks and benefits**"

Implies both the risks and benefits are equal

"Since it is a new vaccine there is no evidence yet to show it prevents cervical cancer..."



Les mécanismes de l'hésitation vaccinale

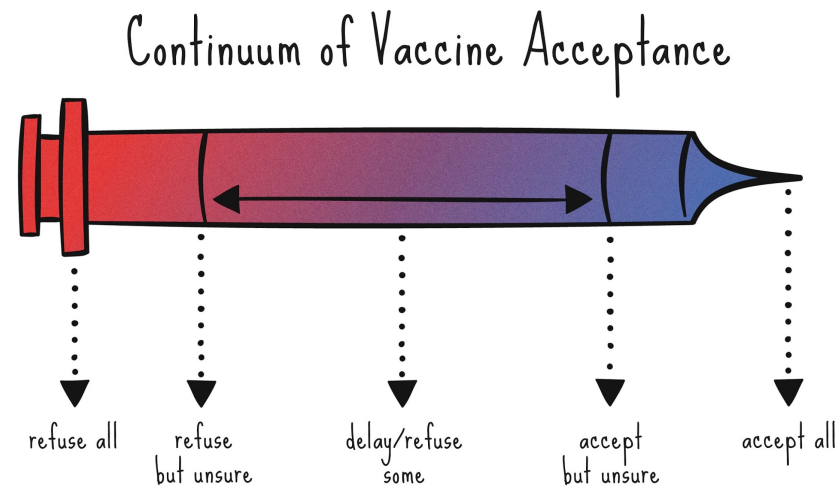


Le continuum du vaccino-scepticisme...

Vaccino-hésitant – une personne qui se pose des questions sur la vaccination

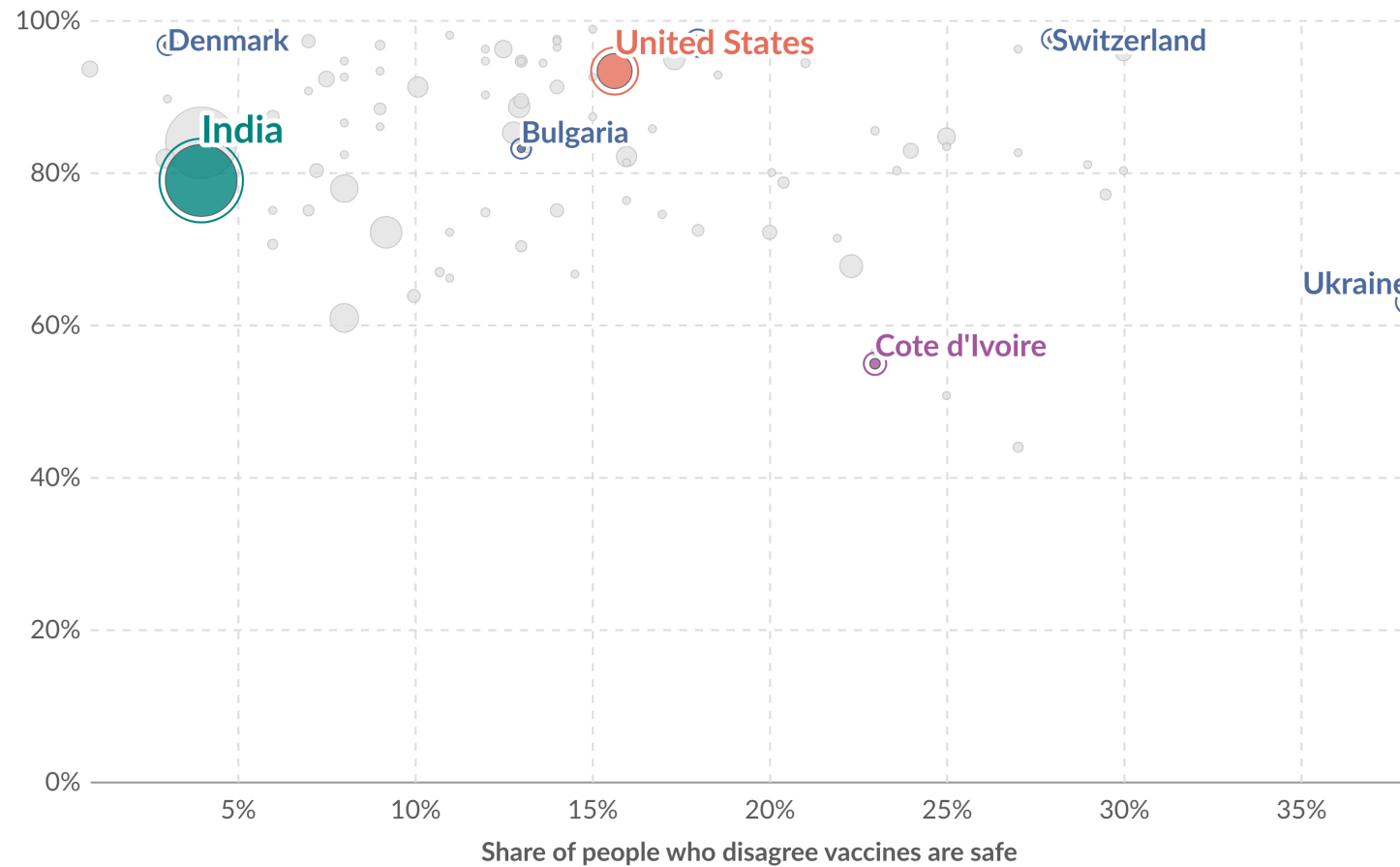
No-Vax – une personne qui refuse la vaccination

Anti-Vax – opposant à la vaccination qui diffuse activement de la désinformation



Les soignants, interlocuteurs de confiance

Trust doctors and nurses in this country



Comment réagir?



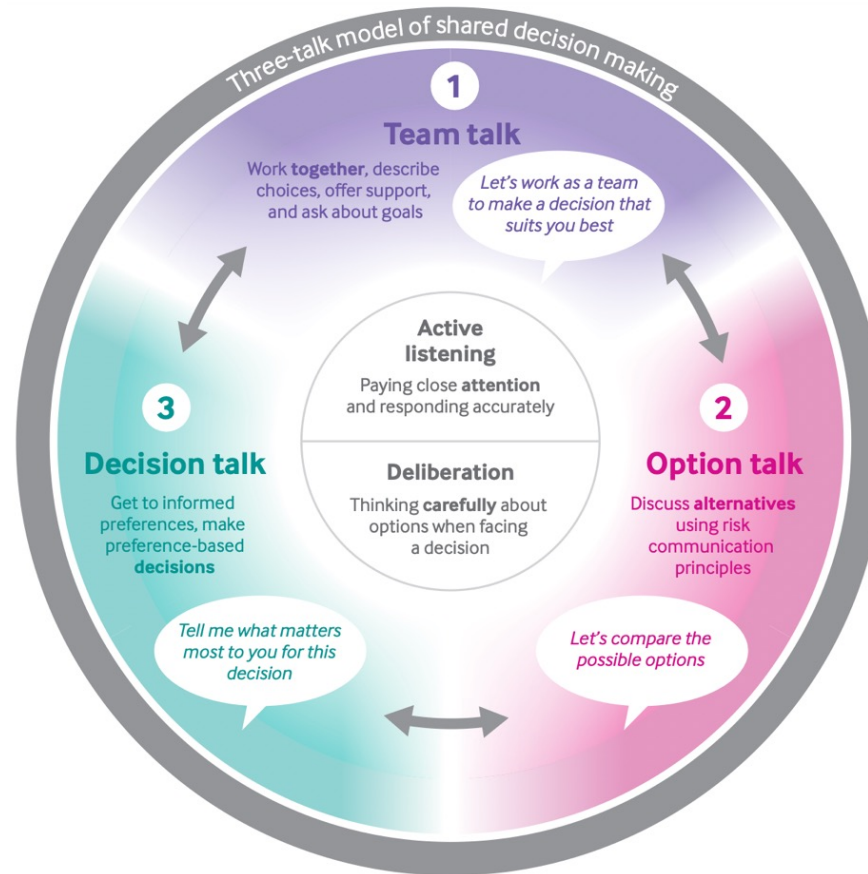
Approche Factuelle – Effet *back-fire*



Approche basée sur la communication

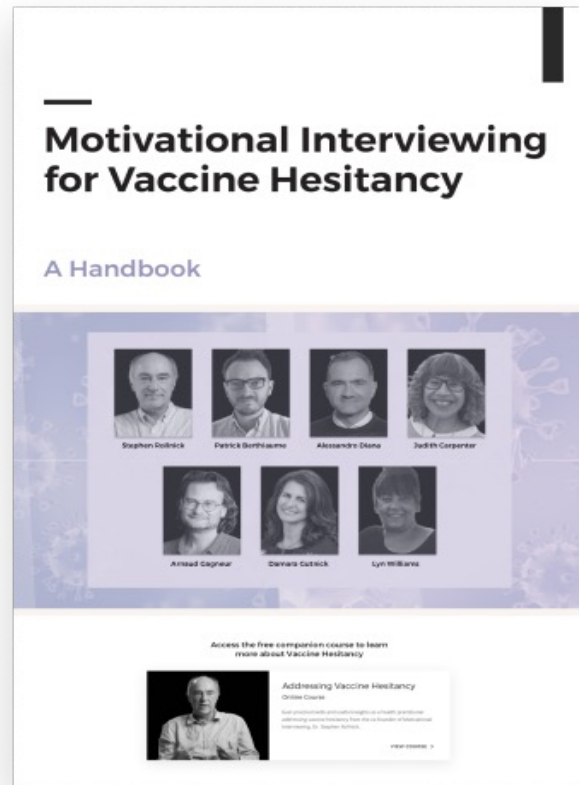


Decision partagée - The Three-Talk Model



Elwyn, Glyn, Marie Anne Durand, Julia Song, Johanna Aarts, Paul J. Barr, Zackary Berger, Nan Cochran et al. "A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process." *BMJ* 359 (2017).

Entretien motivationnel



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE
Institut universitaire
de médecine de famille
et de l'enfance (IuMFE)

Thème de la stratégie ambulatoire IuMFE

Comment mieux aborder les questions sur l'hésitation vaccinale de nos patient-es et comment l'enseigner aux professionnel-les de la santé ?

Le vaccino-scepticisme... que faire

- Reconnaître l'impact sur la **santé globale**.
- Comprendre le **continuum** du vaccino-scepticisme et ses racines,
- **Réagir** avec une approche basée sur la communication qui se veut empathique et ouverte.

- Faut-il utiliser un vaccin antigrippal à dose élevée? **OUI**
- Faut-il vacciner pour prévenir les événements cardiovasculaires? **OUI**
- Qu'en est il de la vaccination VRS chez les adultes en 2025 en Suisse? **En attente prise en charge AOS**
- Dois-je revacciner mes patients pour le pneumocoque? **OUI mais CAVE prise en charge AOS**
- Vacciner pour prévenir la démence? **OUI**
- Le vaccinoscepticisme... que faire? **Approche axée sur la communication**

Merci

N'hésitez pas à m'écrire – loic.lhopitallier@svmed-hin.ch

