

Plan Vaccinal Suisse 2026: mise à jour des recommandations et questions fréquentes à Infovac

alessandro.diana@unige.ch

4 juin 2026

REMEDI



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Unité de développement et de recherche
en éducation médicale (UDREM)





Quelle est votre question?

Pour toute question sur les vaccins et vaccinations
www.infovac.ch



Directives et recommandations

Plan de vaccination suisse 2026

État : Février 2026
Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations



Recommandations vaccinales : « le référentiel suisse de la vaccination »



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

Le plan de vaccination suisse ne fournit désormais plus d'informations concrètes sur la prise en charge des coûts. **Des informations concernant la prise en charge des vaccins** par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) sont disponibles sur la page « Mesures médicales de prévention » de l'OFSP www.bag.admin.ch/aos-prevention. En règle générale, les vaccinations recommandées de base et complémentaires ne sont inscrites dans le plan de vaccination suisse que lorsque leur coût est pris en charge par l'AOS ou dans le cadre d'un programme cantonal de vaccination. Il existe des exceptions pour les vaccinations figurant dans le plan de vaccination pour les groupes à risque et/ou les situations à risque (pour plus d'informations, voir le lien ci-dessus). En raison de la décision négative concernant la prise en charge des coûts par l'AOS (voir *Commentaires des modifications de l'OPAS du 4 juin 2025 pour le 1^{er} juillet 2025*), la recommandation de vaccination contre le VRS pour les personnes à risque âgées de 60 à 74 ans ainsi que pour toutes les personnes âgées de plus de 75 ans n'est pas incluse dans le plan de vaccination 2026 et continue d'être publiée séparément de celui-ci (voir page 2 ci-dessous).

Nouveauté et adaptations 2026

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

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

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

a) Vaccination maternelle contre le VRS pour les femmes enceintes

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

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

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

La recommandation relative à la vaccination de base par anticorps monoclonaux (AcM), en vigueur depuis janvier 2024, a été adaptée de façon ciblée à l'automne 2025 [1]. Il est désormais recommandé d'administrer une dose unique d'un AcM à longue durée d'action à tous les nourrissons au cours de leur 1^{re} année de vie, au lieu du « nirsevimab pour tous les nourrissons avant ou pendant leur 1^{re} saison de VRS », comme formulé jusqu'à présent. Les nourrissons de moins de 12 mois nés entre le 1^{er} octobre et le 31 mars et qui n'ont pas encore reçu la dose d'AcM indiquée jusqu'au 31 mars peuvent recevoir cette dose au mois d'octobre suivant (administration possible jusqu'à la veille de leur 1^{er} anniversaire). Cfr. chapitre 1.1.a pour la recommandation de vaccination détaillée.

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

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

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

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

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

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

Pour les personnes à risque âgées de 5–17 ans, le **PCV15** ou le **PCV20** demeurent recommandés comme options vaccinales équivalentes (dès l'âge de 6 ans hors autorisation) [2]. État actuel des PCV recommandés par groupe d'âges, cf. Prise de position sur www.cfv.ch.

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

Un nouveau PCV de valence plus élevée (PCV21) est autorisé depuis l'automne 2025 pour les adultes dès l'âge de 18 ans. Les vaccins PCV20 et PCV15 disponibles demeurent autorisés à partir de 65 ans. Compte tenu de la couverture actuelle des sérotypes par vaccin [2] et sous réserve d'une prise en charge des coûts du PCV21 pour le groupe d'âge des ≥65 ans, la recommandation vaccinale a été adaptée pour les groupes cibles adultes suivants.

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Nouveauté et adaptations 2026

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

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

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

a) Vaccination maternelle contre le VRS pour les femmes enceintes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



	Nourrissons, enfants et adolescents								Adultes				
Âge *	Mois								Ans				
Vaccin	Naissance	2	3 **	4	5 **	9	12 ***	12-18	4-7	11-14 /15	25	45	≥ 65
VRS	dose unique d'AcM pour la 1 ^{ère} saison RSV ¹⁾												
DTP		DTP _a		DTP _a			DTP _a		DTP _a / dT _p _a	dTp _a	dTp _a ^{13) 14)}	dT ^{13) 14)}	dT ^{13) 14)}
Poliomyélite		IPV		IPV			IPV		IPV	✓ ¹⁰⁾	✓	✓	✓
Hib		Hib		Hib			Hib	✓ ⁶⁾					
Hépatite B	²⁾	HBV		HBV			HBV			(HBV) ¹¹⁾	✓ ¹⁵⁾	✓ ¹⁵⁾	✓ ¹⁵⁾
Pneumocoques		PCV ³⁾		PCV ³⁾			PCV ³⁾	✓ ⁶⁾					PCV ¹⁶⁾
Rotavirus		RV ⁴⁾		RV ⁴⁾									
Mén. B			B		B			B ⁷⁾		B ⁷⁾			
Mén. ACWY								ACWY ⁷⁾		ACWY ⁷⁾			
ROR						ROR ⁵⁾	ROR ⁵⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	✓ ⁸⁾	
Varicelle						VZV	VZV	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	✓ ⁹⁾	
HPV										HPV ¹²⁾	(HPV) ¹²⁾		
Zona													HZV ¹⁷⁾
Influenza													annuel ¹⁸⁾
COVID-19													annuel



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

État: 2025

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



Pneumocoques



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Commission fédérale
pour les vaccinations CFV

Prise de position sur la recommandation des vaccins antipneumococciques conjugués de valences différentes par groupe d'âge

Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) et Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Première publication le 07.03.2025 / Actualisation le 23.02.2026

Connaissez-vous le
Capvaxive[®]?



Rapport succinct d'autorisation du 06.03.2026

CAPVAXIVE® (principe actif : Vaccin conjugué polysaccharide pneumococcique (21-valent))

Autorisation en Suisse : 23.09.2025

Vaccin destiné à l'immunisation active pour la prévention des maladies invasives et des pneumonies causées par *Streptococcus pneumoniae* chez les adultes âgés de 18 ans et plus

Vaccin

Prevenar 13 (PCV13)

Vaxneuvance (PCV15)

Prevenar 20 (PCV20)

CAPVAXIVE (PCV21)

Sérotypes

1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F

1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F, 22F, 33F

1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F

3, 6A, 7F, 8, 9N, 10A, 11A, 12F, 15A, 15B, 16F, 17F, 19A, 20, 22F, 23A, 23B, 24F, 31, 33F, 35B

Recommandation pour les personnes à risque âgées de 18 à 64 ans et personnes âgées de ≥ 65 ans déjà vaccinées avec le PCV13 ou le PCV15

Afin d'augmenter la couverture sérotypique, une *dose supplémentaire unique* d'un PCV de valence plus élevée est recommandée comme suit aux personnes à risque âgées de 18 à 64 ans et aux personnes âgées de ≥ 65 ans déjà vaccinées avec le PCV13 ou le PCV15.

Personnes :

- *vaccinées jusqu'à présent, uniquement avec le PCV13 : 1 dose unique de **PCV21** ou de **PCV20***
- *déjà vaccinées avec le PCV15 : 1 dose unique de **PCV21***

Cette dose de vaccin PCV n'est explicitement pas recommandée en tant que vaccination de rappel.

L'intervalle recommandé entre la dose précédente de vaccin PCV13, resp. PCV15 est de 1 an ; un intervalle minimal de 6 mois peut être appliqué pour des situations cliniques particulières le justifiant (par ex. début imminent d'une nouvelle immunosuppression, situation de pré-greffe).

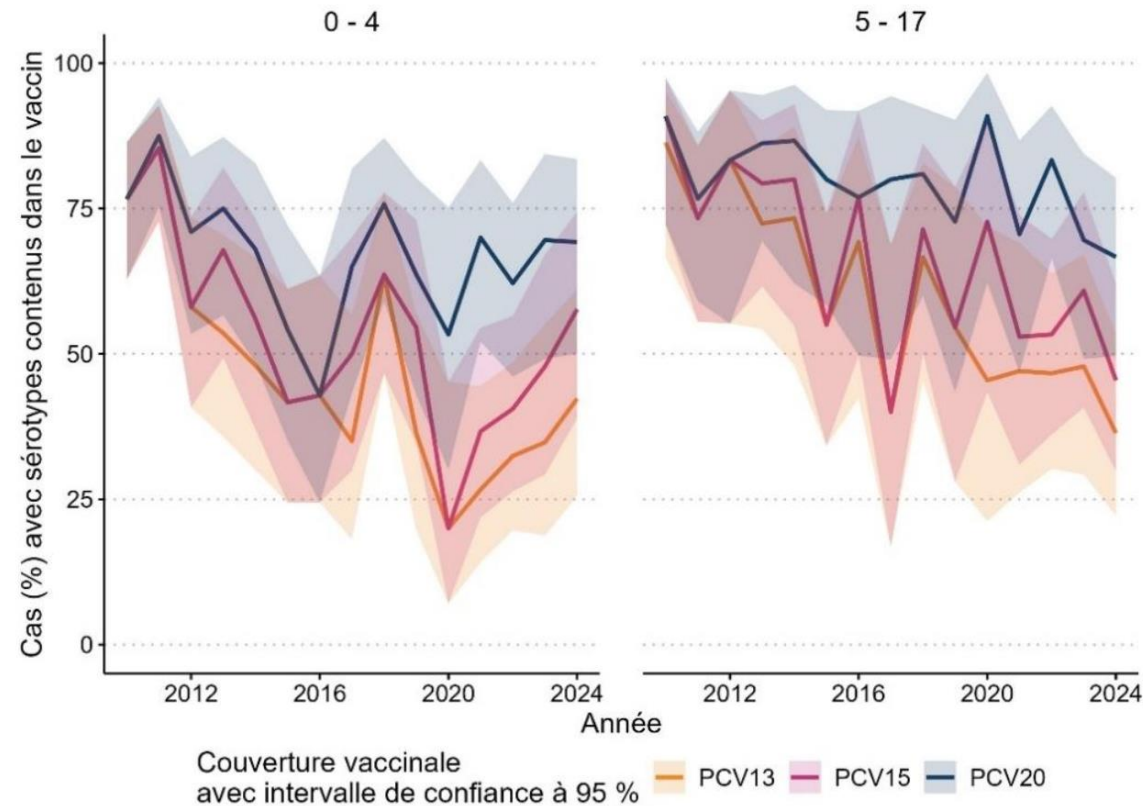
Pour les personnes à risque âgées de 18 à 64 ans et les personnes âgées de ≥ 65 ans *déjà vaccinées avec le PCV20*, aucune dose supplémentaire d'un vaccin de valence plus élevée n'est actuellement recommandée.

**Tableau récapitulatif des vaccins conjugués contre le pneumocoque (PCV)
actuellement recommandés par groupe d'âge / groupe cible (état au 23 février 2026)**

Groupe d'âge / groupe cible	Vaccin (PCV) recommandé par groupe cible			
	PCV13 (Prevenar 13®)	PCV15 (Vaxneuvance®)	PCV20 (Prevenar 20®)	PCV21 (Capvaxive®)
2–6 mois : vaccination de base (schéma à 3 doses « 2+1 »)	OUI ¹⁾	OUI ¹⁾	Non	Non
2–6 mois : avec facteur de risque (schéma à 4 doses « 3+1 »)	OUI ¹⁾	OUI ¹⁾	NON ¹⁾	Non
7 mois – 4 ans : vaccination de rattrapage	OUI ¹⁾	OUI ¹⁾	NON ¹⁾	Non
5–17 ans : personnes à risque	Non ²⁾	Oui ³⁾	Oui ³⁾	Non ⁴⁾
18–64 ans : personnes à risque	Non ²⁾	Non ²⁾	Oui ³⁾	OUI ⁵⁾
≥ 65 ans	NON ²⁾	NON ²⁾	OUI ¹⁾	OUI ¹⁾

Figure 1 : Proportion (en %) des maladies invasives à pneumocoques de sérotype connu*, causées par un sérotype qui aurait été couvert par les vaccins PCV13, PCV15 ou PCV20. Enfants, selon les groupes d'âge 0-4 ans et 5-17 ans, 2010-2024.

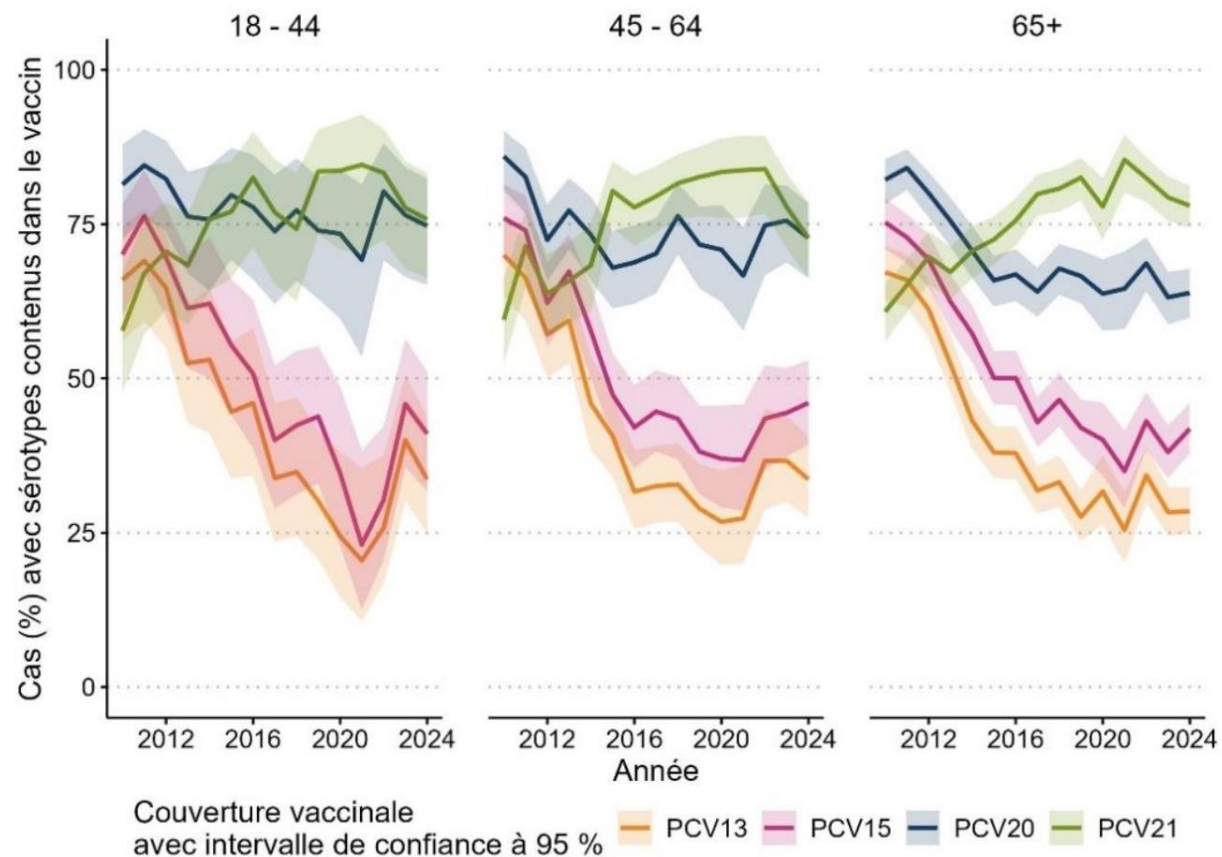
*Le sérotype est connu dans 57 à 100 % des cas selon les années. Peu de cas sont enregistrés chez les enfants, ce qui entraîne des fluctuations annuelles plus importantes dans les pourcentages.



OFSP, état: 07.07.2025

Figure 2 : Proportion (en %) de maladie invasive à pneumocoques de sérotypes connus*, causées par un sérotype qui aurait été couvert par les vaccins PCV13, PCV15 ou PCV20. Adultes, selon les groupes d'âge 18-44, 45-64 et ≥ 65 ans, 2010-2024.

* Le sérotype est connu dans 57 à 100 % des cas selon les années.



OFSP, état: 07.07.2025

Recommandations pour les vaccins conjugués contre les pneumocoques (PCV) en Suisse par tranche d'âge avec autorisation et prise en charge des coûts (état au 1.3.2026)

Groupe d'âge/cible	PCV recommandé ¹	Autorisation	Prise en charge des coûts ²
Enfants < 5 ans : vaccination de base	PCV13, PCV15 Doses: voir ³	Oui PCV20 uniquement 3+1	Uniquement PCV13 et PCV15
5-17 ans : Personnes à risque	1 dose unique PCV15 ou PCV20	Non	Non
18-64 ans : Personnes à risque	1 dose unique PCV20 ou PCV21	Uniquement PCV21	Non
> 65 ans : tous : recommandation de vaccination complémentaire	1 dose unique PCV20, PCV21 ⁴	Oui	Une seule fois



Pneumocoques

Recommandation de vaccination de base contre les pneumocoques chez les enfants.

Les enfants souffrent fréquemment d'infections, qui se manifestent surtout en automne et en hiver. Durant cette période, les enfants présentent souvent une infection après l'autre. Ces maladies, caractérisées par de la fièvre, un rhume, de la toux, des diarrhées, des vomissements ou des éruptions cutanées sont heureusement généralement bénignes. Certaines maladies infectieuses peuvent néanmoins entraîner de graves complications voire, dans de rares cas, le décès. Les vaccins permettent de lutter contre les maladies d'enfance les plus importantes en mimant l'infection naturelle. Les vaccins contiennent des agents pathogènes atténués ou tués ou des parties purifiées de ceux-ci. Le système immunitaire de l'enfant réagit de la même manière au vaccin qu'à la maladie. Il apprend à se défendre contre le vaccin inoffensif. Lors de l'exposition ultérieure au „véritable“ agent pathogène, il est rapidement mis hors d'état de nuire, grâce à la vaccination, avant que la maladie ne se déclare. La vaccination protège de manière individuelle la personne vaccinée mais peut

mais pas de mercure. Le vaccin peut être administré dès l'âge de deux mois par injection intramusculaire. Il existe de nombreux types de pneumocoques. Les vaccins protègent contre ceux qui provoquent le plus souvent des maladies graves. Les types couverts par le vaccin varient d'un fabricant à l'autre.

Vacciner votre enfant le plus tôt possible le protège.

C'est durant les premières années de vie que votre enfant est le plus menacé par les maladies graves, dites invasives, à pneumocoques (méningites ou septicémies). Ce risque commence déjà quelques semaines après la naissance, les anticorps transmis par la mère à l'enfant disparaissant rapidement, même s'il est allaité. Les mala-



Grippe

Influenza

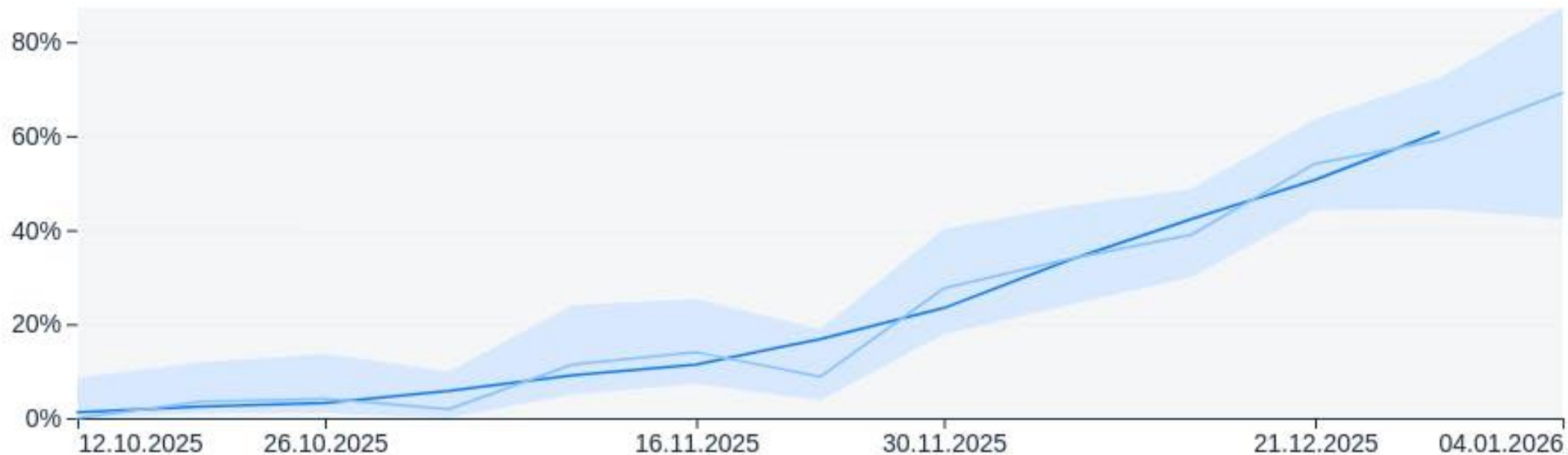
Évolution temporelle des tests positifs pour la grippe

Sentinella

Mises en évidence des virus, Suisse, du 28.09.2020 au 04.01.2026

— Moyenne sur 3 semaines — Valeur hebdomadaire ■ Intervalle de confiance (95%) ■ Saison grippale

Pourcentage



Source : CNRI – état : 06.01.2026 / Portail d'information maladies transmissibles (idd.bag.admin.ch)

Tableau 1 : Aperçu des produits disponibles pour la saison 2024/2025 (état : sep 2024)

Produit (fabricant)	Autorisation	Type de vaccin	Remboursement
Efluelda® (Sanofi Pasteur)	Adultes à partir de 65 ans	Vaccin dit « fractionné »*, quadrivalent Vaccin à dose élevée, ce qui renforce l'efficacité, contenant 4x plus d'antigènes (60 µg). Administration i.m.	Pour toutes les personnes à partir de 75 ans, ainsi que les personnes à partir de 65 ans présentant au moins un autre facteur de risque tel que défini dans les recommandations de vaccination contre la grippe
Fluarix Tetra® (GlaxoSmithKline)	Adultes et enfants à partir de 36 mois	Vaccins dit « fractionné »* quadrivalent	Pour toutes les personnes à partir de 65 ans, ainsi que les adultes et les enfants présentant au moins un facteur de risque selon les recommandations de vaccination contre la grippe
Vaxigrip Tetra® (Sanofi Pasteur)	Adultes et enfants à partir de 6 mois	Dose standard (15 µg), administration i.m.	
Influvac Tetra® (Mylan / Viatris)		Vaccin sous-unitaire	
Flucelvax Tetra® (Vifor / CSL)	Adultes et enfants à partir de 2 ans (convient également en cas d'allergie sévère aux œufs de poule)	Vaccin dit « fractionné »* quadrivalent Dose standard (15 µg), administration i.m. (produit via culture cellulaire)	

* Vaccins dits « fractionnés », constitués de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase.





ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com

Original article

The relative effectiveness of a high-dose quadrivalent influenza vaccine versus standard-dose quadrivalent influenza vaccines in older adults in France: a retrospective cohort study during the 2021–2022 influenza season

A B S T R A C T

Objectives: High-dose quadrivalent influenza vaccine (HD-QIV) was introduced during the 2021/2022 influenza season in France for adults aged ≥ 65 years as an alternative to standard-dose quadrivalent influenza vaccine (SD-QIV). The aim of this study is to estimate the relative vaccine effectiveness of HD-QIV vs. SD-QIV against influenza-related hospitalizations in France.

Methods: Community-dwelling individuals aged ≥ 65 years with reimbursed influenza vaccine claims during the 2021/2022 influenza season were included in the French national health insurance database. Individuals were followed up from vaccination day to 30 June 2022, nursing home admission or death date. Baseline socio-demographic and health characteristics were identified from medical records over the five previous years. Hospitalizations for influenza and other causes were recorded from 14 days after vaccination until the end of follow-up. HD-QIV and SD-QIV vaccinees were matched using 1:4 propensity score matching with an exact constraint on age group, sex, week of vaccination, and region. Incidence rate ratios were estimated using zero-inflated Poisson or zero-inflated negative binomial regression models.

Results: We matched 405 385 HD-QIV to 1 621 540 SD-QIV vaccinees. HD-QIV was associated with a 23.3% (95% CI, 8.4–35.8) lower rate of influenza hospitalizations compared with SD-QIV (69.5/100 000 person years vs. 90.5/100 000 person years). Post-matching, we observed higher rates in the HD-QIV group for hospitalizations non-specific to influenza and negative control outcomes, suggesting residual confounding by indication.

-23%
hospitalisations



Effectiveness of high-dose influenza vaccine against hospitalisations in older adults (FLUNITY-HD): an individual-level pooled analysis

Niklas Dyrby Johansen, Daniel Modin, Jacobo Pardo-Seco, Carmen Rodriguez-Tenreiro-Sánchez, Matthew M Loiacono, Rebecca C Harris, Marine Dufournet, Robertus van Aalst, Ayman Chit, Carsten Schade Larsen, Lykke Larsen, Lothar Wiese, Michael Dalager-Pedersen, Brian L Claggett, Kira Hyldekær Janstrup, Carmen Duran-Parrondo, Marta Piñeiro-Sotelo, Martín Cribeiro-González, Mónica Conde-Pájaro, Susana Mirás-Carballal, Juan-Manuel González-Pérez, Scott D Solomon, Pradeesh Sivapalan, Cyril Jean-Marie Martel, Jens Ulrik Stæhr Jensen, Federico Martínón-Torres, Tor Biering-Sørensen, for the DANFLU-2 Study Group* and the GALFLU Trial Team*

Interpretation In this prespecified pooled analysis, HD-IIV demonstrated superior protection compared with SD-IIV against hospitalisation for influenza or pneumonia and also reduced the incidence of the secondary endpoints of cardiorespiratory hospitalisation, laboratory-confirmed influenza hospitalisation, and all-cause hospitalisation. Given wide eligibility for influenza vaccination, implementing HD-IIV could result in substantial public health benefits.

Niklas Dyrby-Johansen, Daniel Maal, Jacobo Pardo-Seo, Carmen Rodriguez-Tenreiro-Sánchez, Matthew M Loaiccono, Rebecca C Harris, Marie DuJournet, Robertus van Aalst, Ayman Chit, Carsten Schade Losien, Lykke Losen, Lother Wiese, Michael Dalgner-Petersen, Brian L Cloggett, Kari Hylleberg-Jensrup, Carmen Duran-Pareda, Marta Phebo-Sotels, Martha Cabrera-González, Mónica Conde-Pérez, Susana Minda-Carballal, Juan Manuel González-Pérez, Scott D Solomon, Pradeesh Sivapalan, Cyril Jean-Marie Martel, Jens Ulrik Staehr Jensen, Frederic Martinón-Torres, Tor Biering-Sørensen, for the DANFLU-2 Study Group and the GALLFLU Team*

	Number/total number (%)		Relative vaccine effectiveness (95% CI)		P _{interaction}
	HD-IIV group	SD-IIV group			
Trial					0.055
DANFLU-2	1138/166 218 (0.68%)	1210/166 220 (0.73%)		5.9 (-2.1 to 13.3)	
GALFLU	174/67 093 (0.26%)	227/66 789 (0.34%)		23.7 (6.6 to 37.7)	
Age					0.27
<median	409/116 670 (0.35%)	420/116 589 (0.36%)		2.7 (-11.8 to 15.3)	
≥median	903/116 641 (0.77%)	1017/116 420 (0.87%)		11.4 (3.0 to 19.1)	
Sex					0.60
Female	541/111 809 (0.48%)	579/111 872 (0.52%)		6.5 (-5.3 to 17.0)	
Male	771/121 502 (0.63%)	858/121 137 (0.71%)		10.4 (1.1 to 18.8)	
Presence of at least one chronic disease					0.72
No	266/119 236 (0.22%)	283/118 950 (0.24%)		6.2 (-11.2 to 21.0)	
Yes	1046/114 073 (0.92%)	1154/114 052 (1.01%)		9.4 (1.4 to 16.7)	
Diabetes					0.81
No	1005/200 820 (0.50%)	1106/200 510 (0.55%)		9.3 (1.1 to 16.8)	
Yes	307/32 489 (0.94%)	331/32 492 (1.02%)		7.2 (-8.7 to 20.8)	
Cardiovascular disease					0.71
No	689/179 248 (0.38%)	768/179 363 (0.43%)		10.2 (0.4 to 19.1)	
Yes	623/54 061 (1.15%)	669/53 639 (1.25%)		7.6 (-3.2 to 17.3)	
Cancer					0.76
No	993/204 761 (0.48%)	1080/204 547 (0.53%)		8.2 (-0.2 to 15.8)	
Yes	319/28 548 (1.12%)	357/28 455 (1.25%)		10.9 (-3.9 to 23.7)	
Chronic lung disease					0.41
No	922/217 287 (0.42%)	1031/217 048 (0.48%)		10.7 (2.3 to 18.4)	
Yes	390/16 022 (2.43%)	406/15 954 (2.54%)		4.3 (-10.2 to 17.0)	
Immunosuppression					0.29
No	1123/221 001 (0.51%)	1210/220 694 (0.55%)		7.3 (-0.6 to 14.6)	
Yes	189/12 308 (1.54%)	227/12 308 (1.84%)		16.7 (-1.4 to 31.7)	
Overall	1312/233 311 (0.56%)	1437/233 009 (0.62%)		8.8 (1.7 to 15.5)	

Figure 2: Primary endpoint in major prespecified subgroups

The primary endpoint was hospitalisation for influenza or pneumonia. Relative vaccine effectiveness was calculated as 1 minus the relative risk. Median age was 72.7 years. p values for interaction were estimated by including interaction terms in log-binomial regression models adjusted for trial and season. HD-IIV=high-dose inactivated influenza vaccine. SD-IIV=standard-dose inactivated influenza vaccine.



Trial	Number/total number (%)		Relative vaccine effectiveness (95% CI)		P _{interaction}
	HD-IIV group	SD-IIV group			
DANFLU-2	1138/166 218 (0.68%)	1210/166 220 (0.73%)		5.9 (-2.1 to 13.3)	0.055
GALFLU	174/67 093 (0.26%)	227/66 789 (0.34%)		23.7 (6.6 to 37.7)	

Toute cause d'hospitalisation
NNV : 515 pour éviter 1 hospitalisation (toute cause)

Diabetes					0.81
No	1005/200 820 (0.50%)	1106/200 510 (0.55%)		9.3 (1.1 to 16.8)	

Influenza hospitalisation
NNV : 2'249 pour éviter 1 hospitalisation (grippe)

No	922/217 267 (0.42%)	1031/217 048 (0.48%)		10.7 (2.3 to 18.4)	0.29
Yes	390/16 022 (2.43%)	406/15 954 (2.54%)		4.3 (-10.2 to 17.0)	
Immunosuppression					
No	1123/221 001 (0.51%)	1210/220 694 (0.55%)		7.3 (-0.6 to 14.6)	
Yes	189/12 308 (1.54%)	227/12 308 (1.84%)		16.7 (-1.4 to 31.7)	
Overall	1312/233 311 (0.56%)	1437/233 009 (0.62%)		8.8 (1.7 to 15.5)	

Figure 2: Primary endpoint in major prespecified subgroups

The primary endpoint was hospitalisation for influenza or pneumonia. Relative vaccine effectiveness was calculated as 1 minus the relative risk. Median age was 72.7 years. p values for interaction were estimated by including interaction terms in log-binomial regression models adjusted for trial and season. HD-IIV=high-dose inactivated influenza vaccine. SD-IIV=standard-dose inactivated influenza vaccine.



Grippe saisonnière

Recommandations pour la vaccination contre la grippe saisonnière

La grippe saisonnière, causée par les virus Influenza, est l'une des infections des voies respiratoires les plus fréquentes chez l'être humain. Des épidémies surviennent chaque année, en général entre décembre et mars. Les conséquences d'une grippe peuvent être graves, tout particulièrement pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les femmes enceintes, les nourrissons et les personnes souffrant de maladies chroniques. Afin d'éviter des complications telles que pneumonies ou autres infections bactériennes, il est possible de se protéger contre cette maladie au moyen d'un vaccin sûr. La vaccination est recommandée aux personnes à risque, à leurs proches, au personnel de santé et autres professionnels en contact avec des personnes à risque, et à toute personne désirant éviter la maladie.

Les vaccins

Des vaccins inactivés, qui ne contiennent pas de virus capables de se reproduire, sont disponibles. Ils sont autorisés à partir de l'âge de six mois et sont administrés par injection. En parallèle, un vaccin vivant contenant des virus de la grippe très affaiblis est autorisé pour les enfants et les adolescents de 2 à 17 ans. Sa disponibilité est actuellement réduite. Il est administré par voie nasale (spray). Tous les vaccins contiennent des fragments de virus (protéines) de quatre différentes souches virales. Comme les virus Influenza se modifient d'année en année, le vaccin doit être adapté annuellement en fonction des virus en circulation selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La sécurité des vaccins fait l'objet d'une surveillance continue par Swissmedic et à l'échelle mondiale.

La vaccination

La vaccination réduit considérablement le risque de contracter la maladie et donc de développer des complications graves, mais

La grippe, un simple refroidissement ?

La grippe saisonnière ne doit pas être confondue avec un simple



**Voici comment
nous protéger:** 

Actualisé au 17.10.2024

1 / 2

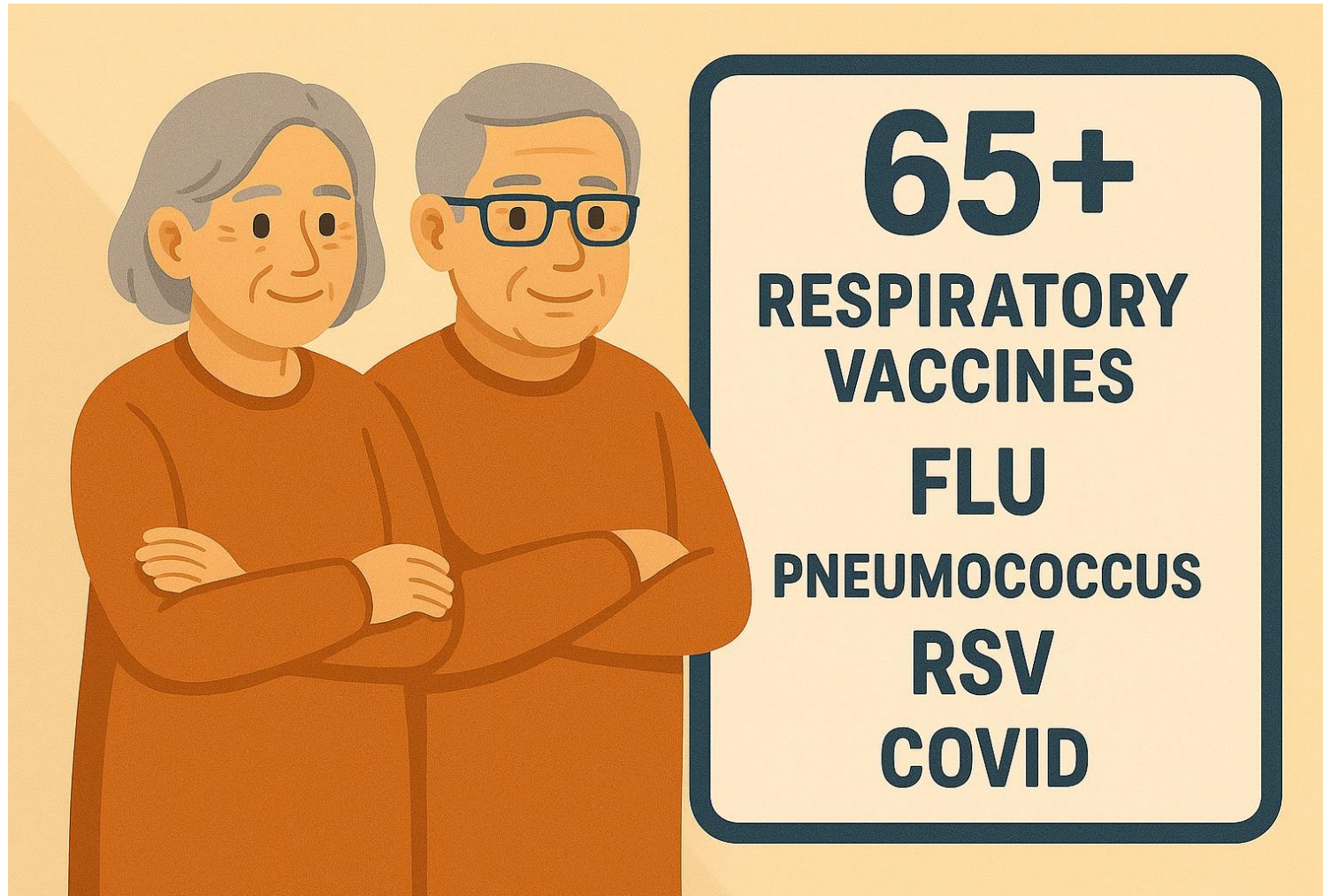


Informations sur la vaccination contre le COVID-19

L'essentiel en bref

- La vaccination contre le COVID-19 est recommandée en automne/hiver aux groupes suivants :
 - Personnes à partir de 65 ans
 - Personnes à partir de 16 ans atteintes de maladies préexistantes
 - Personnes à partir de 16 ans atteintes de trisomie 21
 - Personnes enceintes
- La vaccination permet à ces personnes d'améliorer leur protection contre les formes graves de la maladie pendant plusieurs mois.



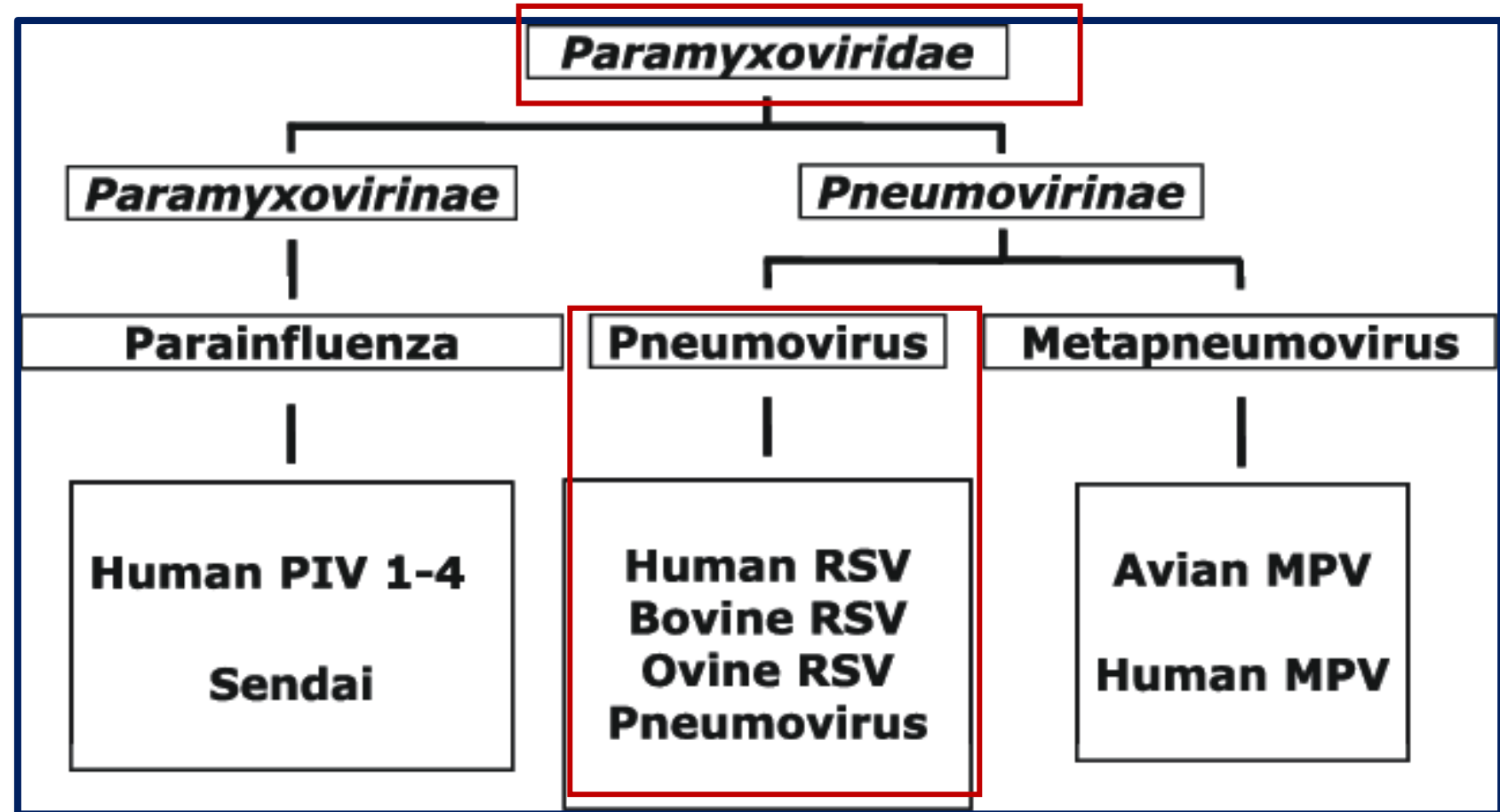
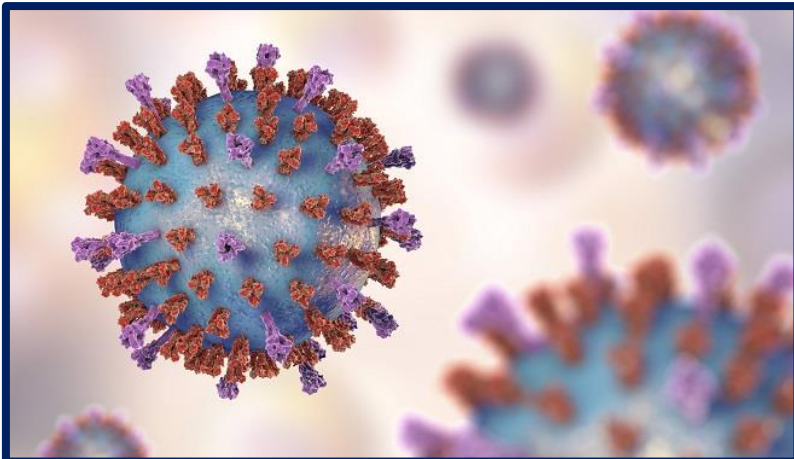


Flash Card

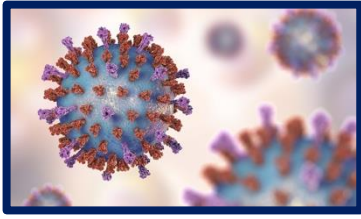
RSV: Protection pour les 12 mois
Vaccination pour les 75+ ans et
femmes enceintes

Taxonomie du RSV

Paramyxovirus
Simple brin ARN



Fardeau RSV



s

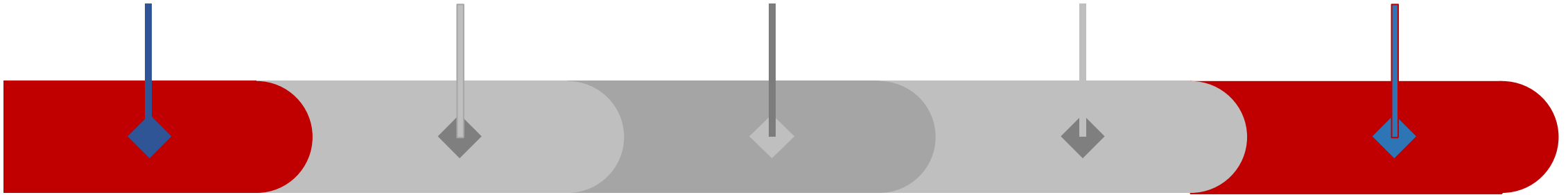
Bébés de < 6 mois

1- 2 ans

2-19 ans

19-60 ans

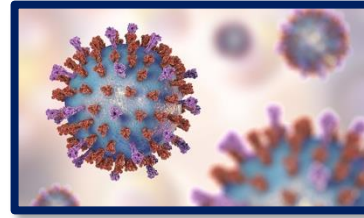
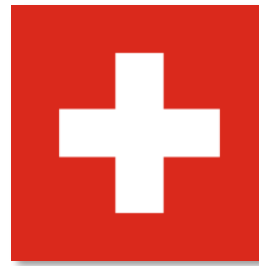
60+ ans



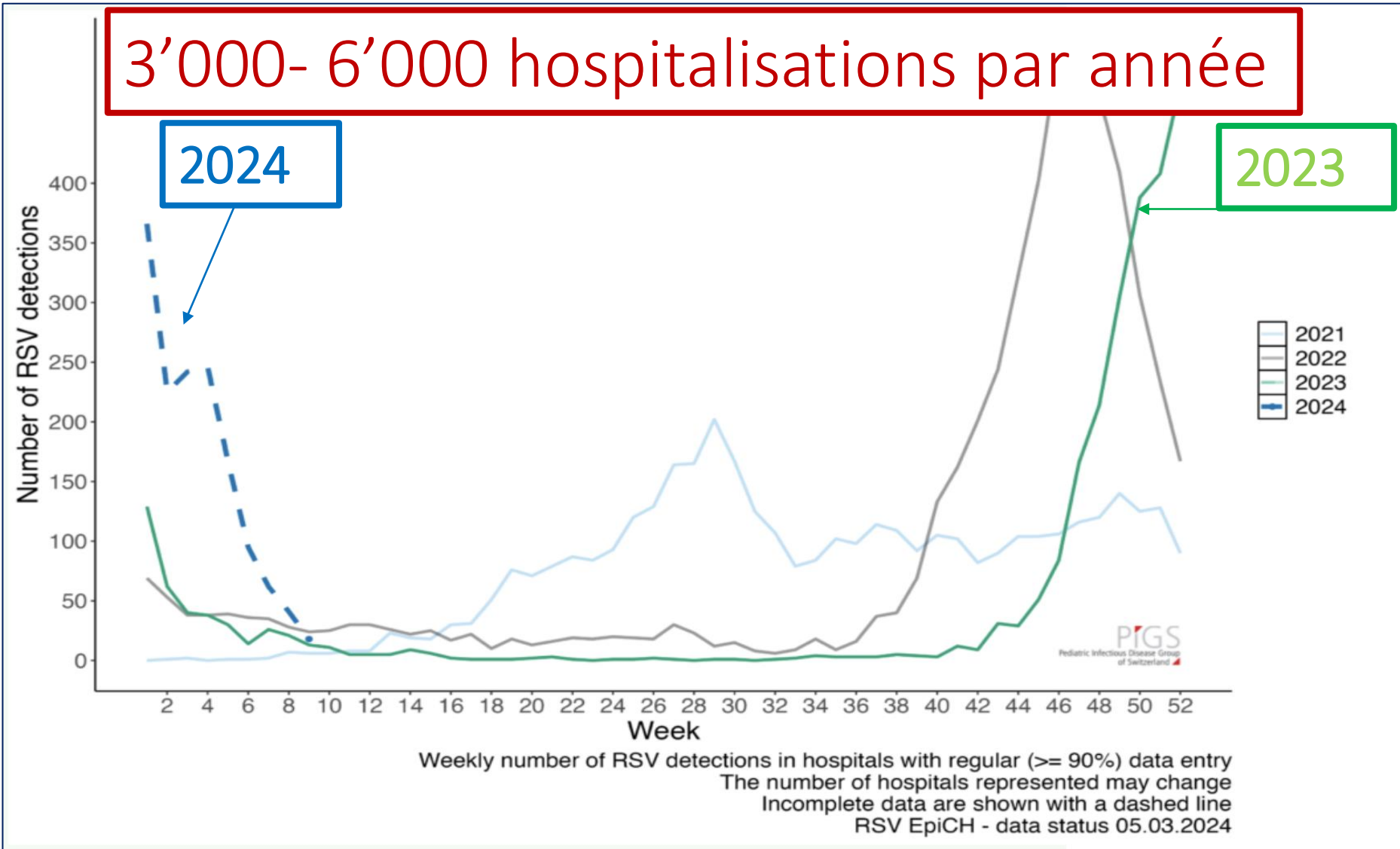
Bébés en BS
Prématurés
Pneumopathie
Cardiopathies

BPCO
Pneumopathie
Cardiopathies
Immunosuppression

Fardeau RSV



3'000- 6'000 hospitalisations par année



Directives et recommandations

Recommandations pour la vaccination et l'immunisation contre le virus respiratoire syncytial (VRS)

Etat: 28.07.2025

https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/ROjGfpexE5Pp/fr_BAG_Bulletin_36-25_RSV_bf.pdf



Tableau 3

**Paramètres épidémiologiques des infections à VRS
chez les enfants de moins de 2 ans et les adultes de
65 ans et plus**

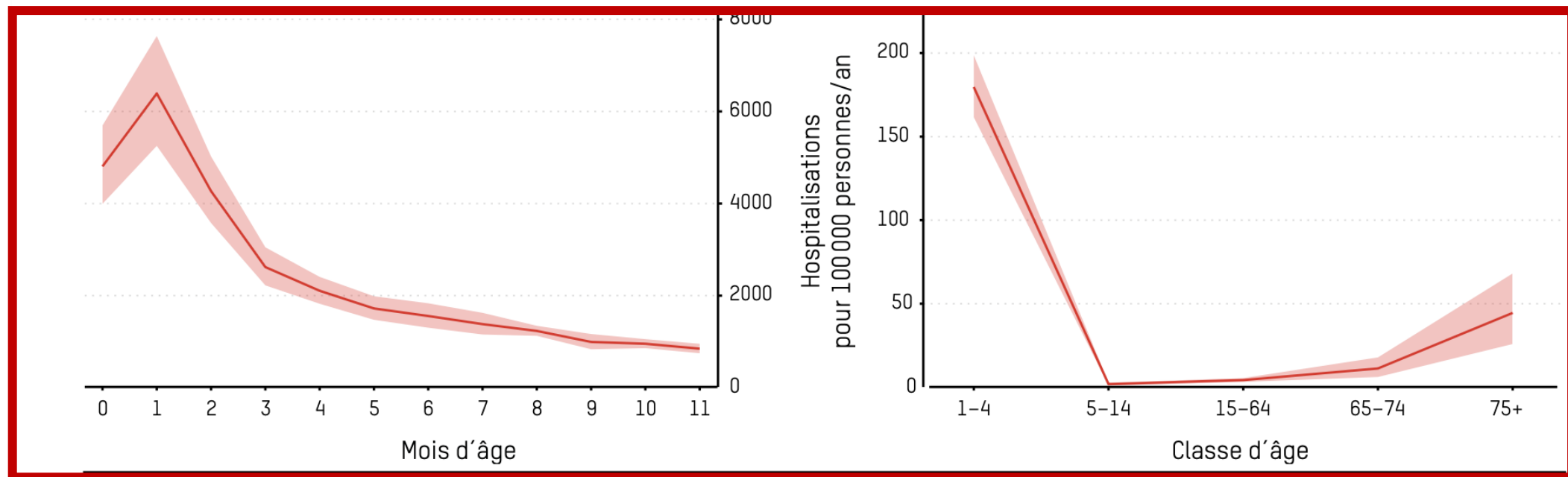
Paramètres	Enfants de moins de 2 ans	Adultes de 65 ans et plus
Taux d'attaque (nombre de malades par saison)	33–60 %	4–7 %
Hospitalisation en cas d'infection	1–2 %	4–17 %
USI en cas d'hospitalisation	4–10 %	26 %
Taux de létalité à l'hôpital	< 0,01 %	8 %
Période d'incubation	2 à 8 jours (valeur médiane: 4 jours)	
Durée de l'excrétion virale	9 jours	5 jours



Figure 2

Taux moyen d'hospitalisation pré-pandémique due au VRS par classe d'âge

Les taux sont basés sur les années 2014/2015 à 2019/2020 et ont été calculés comme moyenne pondérée à l'aide d'un modèle de méta-régression à effets aléatoires. La ligne représente la moyenne, la zone ombrée l'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne.



Source: Office fédéral de la statistique (OFS) – statistique médicale des hôpitaux (MS; état: avril 2025).

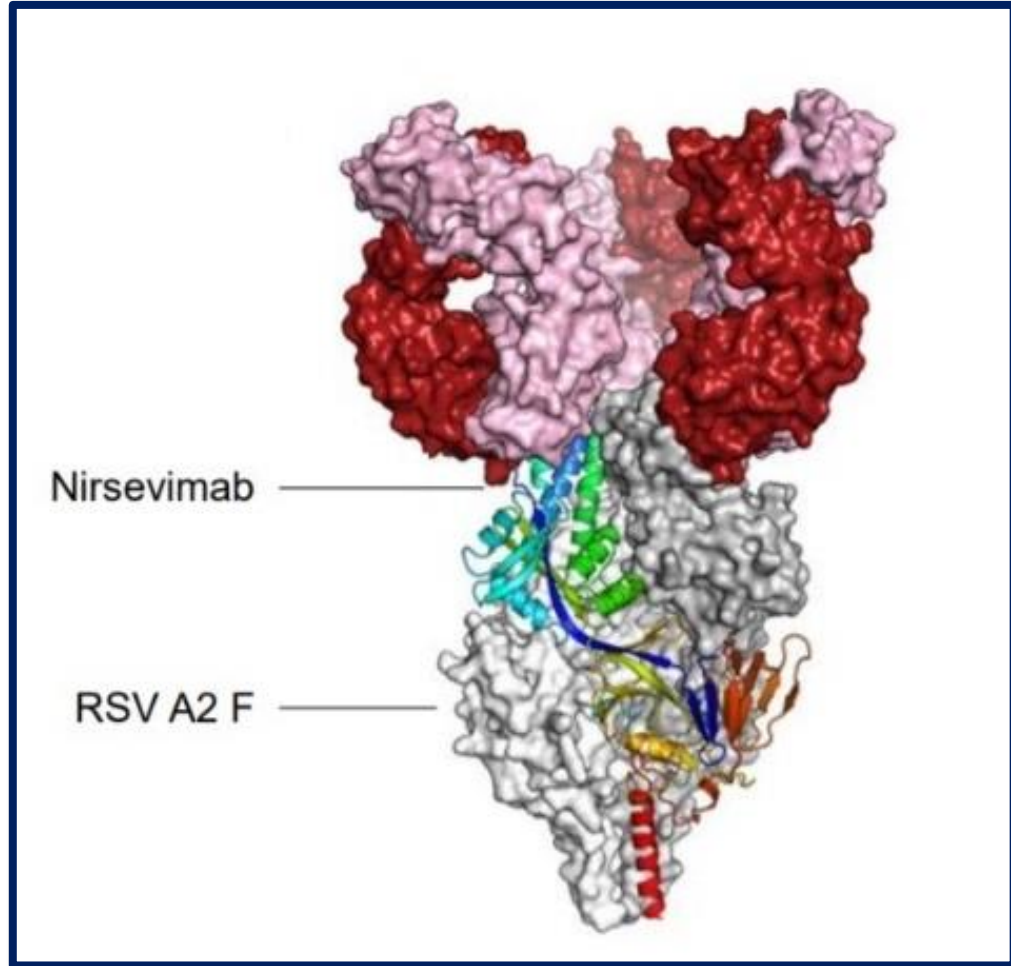
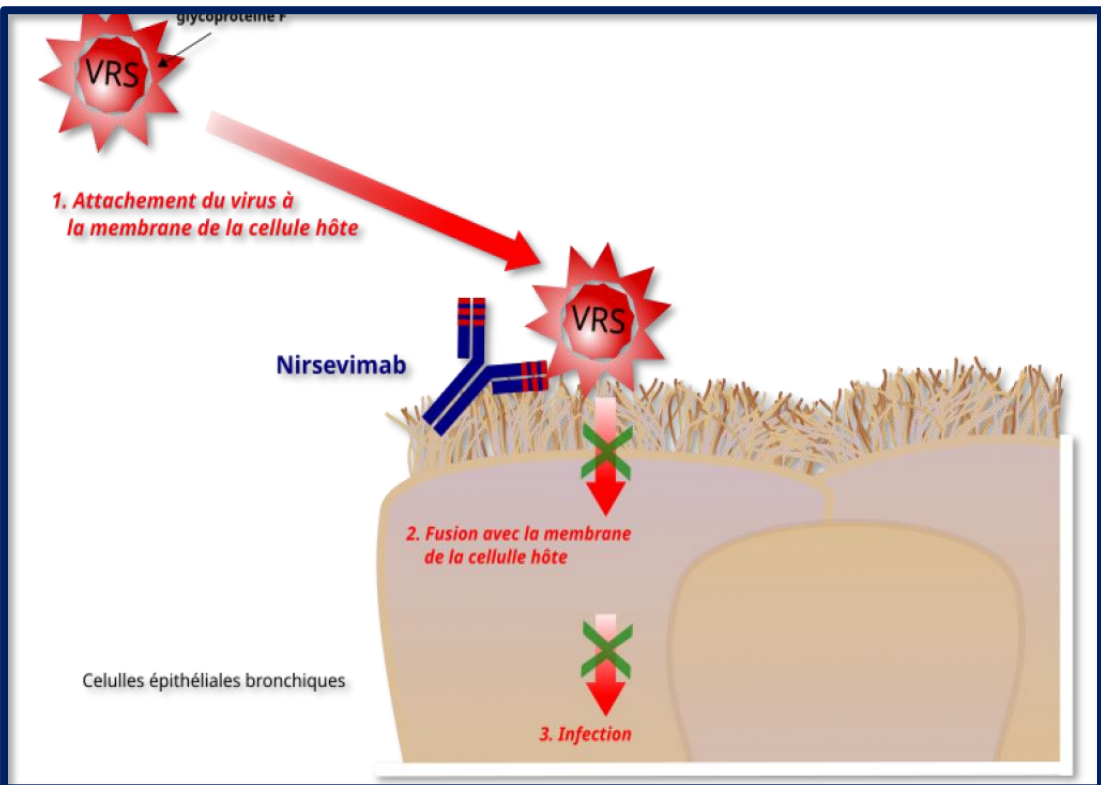


Immunisation par AmC: Beyfortus[®]



Seulement pour bébé de moins de 12-(24) mois de vie!!

Nirsevimab:
Anticorps monoclonaux



RESEARCH SUMMARY

Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants

Hammit LL et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2110275

CLINICAL PROBLEM

Nirsevimab — a monoclonal antibody against the respiratory syncytial virus (RSV) fusion protein that has an extended half-life — has been shown to protect healthy preterm infants from RSV-associated lower respiratory tract infection, but its efficacy and safety in late-preterm and term infants are unknown.

CLINICAL TRIAL

Design: A multinational, phase 3, randomized, placebo-controlled trial assessed the efficacy and safety of nirsevimab for preventing RSV-associated lower respiratory tract infection in healthy infants born at a gestational age of at least 35 weeks.

Intervention: 1490 infants were randomly assigned, in a 2:1 ratio, to receive a single intramuscular injection of nirsevimab or placebo before entering their first RSV season. The primary efficacy end point was medically attended RSV-associated lower respiratory tract infection through day 150 after the injection.

RESULTS

Efficacy: The incidence of medically attended RSV-associated lower respiratory tract infection was significantly lower in the nirsevimab group than in the placebo group.

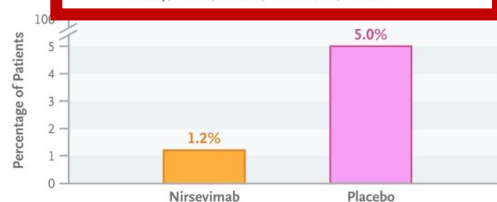
Safety: Similar types of adverse events occurred in the two groups, at similar frequencies. Most adverse events were grade 1 or 2 in severity.

LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

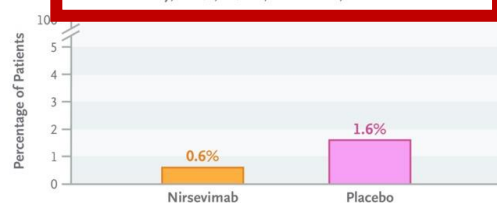
- The efficacy of nirsevimab was relatively lower among younger infants (≤ 3 months vs. > 3 months of age) and among those who weighed less (< 5 kg vs. ≥ 5 kg), although small numbers preclude firm conclusions.
- The trial enrolled infants in the northern hemisphere and in South Africa (southern hemisphere). Although the overall incidence of RSV during the trial was as expected in the northern hemisphere, measures to control the Covid-19 pandemic in South Africa limited RSV circulation, resulting in low enrollment there.

Links: Full Article | NEJM Quick Take

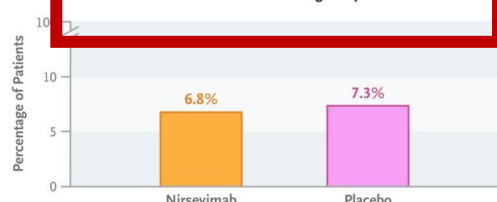
Medically Attended Lower Respiratory Tract Infection through Day 150
Efficacy, 74.5%; 95% CI, 49.6 to 87.1; $P < 0.001$



Hospitalization for Lower Respiratory Tract Infection through Day 150
Efficacy, 62.1%; 95% CI, -8.6 to 86.8; $P = 0.07$



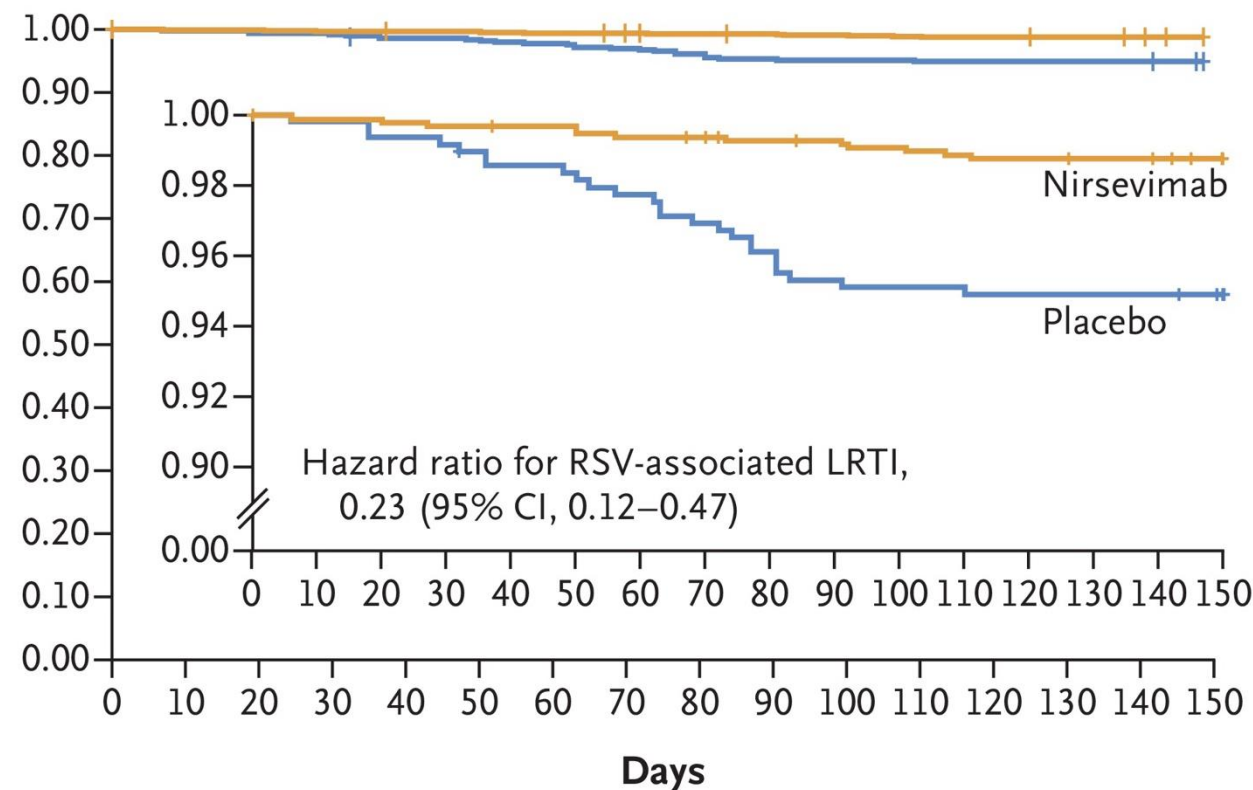
Serious Adverse Events through Day 361



CONCLUSIONS

A single dose of nirsevimab given before the RSV season lowered the risk of medically attended RSV-associated lower respiratory tract infection in healthy late-preterm and term infants, with no safety concerns.

Proportion Free from Medically Attended RSV-Associated LRTI



No. at Risk

Nirsevimab	994	984	980	975	970	966
Placebo	496	488	479	467	465	464





RSV:
Immunisation
passive avec les
AmC

Vaccin Abrysvo®



ABRYSVO™
Respiratory Syncytial Virus Vaccine

[Home](#)
[For Older Adults](#)
[For Pregnant Women](#)
[Savings and Support](#)
[Stay Connected](#)
[Find a Vaccine](#)
[Full Prescribing Information](#)
[Use](#)
[Important Safety Information](#)

Adults 60 and Older →

RSV can be serious if you are 60 or older. Having asthma, diabetes, COPD or heart disease puts you at even higher risk. Even if you're healthy, RSV can lead to serious consequences if you are 60 and older.

ABRYSVO is a vaccine for the prevention of lower respiratory disease from RSV in people 60 years and older.

Pregnant Women →

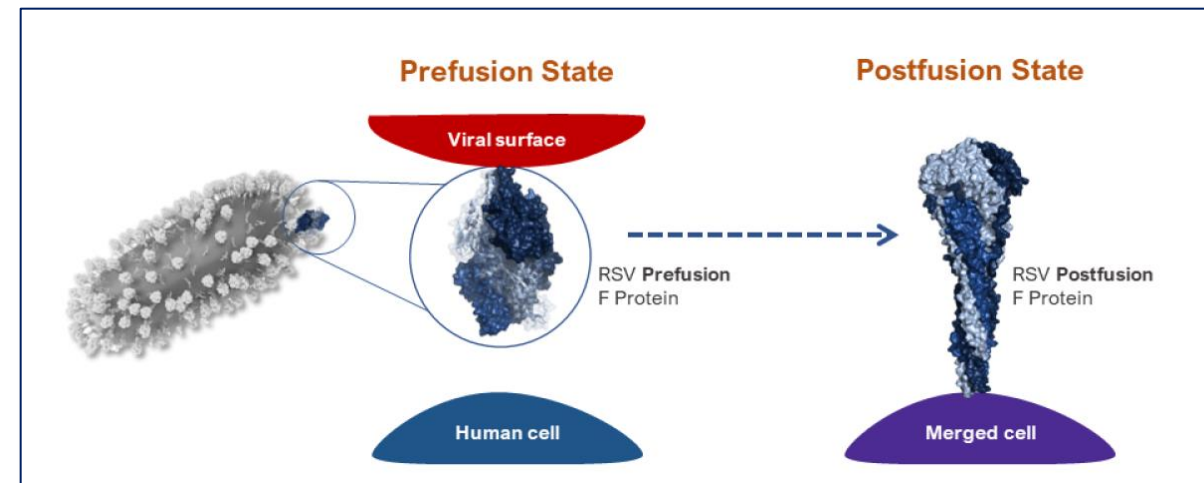
RSV is a highly contagious respiratory virus that can make your baby sick, especially if they're under 6 months old.

ABRYSVO is the only maternal RSV vaccine given at 32 through 36 weeks of pregnancy to help protect babies from birth to 6 months.

Vaccin inactivé

60 + ans

Le seul vaccin recommandé chez les femmes enceintes dès 18 ans



Vaccination contre RSV pour les femmes enceintes: entre 32 et 36 semaines (accouchement prévu avant mars)

Infobox 1

Recommandations de vaccination maternelle contre le VRS pour les femmes enceintes afin de protéger leurs enfants nouveau-nés

Le vaccin bivalent non adjuvanté contre le VRS (Abrysvo®) est destiné aux femmes enceintes afin de protéger leur enfant, au moyen d'anticorps maternels, durant ses premiers mois de vie contre les infections des voies respiratoires basses graves dues au VRS et les hospitalisations liées au VRS.

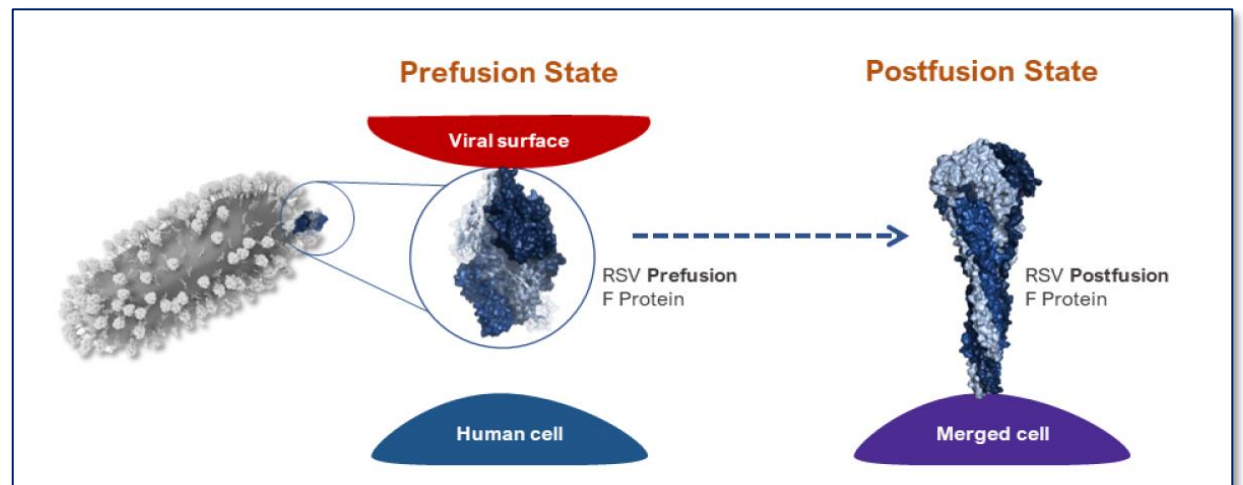
La CFV et l'OFSP recommandent de **vacciner les femmes enceintes âgées de 18 ans ou plus** contre le VRS avec

1 dose du vaccin Abrysvo®. D'octobre à février, Abrysvo® devrait être proposé et administré entre les **semaines 32 et 36 de la gestation, si la date prévue de l'accouchement est avant la fin du mois de mars**. La vaccination est à planifier et à administrer au moins 14 jours avant la date prévue de l'accouchement.



Vaccin Arexvy®

Vaccin inactivé
60+ ans



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

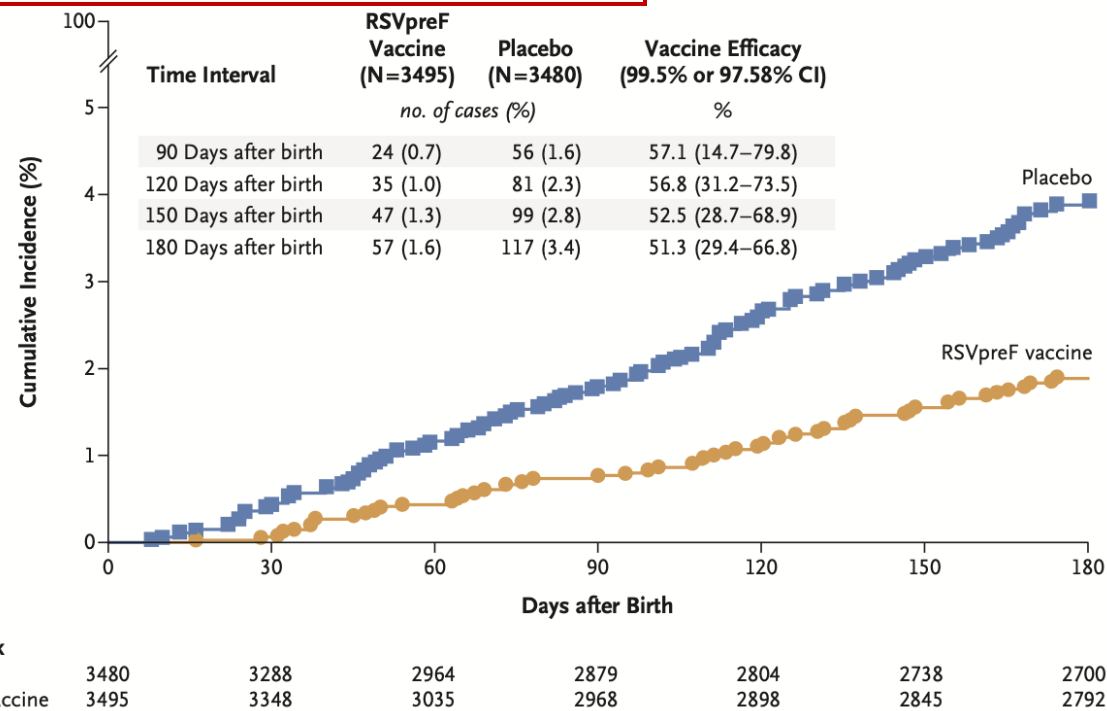
APRIL 20, 2023

VOL. 388 NO. 16



Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants

B Medically Attended RSV-Associated Lower Respiratory Tract Illness



A Medically Attended Severe RSV-Associated Lower Respiratory Tract Illness

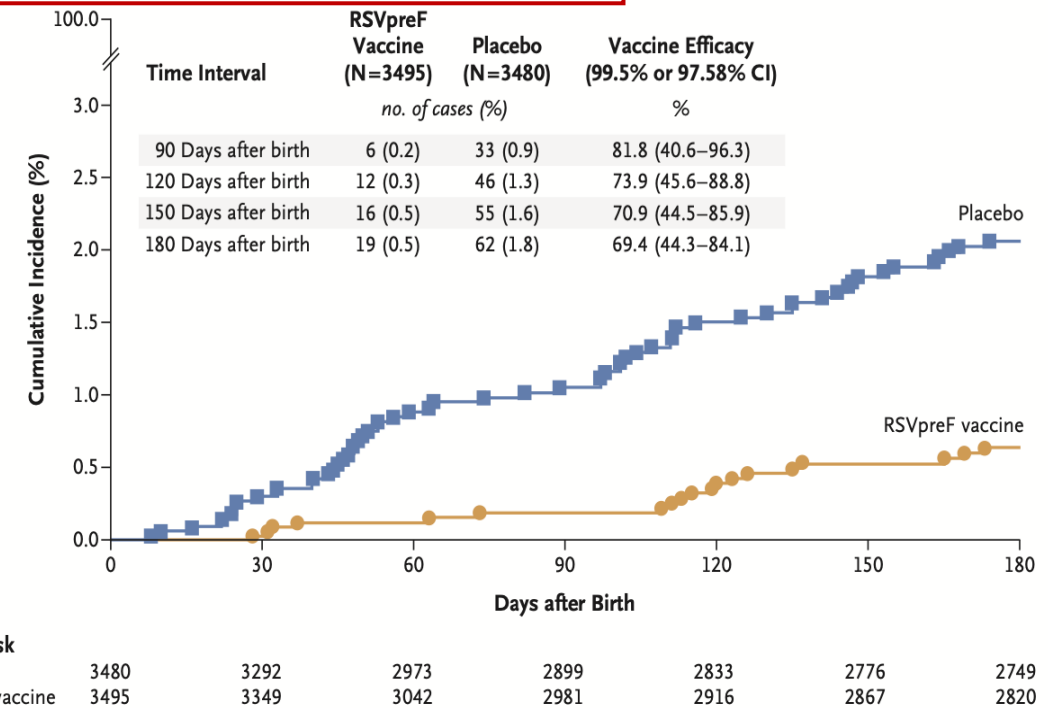
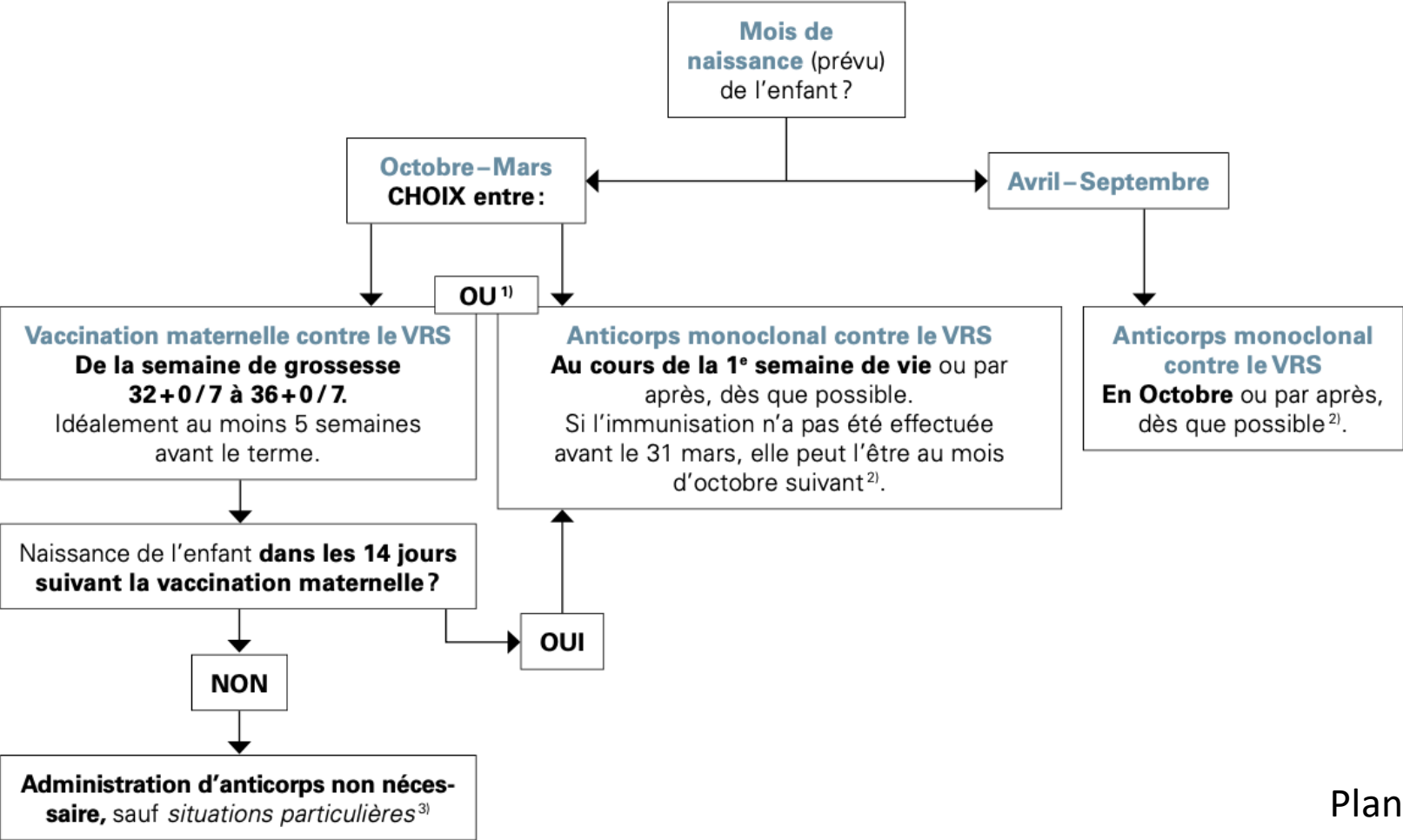


Figure 1

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

État 2026



mRESVIA® Vaccin RSV ARN messenger

Actualité	Médicaments à usage humain	Médicaments à usage vétérinaire	Médicaments complémentaires et phytomédicaments	Dispositifs médicaux	Services et listes	Notre profil	Visible
-----------	----------------------------	---------------------------------	---	----------------------	--------------------	--------------	---------

Accueil > Médicaments à usage humain > Autorisations > Nouvelles autorisations >

mRESVIA dispersion injectable en seringue préremplie vaccin à ARNm (à nucléoside modifié) du virus respiratoire syncytial (VRS) encapsulé dans des nanoparticules lipidiques

< [Autorisations](#)

Nouvelles autorisations

Rapport annuel

mRESVIA dispersion injectable en seringue préremplie vaccin à ARNm (à nucléoside modifié) du virus respiratoire syncytial (VRS) encapsulé dans des nanoparticules lipidiques

Préparation: mRESVIA dispersion injectable en seringue préremplie, Vaccin à ARNm contre le virus respiratoire syncytial

Principe(s) actif(s): vaccin à ARNm (à nucléoside modifié) du virus respiratoire syncytial (VRS) encapsulé dans des nanoparticules lipidiques

Dosage et forme pharmaceutique: 0.10 mg/ml, dispersion injectable

Possibilités d'emploi / Indication: mRESVIA ist indiziert zur aktiven Immunisierung von Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter zur Prävention von durch das Respiratorische Synzytial-Virus verursachten Erkrankungen der unteren Atemwege (lower respiratory tract disease, LRTD). Die Anwendung dieses Impfstoffs sollte gemäss den offiziellen Empfehlungen erfolgen.

L'indication doit figurer ici dans la langue de correspondance échangée entre le titulaire de l'autorisation et Swissmedic.

Concernant la formulation de l'indication en français, il convient de se référer à www.swissmedicinfo.ch.

 **SwissPAR – mRESVIA** (PDF, 770 kB, 27.05.2025)

First authorisation

Rapport succinct d'autorisation – mRESVIA®

Première autorisation

mRESVIA, Dispersion injectable en seringue préremplie 

Information professionnelle

mRESVIA, dispersion injectable en seringue préremplie 

Notice d'emballage

mRESVIA[®] Vaccin RSV ARN messenger

Vaccin mRNA

Label: pour les 60+ ans
uniquement



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 %

Remboursement

		Remboursement AOS (OBLIGATOIRE)	Observations
Indication	Produit		
Vaccin femme enceinte (32-36 SG)	Abrysvo® (Pfizer)	Oui (dès 07/2025)	Protection passive du nouveau-né
Vaccins adultes ≥60 ans (Arexvy®, Abrysvo®, mResvia®)	Vaccins VRS	Non	Autorisés, recommandés mais non pris en charge
Nourrisson (nirsévimab si pas vaccin maternel)	Beyfortus® (Sanofi)	Oui	Injection unique 0–12 mois

Zona

Zona: une réactivation du virus varicelle!



Nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le zona (Herpes zoster): vaccin Shingrix®

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) recommandent la vaccination contre le zona (Herpes zoster, HZ) par le vaccin sous-unitaire adjuvanté Shingrix® pour les personnes en bonne santé à partir de 65 ans, pour les patients de 50 ans et plus qui présentent une immunodéficience et pour ceux à partir de 18 ans en cas d'immunodéficience sévère. La question du remboursement de Shingrix® par l'assurance obligatoire des soins est en cours d'examen. Shingrix® a été autorisé en Suisse par Swissmedic en octobre 2021. Les recommandations actuelles concernant le vaccin vivant Zostavax®, émises en novembre 2017, ne s'appliquent plus qu'aux personnes âgées de 65 à 79 ans sans immunodéficience qui préfèrent ce vaccin à Shingrix®.



Tableau 1

Incidence de l'herpès zoster/100 000 par groupe d'âge, 1998–2001 et 2016–2020 (extrapolation à partir de Sentinella, (www.bag.admin.ch/sentinella-stats-fr), ainsi que les hospitalisations (diagnostics principaux et secondaires d'après la statistique médicale des hôpitaux, Office fédéral de la statistique OFS))

Groupe d'âge/années	Cas de zona/100 000		Hospitalisations dues au zona/100 000
	1998–2001	2016–2020	2014–2019
0–49 ans	118–155	123	5
50–59 ans	306	282	16
60–69 ans	414	522	41
70–79 ans	599	690	157
80–89 ans	748	1012	157
90+ ans	817	1535	157
Tous les groupes d'âge	236	288	22

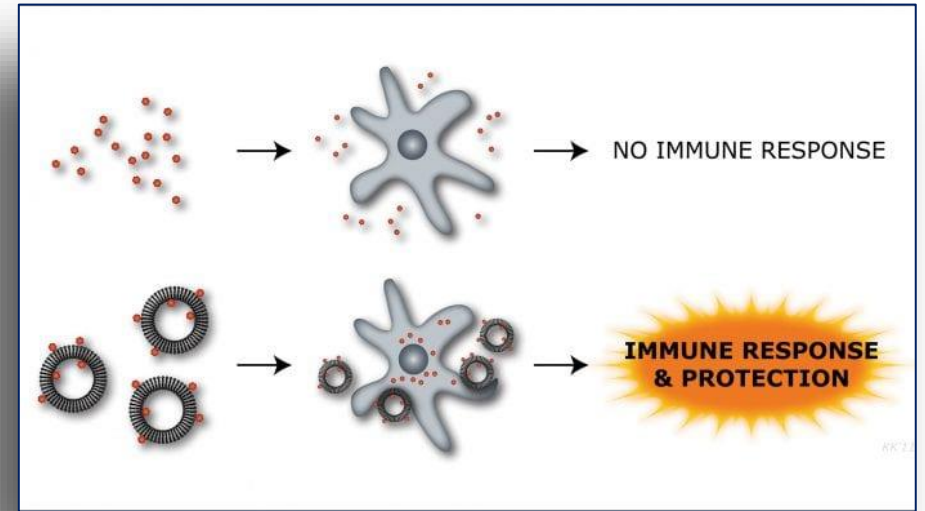


Shingrix[®] : vaccin inactivé adjuvanté

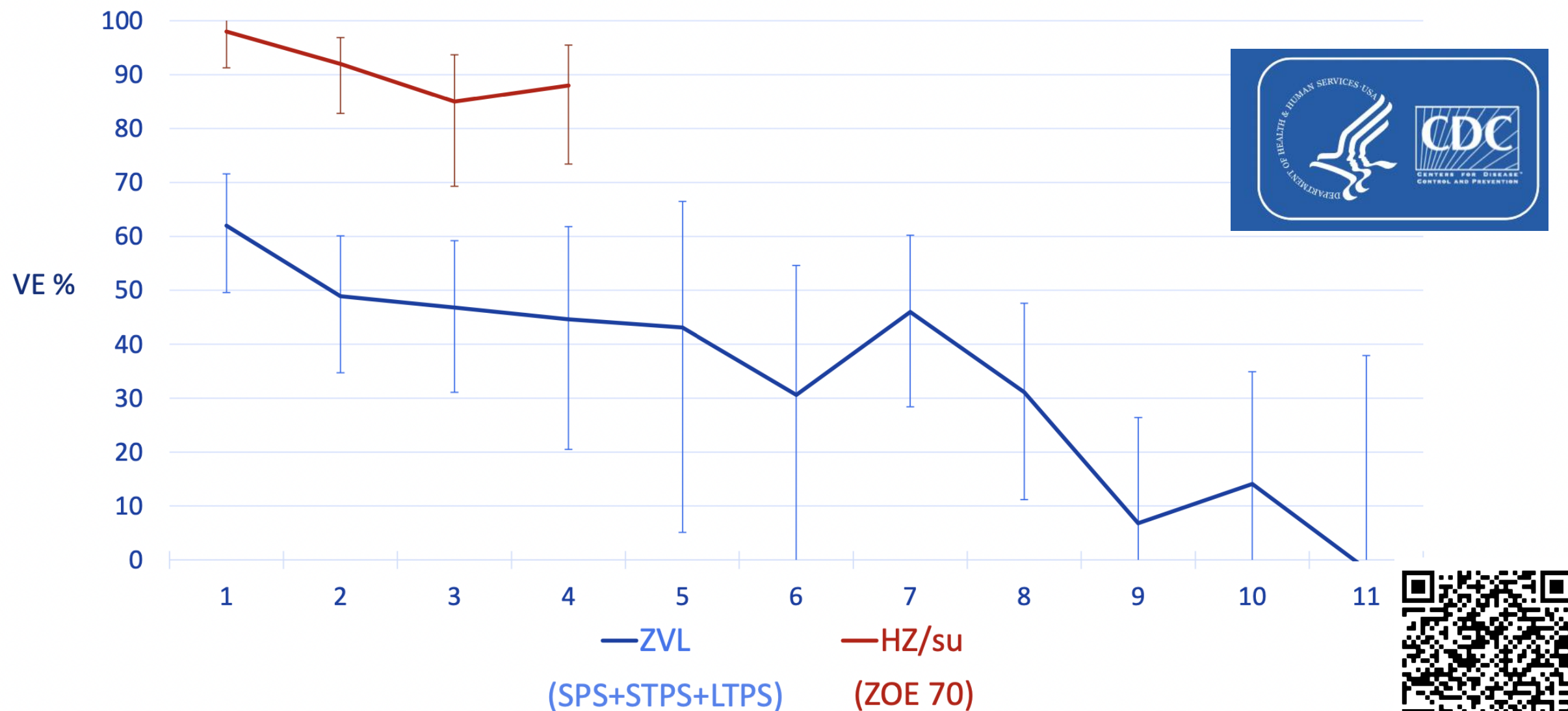
50 µg d'antigène
glycoprotéine E (gE)

Adjuvant AS01B : 50 µg
Quillaja saponaria Molina

50 µg de monophosphoryl
lipide A (MPL)



Vaccine efficacy against HZ for ZVL and HZ/su, by year following vaccination



Note: The Shingles Prevention Study, Short-term Persistence Study, and Long-term Persistence Study followed the same study population over time.

Le vaccin Shingrix® est recommandé et pris en charge (depuis février 2022) chez:

65+ ans	Bonne santé	immunodéficients	
50+ ans		immunodéficients	
18+ ans		Immunodéficience sévère	



Pour toute question sur les vaccins et vaccinations
www.infovac.ch



Back up slides

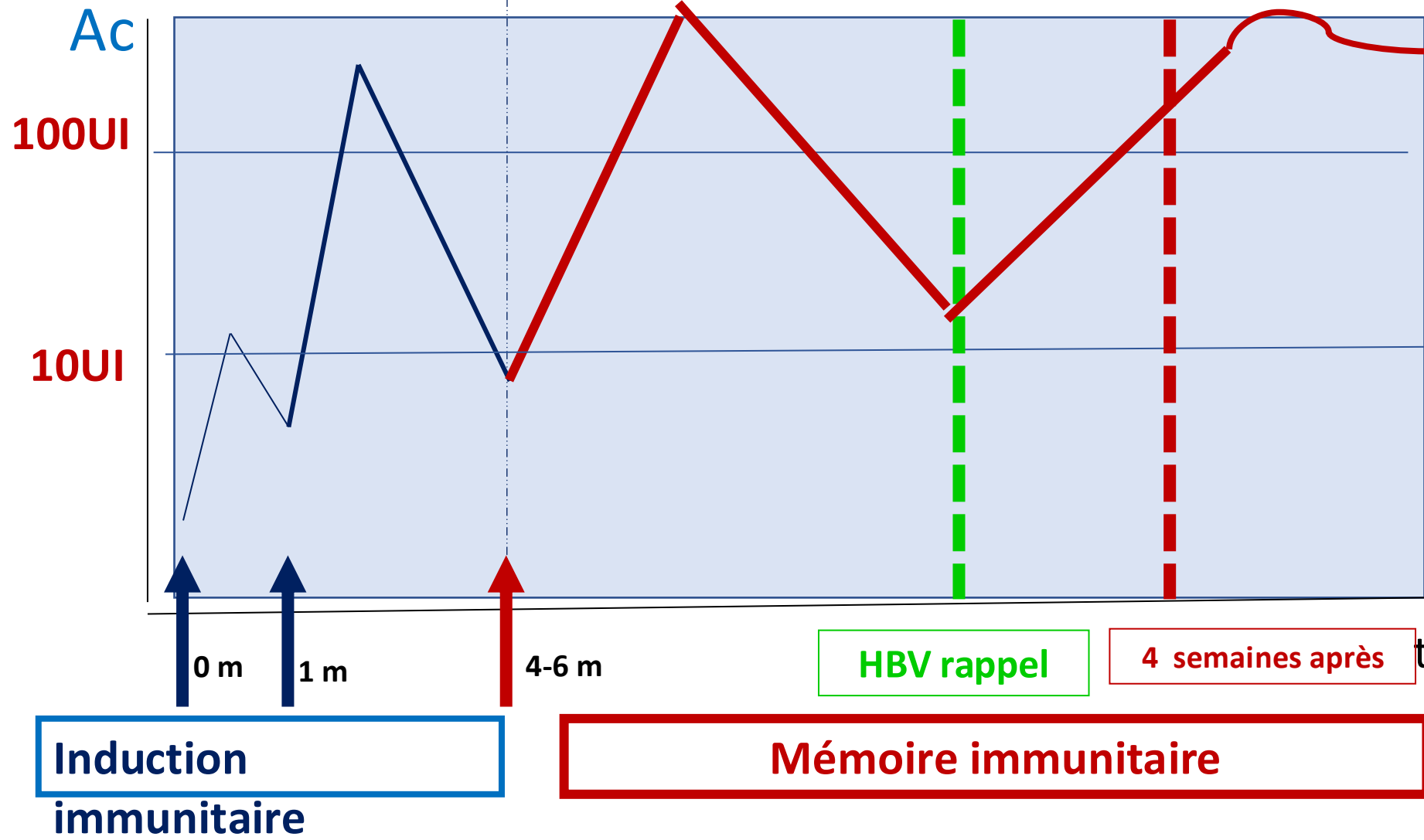
Hépatite B chez les professionnels de la santé

Une de collègue de 48 ans vous montre son carnet de santé pour l'hépatite B:

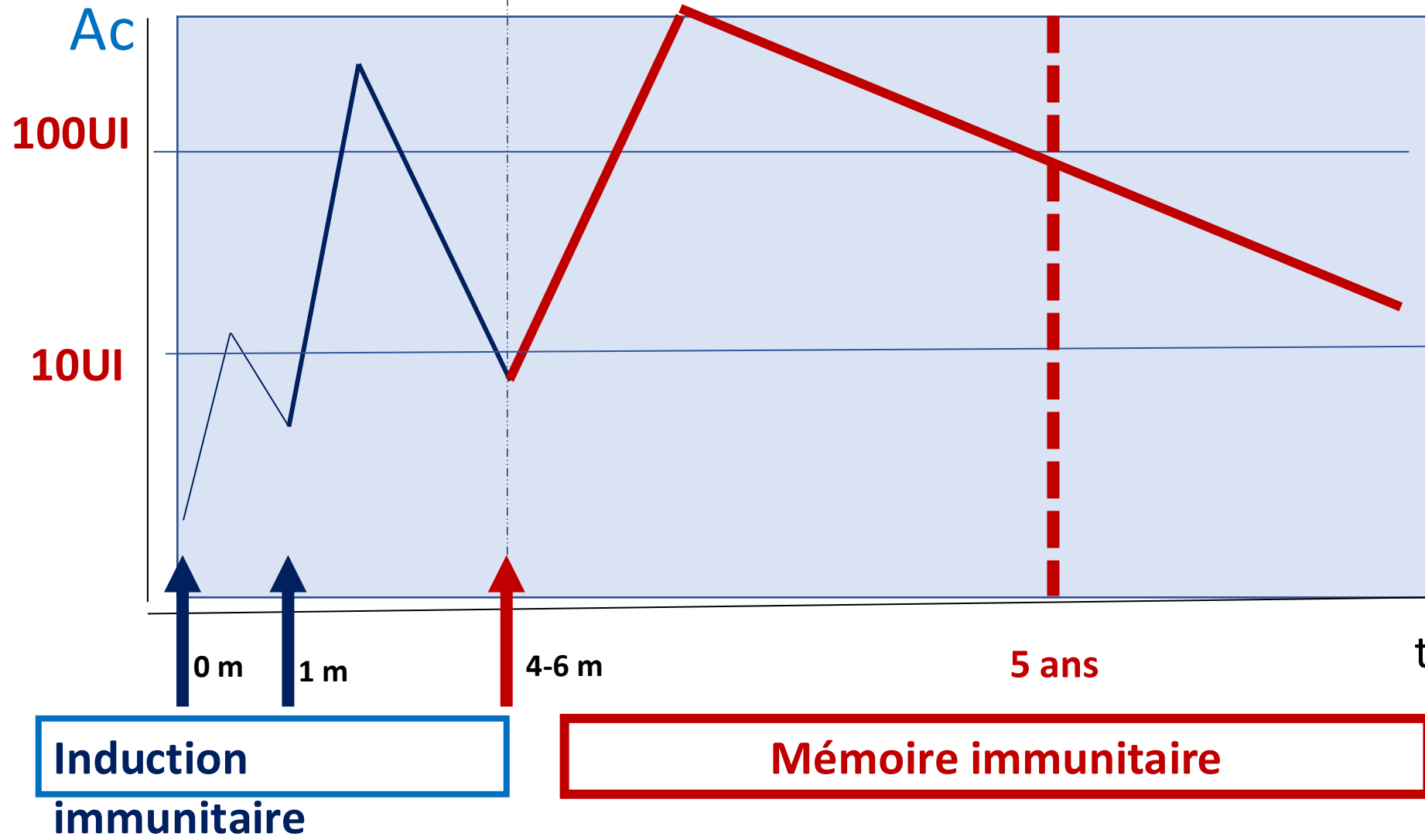
- 2 doses de Twinrix en juillet 1999 et août 1999
- 1 dose de Twinrix in August 2000

février 2026: Ac anti-HBs- = 62 U/l. **Est-elle protégée contre l'hépatite B?**

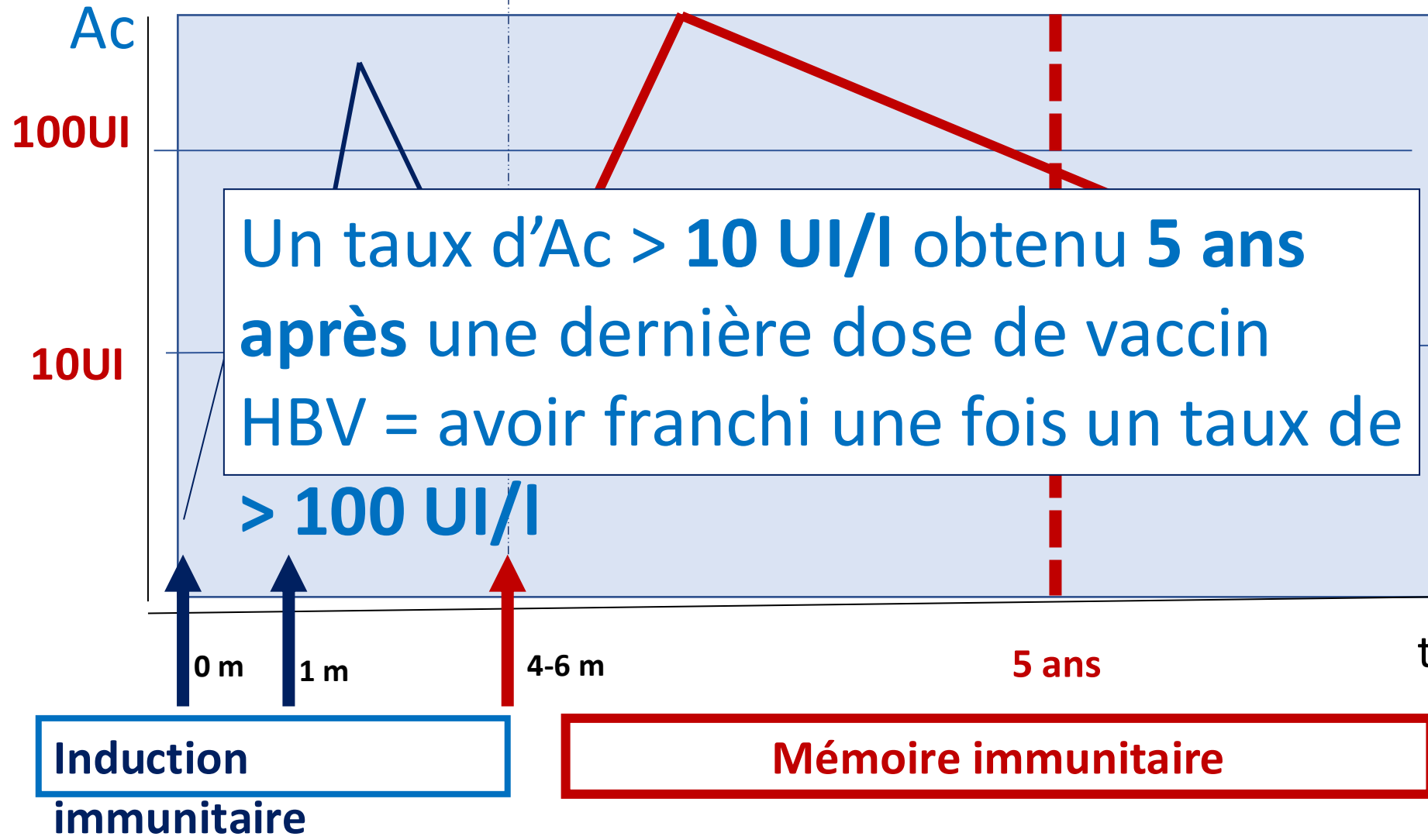
La « meilleure option » : un rappel puis sérologie 4 semaines après!



Correlât de protection pour l'hépatite B

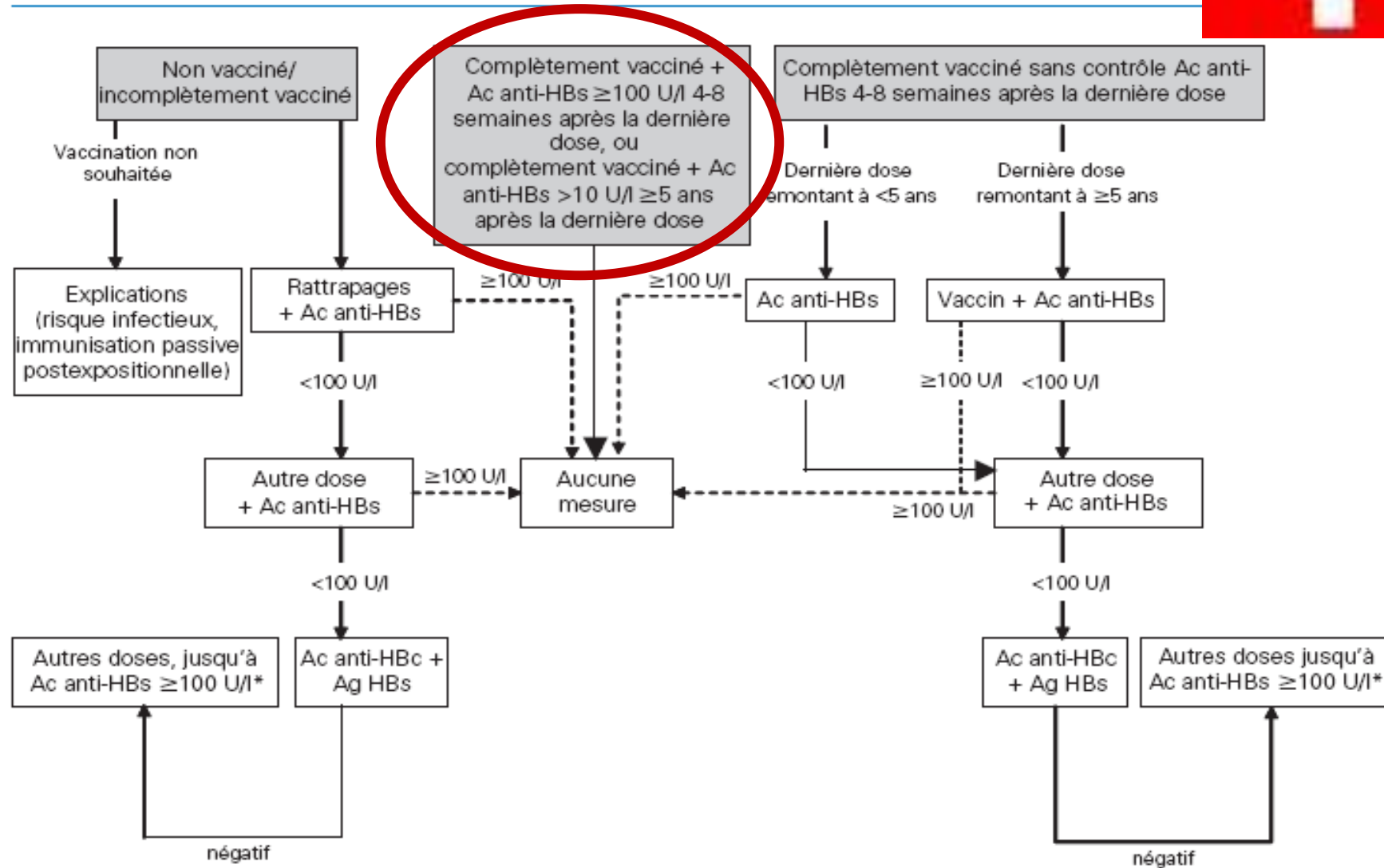


Correlât de protection pour l'hépatite B



Figure

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



Une de vos collègues de 48 ans vous montre son carnet de santé pour l'hépatite B:

- 2 doses de Twinrix en juillet 1999 et août 1999
- 1 dose de Twinrix in August 2000

février 2018: Ac anti-HBs = 62 U/l. Est-elle protégée contre l'hépatite B?

Non, pas protégée puisque anti-HBs sont < 100 U/l!

Elle protégée 😊, parce que anti-HBs > 10 U/l 5 ans après la dernière dose, c'est avoir atteint 1fois les 100

U/l

Je conseillerais un rappel et d'effectuer une sérologie 4 semaines après...en visant un taux anti-HBs > 100 U/l

Je recommence à zéro avec 3 vaccinations à 0, 1, 6 mois d'intervalle pour plus de sécurité

Méningocoques

Epidémiologie des Méningocoques en Suisse

Incidence annuelle par groupe d'âge de 2011 à 2022

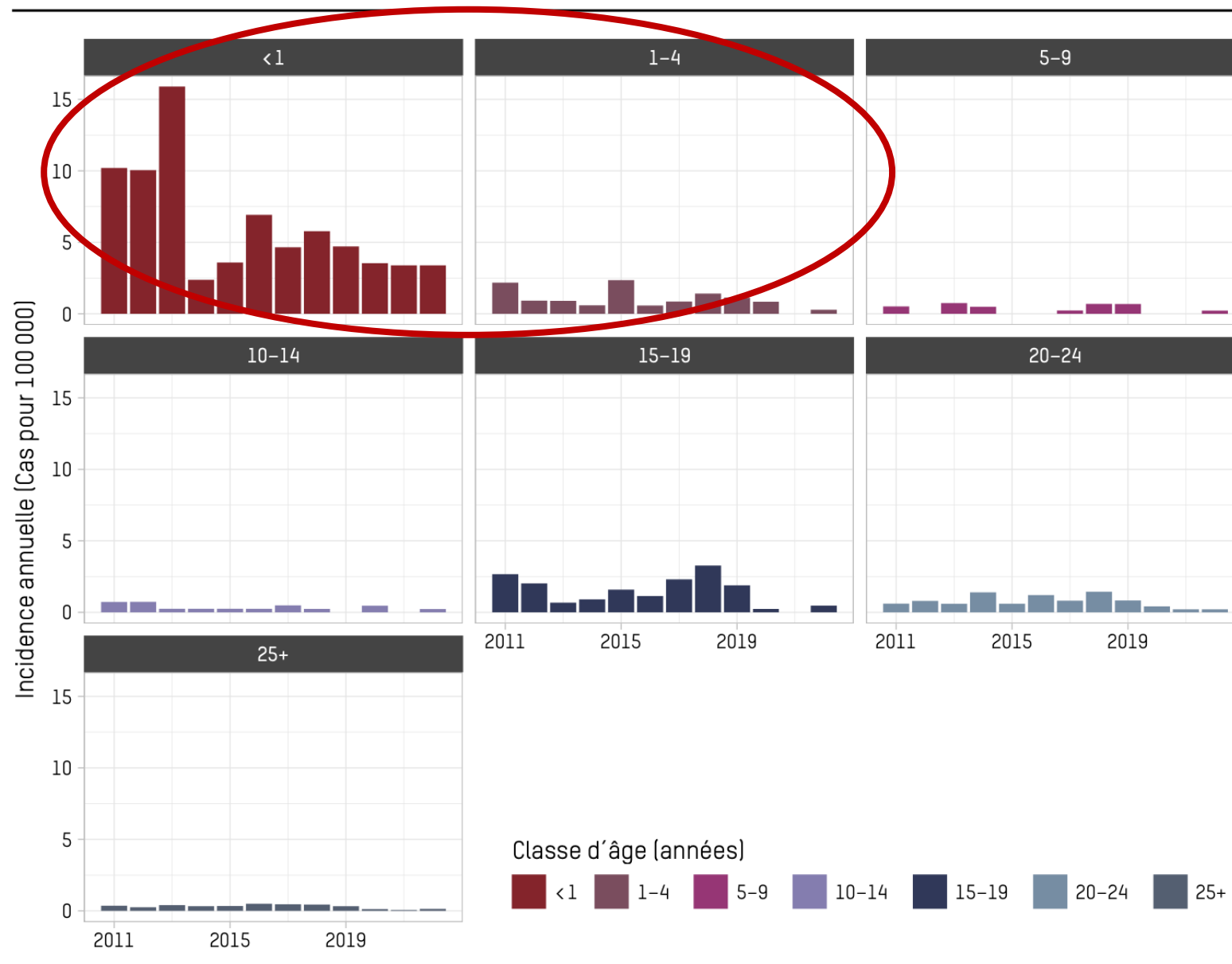


Figure 2
Incidence annuelle par groupe d'âge de 2011 à 2022

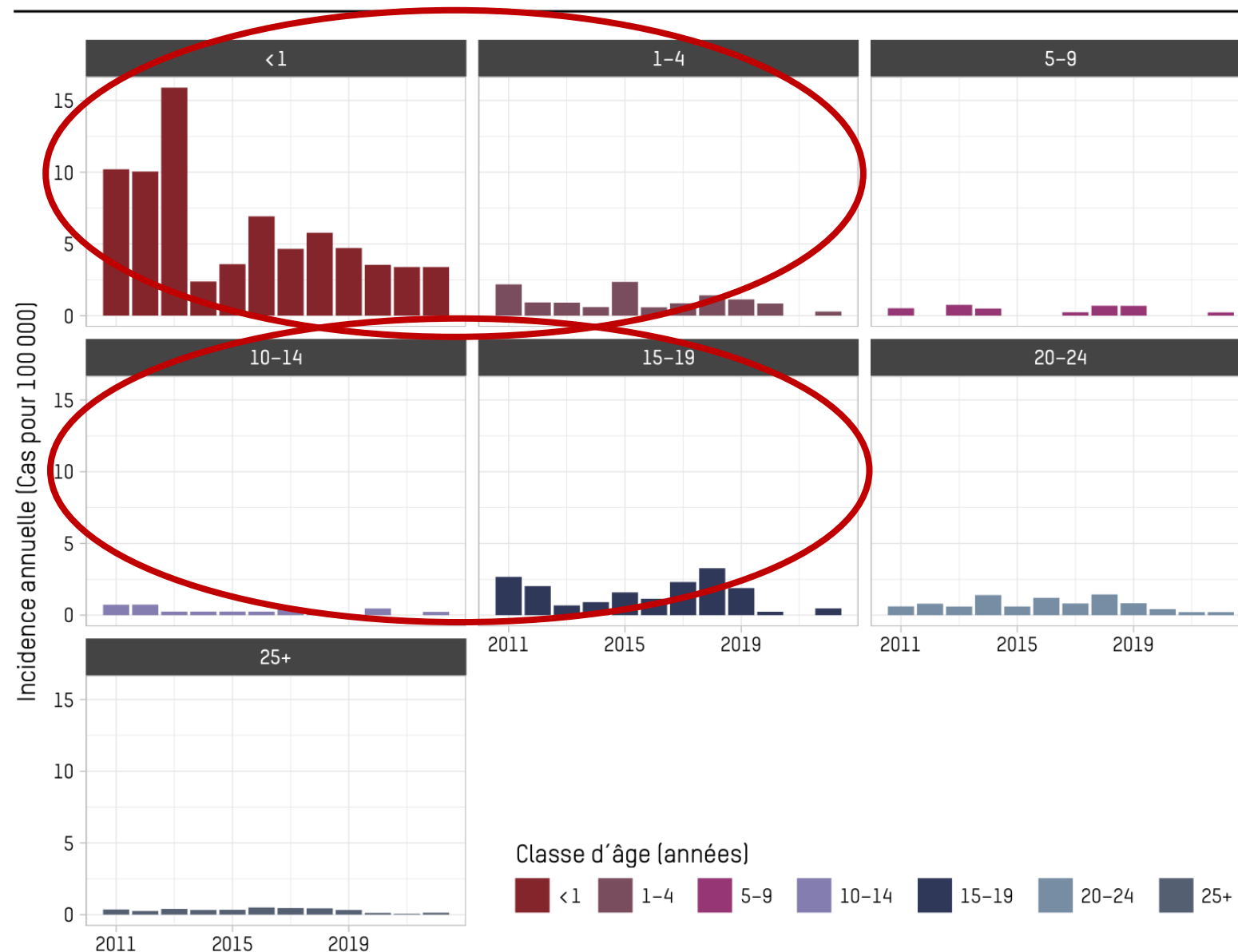
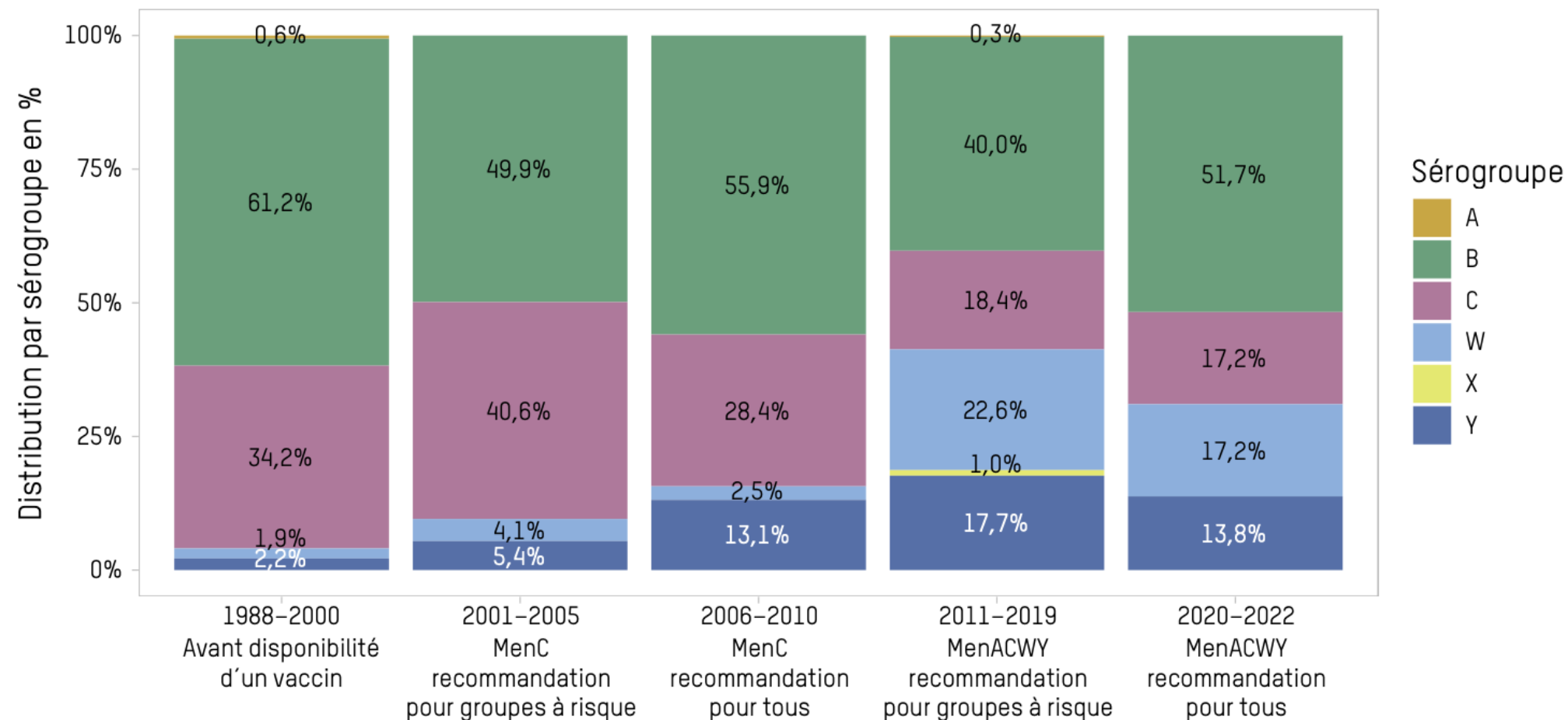


Figure 3

Proportions des sérogroupes pendant les différentes périodes de vaccination

En raison du faible nombre de cas durant la pandémie de COVID-19 (2020–2022), la répartition des sérogroupes au cours de cette période doit être interprétée avec prudence.



Bexsero[®]-MenQuadfi[®]- Menveo[®]



Recommandations de vaccination complémentaire contre les maladies invasives à méningocoques

État 2023

Tableau 3
Résumé des schémas de vaccination pour la recommandation de vaccination complémentaire contre
les méningocoques

	MCV-ACWY		4CMenB (Bexsero [®])	
Âge de vaccination	12-18 mois	11-15 ans	3, 5, 12-18 mois	11-15 ans
Nombre total de doses	SD 1 (MenQuadfi [®]) SD 2 (Menveo [®] ; âge 12-23 mois intervalle minimum 2 mois)	DS 1	SD 3 (2 doses dans la 1 ^{re} AV, intervalle minimum 2 mois; 3 ^e dose dans la 2 ^e AV au minimum 6 mois après la 2 ^e dose)	SD 2 (intervalle minimum 1 mois)
Rattrapage vaccinal (catch up)	jusqu'au 5 ^e anniversaire (SD 1, à partir de 24 mois pour les deux vaccins)	jusqu'au 20 ^e anniversaire (SD 1)	jusqu'au 5 ^e anniversaire (à partir de 2 ans SD 2, intervalle minimum 1 mois)	jusqu'au 20 ^e anniversaire (SD 2, intervalle minimum 1 mois)

Human Papilloma Virus (HPV)



Gardasil 9®

90%

22

3/24

MALADIES TRANSMISSIBLES

Vaccination de base contre les HPV
pour les garçons

Vaccin inactivé

Vaccin de base pour les adolescent-es 11-14 ans

Schéma à 2 doses

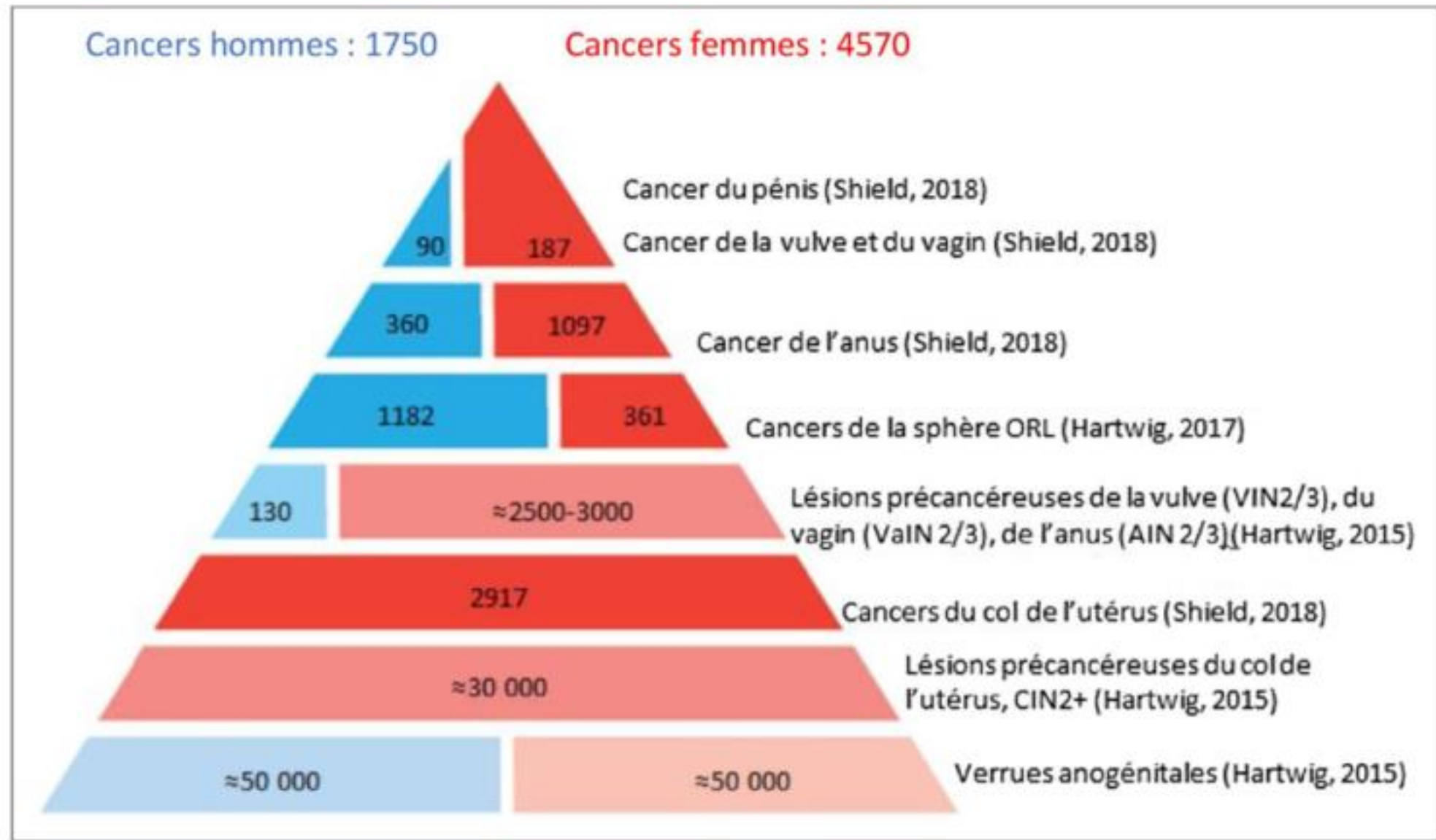
+ rattrapage jusqu'au 26^e anniversaire!!

Tableau 1

Taux d'incidence des cancers standardisé selon l'âge et nombre de cas en Suisse, 2015–2019

Cancer (code CIM-10)	Hommes	Femmes	Comparaison avec 2005–2009: nombre de cas et incidences annuels
Oropharynx, amygdales, base de la langue (CIM-10: C01, C09-10)	288 cas/an Incidence 5,39/100 000	110 cas/an Incidence 1,85/100 000	Hommes: 265 cas/an Incidence 6,23/100 000 Femmes: 96 cas/an Incidence 2,06/100 000
Anus et canal anal (CIM-10: C21)	73 cas/an Incidence 1,31/100 000	163 cas/an Incidence 2,67/100 000	Hommes: 52 cas/an Incidence 1,19/100 000 Femmes: 128 cas/an Incidence 2,50/100 000
Col de l'utérus (CIM-10: C53)	n.a.	258 cas/an Incidence 5,06/100 000	248 cas/an Incidence 5,40/100 000





Hartwig, Susanne & al.. (2017). Estimation of the overall burden of cancers, precancerous lesions, and genital warts attributable to 9-valent HPV vaccine types in women and men in Europe. *Infectious Agents and Cancer*. 12. 19. 10.1186/s13027-017-0129-6.

Patient migrant de 32 ans,
vaccination inconnue. Que faire?

Tableau 4

Schéma pour les vaccinations de rattrapage dT(p_a)-IPV chez les adultes avec anamnèse vaccinale *inconnue* ou *incomplète*

État: 2023

Vaccination diphtérie ¹⁾, tétanos (dT) ¹⁾, coqueluche (-p_a), poliomyélite (-IPV) ²⁾

	Âge 16–24 ans	Âge 25 ans	Âge 26–64 ans	Âge ≥ 65 ans
Anamnèse inconnue	1× dT-IPV*, puis sérologie ³⁾	1× dTp _a -IPV, puis sérologie ³⁾	1× dT-IPV*, puis sérologie ³⁾	1× dT-IPV*, puis sérologie ³⁾

Anamnèse (d)T connue ⁴⁾ , âge à la 1 ^{re} dose		Intervalle depuis la dernière dose de T		Intervalle depuis la dernière dose de T		Intervalle depuis la dernière dose de T		Intervalle depuis la dernière dose de T	
<1 an	total	<10 ans	≥ 10 ans	<2 ans	≥ 2 ans	<20 ans	≥ 20 ans	<10 ans	≥ 10 ans
≥6 doses		0*	0*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT ^{2)*}
5 doses		0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT*
4 doses**		1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT	1× dTp _a -IPV	1× dTp _a -IPV, 1× dT	1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT	1× dT-IPV*	1× dT-IPV*, 1× dT
3 doses**		2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV*		2× dT-IPV*	
0–2 doses		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV*		3× dT-IPV*	
1–6 ans	total	<10 ans	≥ 10 ans	<2 ans	≥ 2 ans	<20 ans	≥ 20 ans	<10 ans	≥ 10 ans
≥4 doses		0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT*
3 doses**		1× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV		1× dT-IPV*		1× dT-IPV*	
2 doses**		2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV*		2× dT-IPV*	
0–1 dose		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV*		3× dT-IPV*	
>6 ans	total	<10 ans	≥ 10 ans	<2 ans	≥ 2 ans	<20 ans	≥ 20 ans	<10 ans	≥ 10 ans
≥3 doses		0*	1× dT*	0*	1× dTp _a	0*	1× dT*	0*	1× dT *
2 doses		1× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV		1× dT-IPV*		1× dT-IPV *	
1 dose		2× dT-IPV*		1× dTp _a -IPV, 1× dT-IPV		2× dT-IPV *		2× dT-IPV *	
0 dose		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		1× dTp _a -IPV, 2× dT-IPV		3× dT-IPV *		3× dT-IPV *	

Janvier 2023

Directives et recommandations



Pour vérifier une
sérologie vaccinale...

Laboratoire de vaccinologie des HUG



HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève
Service de Médecine de Laboratoire
Laboratoire de Vaccinologie
Centre Médical Universitaire, local 9I-6-196
1, rue Michel-Servet
1211 GENEVE 4

VACCINO-Std

Tél : 022 / 379 57 80
Fax : 022 / 379 58 01
Prof. C-A. Siegrist, Responsable

Dépôt des prélèvements :
Loge des Huissiers, niveau R



Date du prélèvement : Heure :

Echantillon No.

Prescripteur Médecin/ Institution

Nom, Prénom

Adresse du médecin :

Téléphone ou Bip :

Fax :

Copie à :

INFORMATIONS CONCERNANT LE (LA) PATIENT(IE)

Informations indispensables pour la facturation au patient dans le cadre des exigences de l'OMAI (Art 59 al.4, 2004)

M. ☐ / Mme ☐ / Mlle ☐ (SVP: en caractères d'imprimerie ou étiquette)

N°Eds HUG:

Nom:

Nom de jeune fille:

Prénoms:

Date de naissance: / / Sexe:

Rue/N°:

c/o:

Localité, No postal:

Patient ☐ Ambulatoire ☐ Hospitalisé

Adresse de facturation ☐ Patient ☐ Demandeur ☐ Hôp/Clinique/Autre

Nature du cas ☐ Maladie ☐ Accident ☐ AI No.

Assurance: No d'assuré:

Confidentialité:

Afin de permettre une meilleure interprétation des données, le laboratoire:
- enregistre les résultats de cette demande dans la base centrale des patients (DPI) des HUG;
- fait figurer les résultats d'analyses effectuées antérieurement au Laboratoire de Vaccinologie sur le rapport, en réponse à cette demande.
☐ Le patient n'autorise pas l'enregistrement des données dans DPI.
☐ Le patient n'autorise pas le récapitulatif des données antérieures sur le rapport actuel.

Diagnostic

But de la demande:

Anamnèse vaccins (ou copie du carnet de vaccination):

Di-Te 1 : Date:

Di-Te 3 : Date:

Di-Te 2 : Date:

Di-Te rappels : Dates:

Hib dernière dose : Date:

Vaccin varicelle (VZV) : Dates:

Prevenar : Dates:

Pneumovax : Dates:

Le patient a-t-il reçu des immunoglobulines ? ☐ non ☐ oui, le

Analyses

demandées:

anticorps anti-

IgG par ELISA

☐ Tétanos

☐ Diphtérie

☐ HIB

☐ Varicelle

☐ Pneumocoques : Base
(testés individuellement).
Bloc des sérotypes 14, 19F, 23F

☐ Pneumocoques : Supplémentaires
(testés individuellement).
Bloc des sérotypes 9N, 11A, 17F

☐ Je ne souhaite pas
d'interprétation
médicale des
analyses

Procédure: <http://www.hcuge.ch/verbo/serveur-ins.html>

Feuilles de demande: http://labos.hug-ge.ch/library/pdf/DemandesManuelles/Vaccino/Vaccino_demande.pdf

1. Prélèvement veineux ou capillaire, sang natif ou sérum (HUG: Hémogard bouchon rouge 2 ml). Volume minimum (pédiatrie): 0.25 ml de sang (HUG: microtainer jaune) pour la combinaison de tétanos, diphtérie et Hib; 1 ml de sang pour les 6 analyses.
2. Conserver à 4 °C si nécessaire (nuit, week-end).
3. Faire acheminer au Laboratoire de Vaccinologie, Centre Médical Universitaire, 1 rue Michel Servet, 1211 Genève. CMU - loge des huissiers. Par poste: courrier A, sauf le vendredi et veille de jours fériés.
4. Les tests sont effectués de façon hebdomadaire. Renseignements: Tél. 022/379 57 80: Barbara Lemaître, FAMH

Veuillez m'envoyer des feuilles de demande svp! ☐

Depuis 2012
pour le 25-64 ans en bonne santé

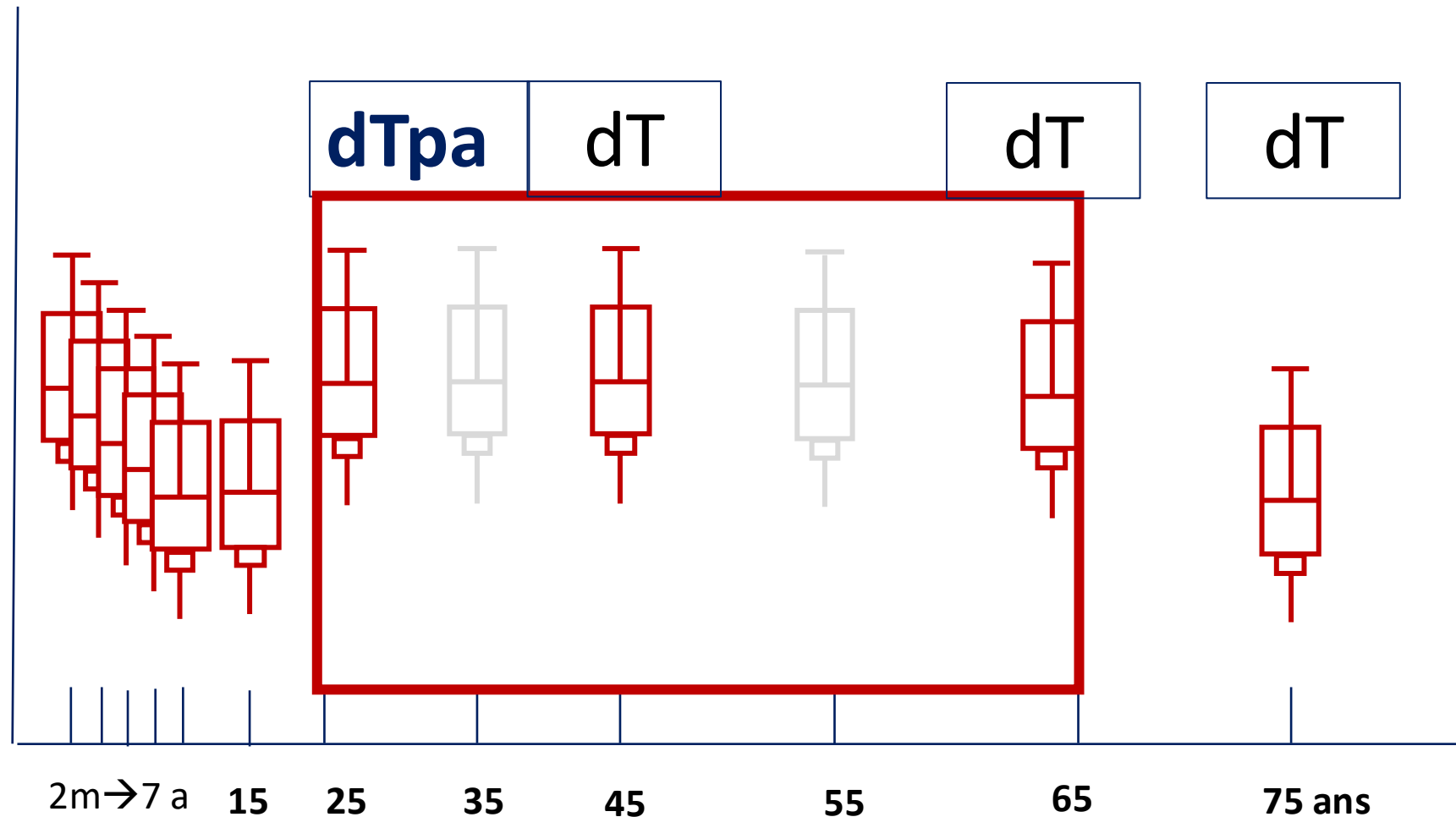


Tableau 9
Prophylaxie antitétanique lors de plaies
 État: 2023

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



Toujours la même patiente: que faire pour le ROR?

Annexe 1 : Synopsis Plan de vaccination suisse 2023

Vaccinations recommandées de base et complémentaires (CFV/OFSP)

	Vaccinations de base									Vaccinations complémentaires		
Âge*	DTP	Polio ²⁾	Hib	HBV ⁵⁾	Pneumo-coques	ROR	VZV	HPV	Influenza	Méningo-coques	HPV	HZV
Nais-sance				⁶⁾								
2 mois	DTP _a	IPV	Hib	HBV ⁷⁾	PCV							
4 mois	DTP _a	IPV	Hib ⁴⁾	HBV ⁷⁾	PCV							
9 mois						ROR ¹¹⁾	VZV ¹¹⁾					
12 mois**	DTP _a	IPV	Hib ⁴⁾	HBV ⁷⁾	PCV	ROR ¹¹⁾	VZV ¹¹⁾					
24 mois			⁴⁾		¹⁰⁾	¹²⁾	¹³⁾			MCV-ACWY ¹⁶⁾		
4–7 ans	DTP _a /dT _p _a	IPV				¹²⁾	¹³⁾					
11–14/ 15 ans	dT _p _a	³⁾		HBV ⁷⁾ ⁸⁾		¹²⁾	¹³⁾	HPV ¹⁴⁾ (filles)		MCV-ACWY ¹⁷⁾	HPV ¹⁸⁾ (garçons)	
25 ans	dT _p _a ¹⁾	³⁾		⁹⁾		¹²⁾	¹³⁾	¹⁵⁾			HPV ¹⁹⁾	
45 ans	dT ¹⁾	³⁾		⁹⁾		¹²⁾	¹³⁾					
≥ 65 ans	dT ¹⁾	³⁾		⁹⁾					Influenza ¹⁵⁾			HZV ²⁰⁾



Patient-es immunosupprimés



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DF
Office fédéral de la santé publique OFSP

Directives et recommandations

Vaccination des personnes atteintes d'une maladie neuro-immunologique: principes et recommandations

État: février 2026

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

<https://www.bag.admin.ch/fr/directives-et-recommandations-sur-la-vaccination-et-la-prophylaxie>

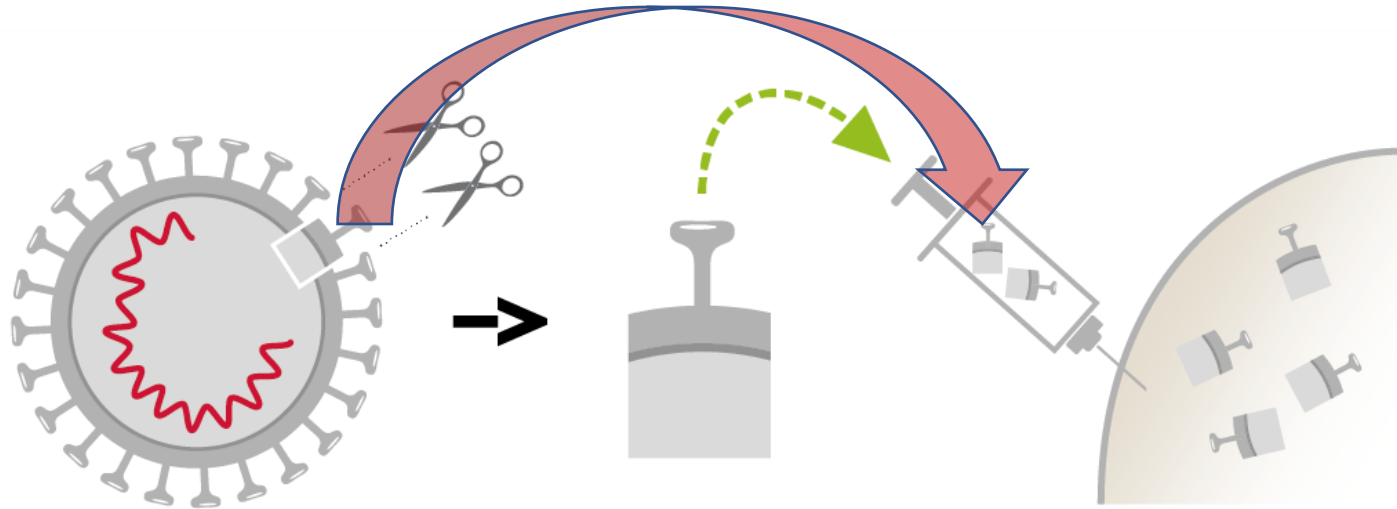
Laquelle des affirmations suivantes est juste pour un vaccin vivant atténué?

1. Un vaccin vivant atténué contient un agent pathogène incapable de se répliquer
2. Un vaccin atténué contient un agent pathogène qui peut se répliquer



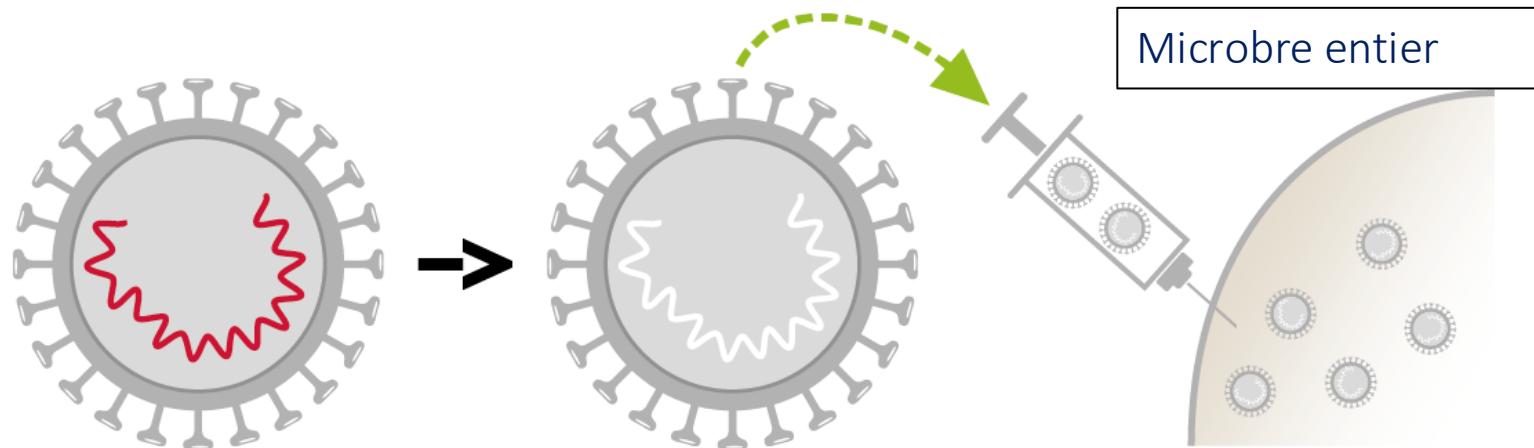
Les vaccins inactivés

Fragments du microbre



Avantages

- ✓ Totalemt incapables de se multiplier
- ✓ Peu d'effets secondaires
- ✓ Administration ok chez les immunosupprimés

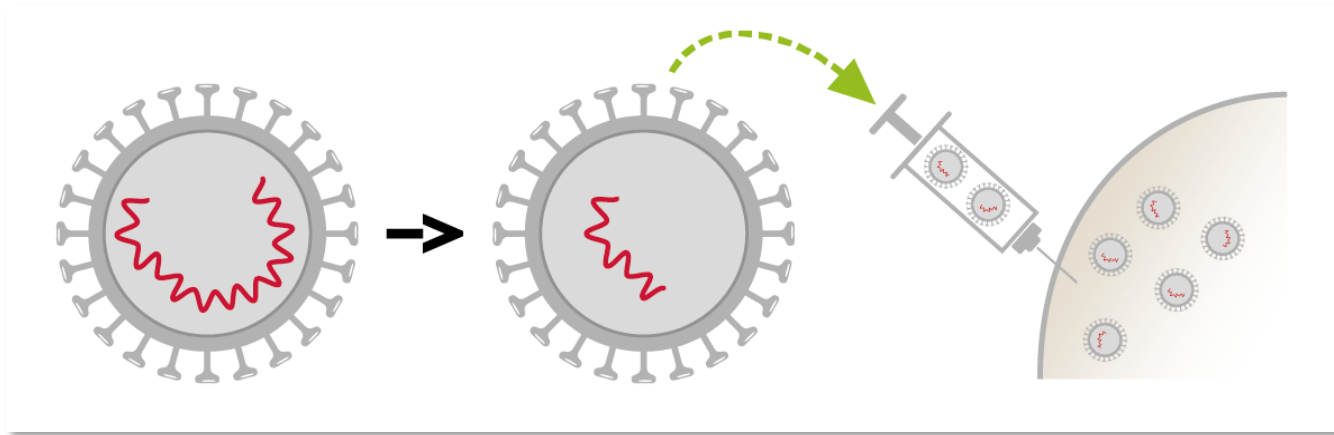


Inconvénients

- ✓ Généralement moins efficaces



Les vaccins vivants atténués



Avantages

- ✓ Miment l'immunité naturelle
- ✓ Déclenchent une immunité plus forte
- ✓ 1-2 doses suffisantes
- ✓ Pas besoin de rappel

Inconvénients

- ✓ Immunosupprimés
- ✓ Femmes enceintes



Tableau 1

Intervalles de temps recommandés pour les vaccinations avant et après un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur chez les adultes avec une maladie neuro-immunologique [28–36]

Traitement	Vaccins vivants atténués		Vaccins inactivés	
	AVANT	APRÈS	AVANT	APRÈS
Cortisone faibles doses ¹⁾ < 20 mg/jour	Aucun intervalle nécessaire		Aucun intervalle nécessaire	
Cortisone hautes doses ²⁾	4 semaines	4 semaines	Idéalement > 2 semaines	Aucun intervalle nécessaire
Acétate de glatiramère	Aucun intervalle nécessaire		Aucun intervalle nécessaire	
Produits à base d'interféron- β				
Biosynthèse d'ADN Tériflunomide ³⁾	Aucun intervalle nécessaire	6 mois ou élimination + détermination du taux plasmatique ³⁾	Aucun intervalle nécessaire	
Diméthylfumarate ⁴⁾ Diroximel fumarate	4 semaines	4 semaines ou lymphocytes reconstitués à > 1,0 G/l	Aucun intervalle nécessaire	
Modulateurs récepteur S1P Fingolimod	2 mois	Individuel : 2 mois ou réplétion des lymphocytes à > 1,0 G/l	Aucun intervalle nécessaire	4 semaines ⁵⁾
Ozanimod	3 mois			
Siponimod	4 semaines			
Ponesimod	2 semaines			

<https://www.bag.admin.ch/fr/directives-et-recommandations-sur-la-vaccination-et-la-prophylaxie>

Tableau 1 (suite)

Traitement	Vaccins vivants atténués		Vaccins inactivés	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES
Récepteur de l'intégrine $\alpha 4$ Natalizumab	4 semaines	3 mois	Aucun intervalle nécessaire	
Déplétion lymphocytes B Anti-CD20 ⁶⁾ Rituximab, Ocrelizumab Ofatumumab, Ublituximab	4 semaines	Jusqu'à reconstitution des cellules B CD19 (> 12 mois) ⁶⁾	Idéalement, minimum 2 semaines	Immunité limitée probable après traitement
Anti-CD19 ⁶⁾ Inebilizumab				
Déplétion lymphocytes T-/B Anti- CD52 Alemtuzumab ⁷⁾	6 semaines	Jusqu'au retour des CD4 à > 200/ μ l (minimum 12 mois) ⁷⁾	Idéalement > 2 semaines	
Cladribin	4 semaines	Jusqu'au retour des lymphocytes à > 1.0 G/l	Idéalement > 2 semaines	
Inhibiteur du complément Eculizumab Ravulizumab	Aucun intervalle nécessaire		Aucun intervalle nécessaire	
Anti-récepteur de l'IL-6 Tocilizumab Satralizumab	4 semaines	3 mois	Aucun intervalle nécessaire	
IVIG	4 semaines	> 3 mois ⁸⁾	Aucun intervalle nécessaire	
Antagonistes du récepteur Fc néonatal ⁹⁾ Efgartigimod Rozanolixizumab	4 semaines	2 semaines	Aucun intervalle nécessaire	
Plasmaphérèse ¹⁰⁾	4 semaines	Aucun intervalle nécessaire	Aucun intervalle nécessaire	

Tableau 2

Vaccinations recommandées au moment du diagnostic chez les personnes adulte (≥ 18 ans) atteintes d'une maladie neuro-immunologique en cas d'immunosuppression/ immunomodulation planifiée (ou déjà établie)

Vaccination	Nombre de doses	Moment de la vaccination
Contrôler et compléter les vaccinations de base et complémentaires (par ex. la FSME) conformément au <i>plan de vaccination suisse</i> [17]		
PCV (<i>Pneumocoques</i>) ¹⁾ [50]	1	En cas de diagnostic/si possible avant le début du traitement (idéalement > 2 semaines)
Vaccins inactivés contre la grippe	1 ²⁾	Chaque année ou pendant la saison d'hiver
Vaccin contre le COVID-19	1 ³⁾	Chaque année ou pendant la saison d'hiver
VRS (<i>virus respiratoire synticial</i>)	1	Selon <i>recommandations</i> [51]
RZV	2	En cas de diagnostic/si possible avant le début du traitement (idéalement > 2 semaines)
En cas d' <i>asplénie</i> anatomique ou fonctionnelle prévisible liée au traitement ou de dysfonction du facteur du complément (par ex. traitement par des inhibiteurs du facteur du complément)		
Men.ACWY (<i>Méningocoques ACWY</i>)	2 ⁵⁾	En cas de diagnostic/si possible avant le début du traitement (idéalement > 2 semaines)
Men.B (<i>Méningocoques B</i>) ⁴⁾	2 ⁵⁾	

<https://www.bag.admin.ch/fr/directives-et-recommandations-sur-la-vaccination-et-la-prophylaxie>

Vous êtes ici : [Accueil](#) / [FAQ](#) / Contre-indications vaccinales

FAQ

Documents &
liens utiles

[Liens en français](#)

[Liens en allemand](#)

[Liens en anglais](#)

[Pourquoi vacciner](#)

CONTRE-INDICATIONS VACCINALES

📅 à jour au : 23 décembre 2022

Dans certaines situations, un vaccin peut être **contre-indiqué** ou nécessiter des **mesures de précaution** particulières destinées à diminuer encore le risque d'effets indésirables.

Pour tous les vaccins

En cas de **maladie bénigne ou de fièvre**, il suffit de retarder la vaccination de 1- 2 semaines



Prednisonne 2mg/Kg/j et/ou 20 mg/j pdt 2 semaines de suite = immunosuppression= pas de vaccin vivants atténués!!

Obligation de vacciner

Vaccination pour adultes

Coûts des vaccins

Contre-indications vaccinales

Adjuvants

Pour les vaccins vivants atténués contre rougeole-oreillons-rubéole, varicelle ou fièvre jaune.

La vaccination doit être évitée chez les **femmes enceintes** (une contraception est nécessaire pendant un mois après chaque dose de vaccin).

La vaccination par un vaccin vivant est contre-indiquée chez les malades dont le système immunitaire est déficient (immunodéficience cellulaire, infection avancée à VIH/SIDA (CD4 < 500/ μ l entre 1 et 5 ans, <200/ μ l à partir de 6 ans) et qui prennent un **traitement immunosuppresseur** (en particulier, prednisonne $\geq$ 2 mg/kg/jour ou 20 mg/jour pendant > 14 jours).

Une latence d'au moins 5 mois (et parfois plus) est à respecter après un traitement d'immunoglobulines ou l'administration de produits sanguins.

Source : CFV et OFSP
Référence: [Center for Disease Control](#)



HEALTHYTRAVEL.CH

ALL
YOU
NEED

HEALTHYTRAVEL.CH

Search country or keyword



[Healthy Travelling](#) [Countries](#) [News](#) [Special travellers](#) [Health risks](#) [Vaccinations](#)

[Ask a specialist](#)

Health Advice for Travellers

Swiss Expert Committee for Travel Medicine

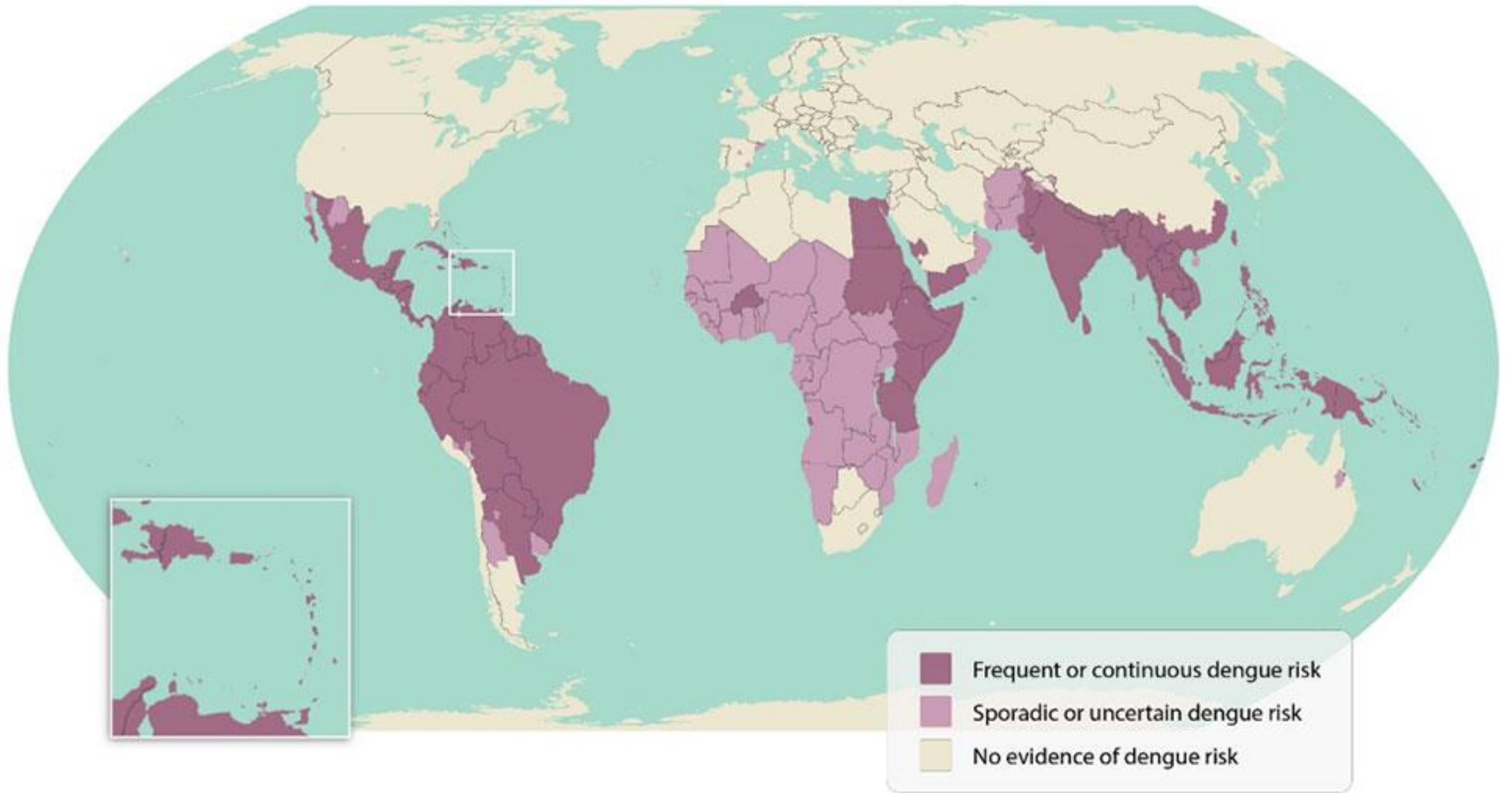


OUR PURPOSE

Healthy and safe travel – our main aim is that you can enjoy your trip in good health and that it becomes an unforgettable experience! We are at your assistance,



Back up slides



<https://www.cdc.gov/dengue/images/areaswithrisk/Dengue-World-Map.jpg>

Vaccination against dengue fever for travellers

Statement of the Swiss Expert Committee for Travel Medicine, an organ of the Swiss Society for Tropical and Travel Medicine, August 2024

Gilles Eperon^{ab}, Olivia Veit^{acd}, Pietro Antonini^e, Jan Fehr^f, Sabine Haller^g, Christoph Hatz^{cd}, Pierre Landry^h, Andreas Neumayr^{cdi}, Anita Niederer-Lohrerⁱ, Patricia Schlagenhauf^f, Serge de Vallière^k, Cornelia Staehelin^l, on behalf of the Swiss Expert Committee on Travel Medicine (ECTM)^m

^a Division of Tropical and Humanitarian Medicine, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

^b Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland

^c Swiss Tropical and Public Health Institute, Allschwil, Switzerland

^d University of Basel, Basel, Switzerland

^e Division of Infectious Diseases, Ente Ospedaliero Cantonale Lugano, Lugano, Switzerland

^f Center for Travel Medicine, Department of Public & Global Health, Institute of Epidemiology, Biostatistics and Prevention, WHO Collaborating Centre for Travellers' Health, University of Zurich, Zurich, Switzerland

^g Division of Infectious Diseases, Infection Prevention and Travel Medicine, Department General Internal Medicine, Cantonal Hospital St. Gallen, Switzerland

^h Private Practice for Internal Medicine and Tropical Medicine, Neuchâtel, Switzerland

ⁱ Department of Public Health and Tropical Medicine, College of Public Health, Medical and Veterinary Sciences, James Cook University, Queensland, Australia

^j Clinic for Infectious diseases, Infection Prevention and Travel Medicine, Children's Hospital of Eastern Switzerland and Cantonal Hospital St. Gallen, Switzerland

^k Policlinic of Tropical and Travel Medicine, Department of Ambulatory Care and Community Medicine, University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

^l Department of Infectious Diseases, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Switzerland

^m Members of the Swiss Expert Committee on Travel Medicine (ECTM) are listed at the end of the article.

Summary

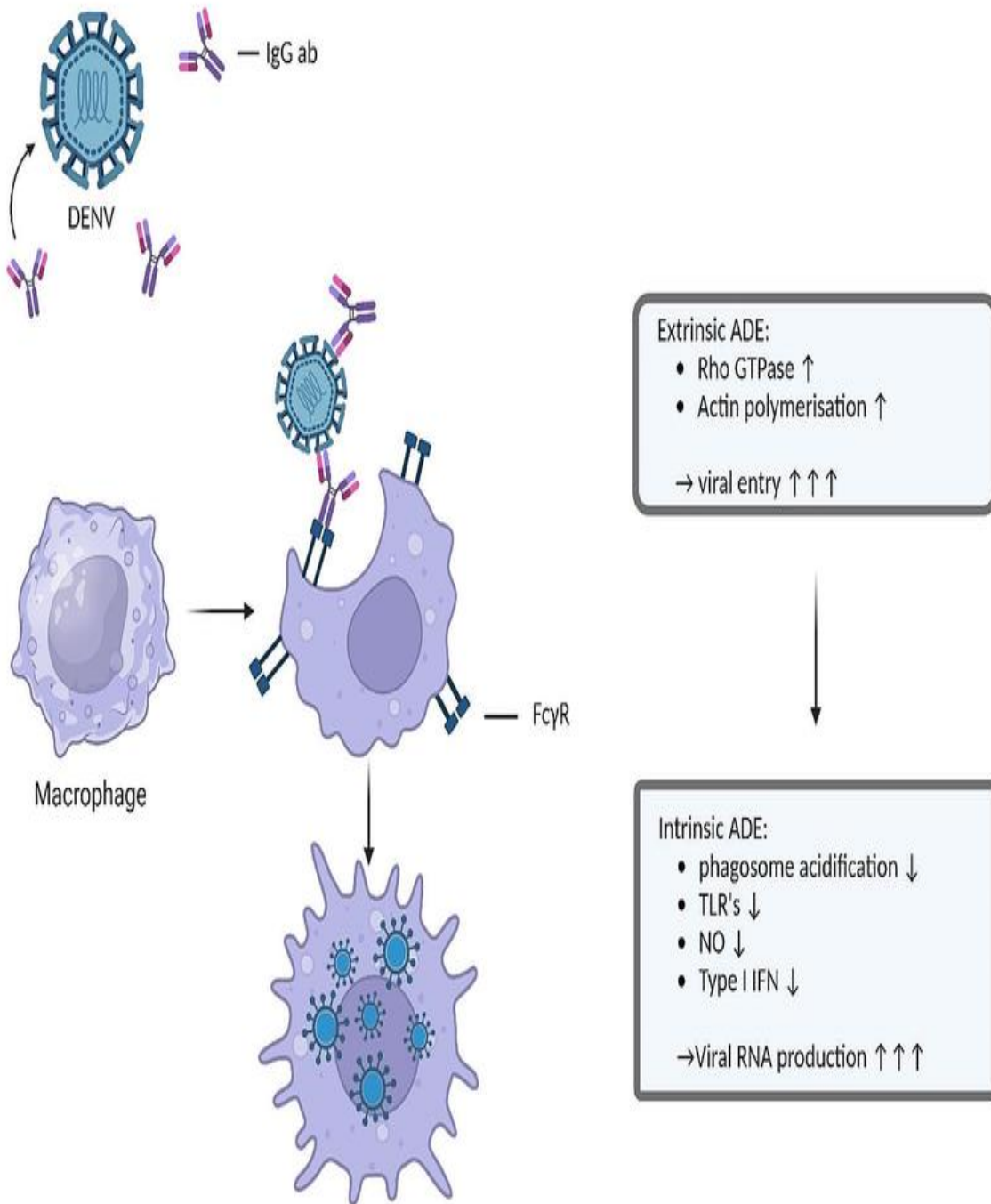
Dengue fever, endemic to most tropical and subtropical countries, is a major cause of illness in travellers, but severe dengue, hospitalisation and death are considered rare in this population. Two vaccines against dengue fever, Dengvaxia[®] and Qdenga[®], are available. While there is no recommendation for the use of Dengvaxia[®] in travellers,

Current epidemiological situation and immunological specificity of dengue fever

Dengue fever, caused by an arthropod-borne virus (arbovirus) of the family *Flaviviridae*, occurs in most tropical and subtropical countries. It is transmitted by the bite of the female *Aedes aegypti* mosquito and, to a lesser extent, *Aedes albopictus*. Its global incidence has gradually increased over the decades, with 5 million cases reported in



Qdenga®- L'essentiel



La dengue comporte 4 sérotypes → l'immunité croisée est imparfaite

Une immunité partielle peut favoriser des formes sévères (ADE)

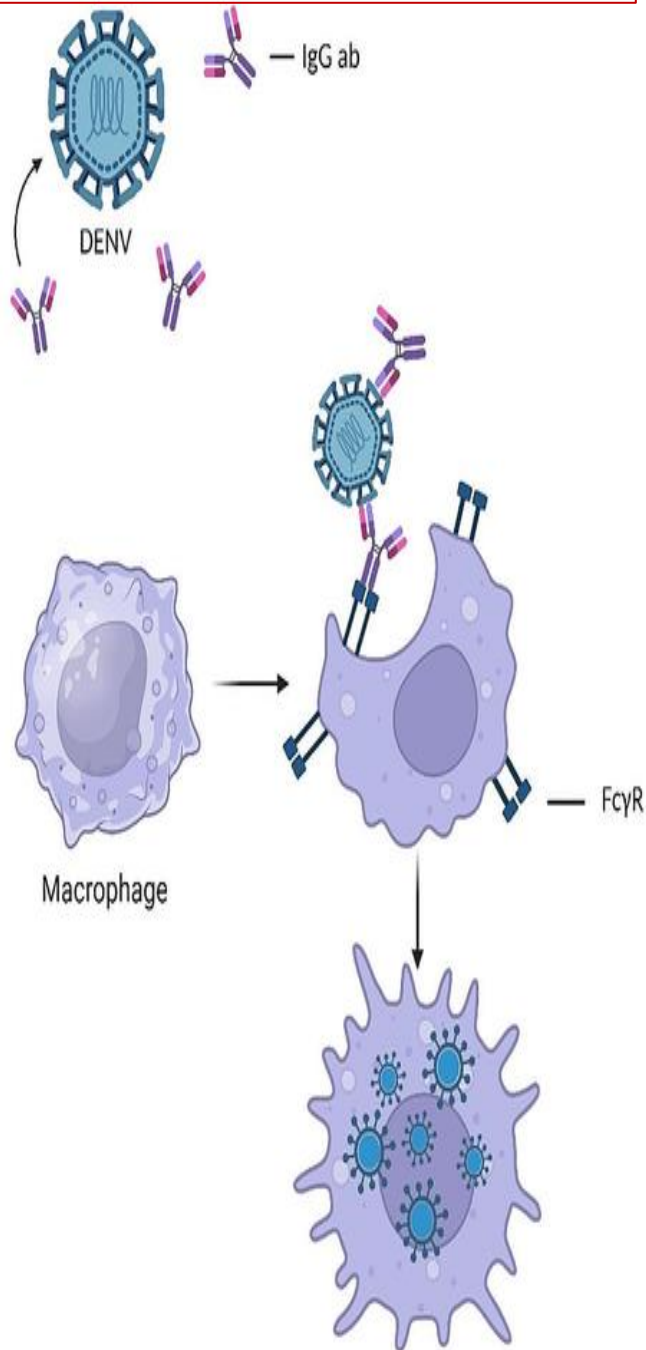
Chez les personnes déjà infectées : le vaccin agit comme un booster utile

Chez les sujets naïfs : risque potentiel lié à une réponse non neutralisante

Message clé :

→ Qdenga® n'est pas un vaccin universel, mais un vaccin à indication ciblée

Vaccin Qdenga® (DENV 1-4)



Qdenga®- L'essentiel

ADE = Antibody dependent enhancement

La dengue comporte 4 sérotypes → l'immunité croisée est imparfaite

Une immunité partielle peut favoriser des formes sévères (ADE)

Chez les personnes déjà infectées : le vaccin agit comme un booster utile

Chez les sujets naïfs : risque potentiel lié à une réponse non neutralisante

Message clé :

→ Qdenga® n'est pas un vaccin universel, mais un vaccin à indication ciblée

Extrinsic ADE:

- Rho GTPase ↑
- Actin polymerisation ↑

→ viral entry ↑ ↑ ↑

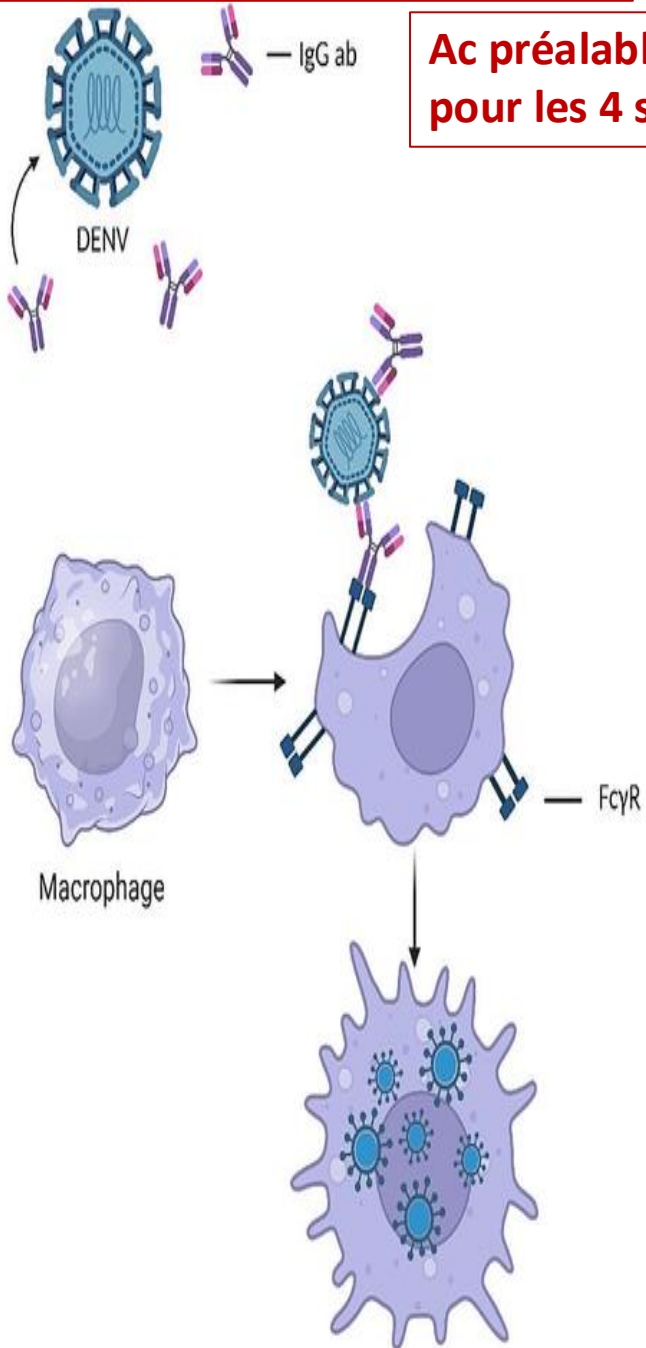
Intrinsic ADE:

- phagosome acidification ↓
- TLR's ↓
- NO ↓
- Type I IFN ↓

→ Viral RNA production ↑ ↑ ↑

Vaccin Qdenga® (DENV 1-4)

Ac préalables avec peu d'affinité
pour les 4 sérotypes!!



Qdenga®- L'essentiel

ADE = Antibody dependent enhancement

La dengue comporte 4 sérotypes →
l'immunité croisée est imparfaite

Une immunité partielle peut favoriser des
formes sévères (ADE)

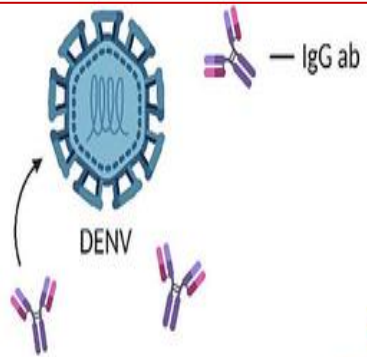
Chez les personnes déjà infectées : le
vaccin agit comme un booster utile

Chez les sujets naïfs : risque potentiel lié à
une réponse non neutralisante

Message clé :

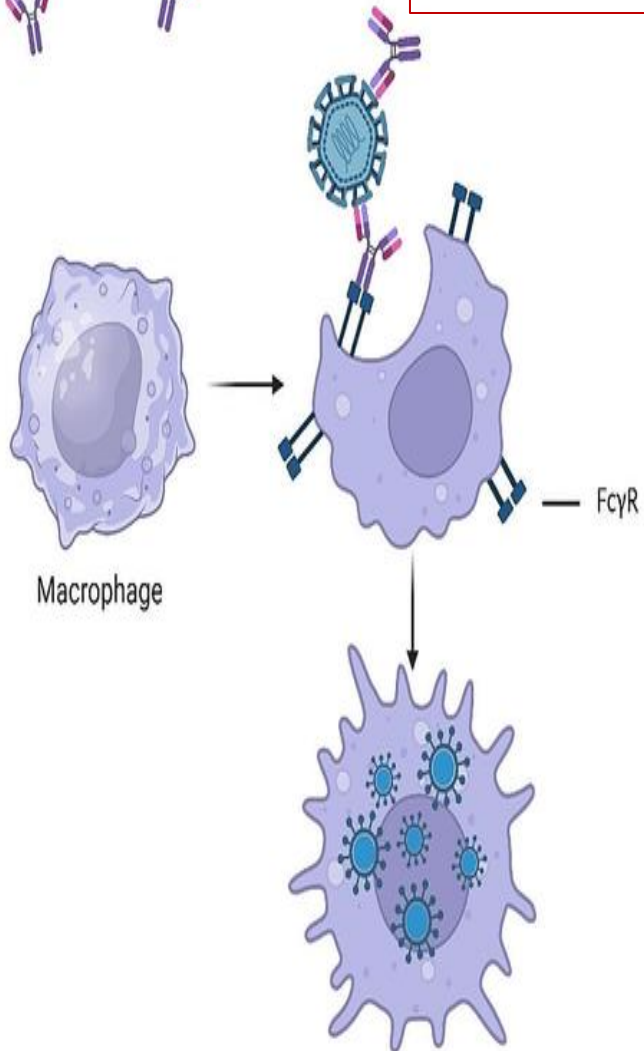
→ Qdenga® n'est pas un vaccin universel,
mais un vaccin à indication ciblée

Vaccin Qdenga® (DENV 1-4)



Ac préalables avec peu d'affinité pour les 4 sérotypes!!

Infection avec une souche du « virus sauvage »



Extrinsic ADE:

- Rho GTPase ↑
- Actin polymerisation ↑

→ viral entry ↑ ↑ ↑

Intrinsic ADE:

- phagosome acidification ↓
- TLR's ↓
- NO ↓
- Type I IFN ↓

→ Viral RNA production ↑ ↑ ↑

Qdenga® - L'essentiel

ADE = Antibody dependent enhancement

La dengue comporte 4 sérotypes → l'immunité croisée est imparfaite

Une immunité partielle peut favoriser des formes sévères (ADE)

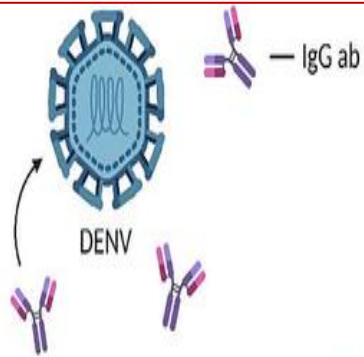
Chez les personnes déjà infectées : le vaccin agit comme un booster utile

Chez les sujets naïfs : risque potentiel lié à une réponse non neutralisante

Message clé :

→ Qdenga® n'est pas un vaccin universel, mais un vaccin à indication ciblée

Vaccin Qdenga® (DENV 1-4)



Ac prélabiles avec peu d'affinité pour les 4 sérotypes!!

Infection avec une souche du « virus sauvage »

Extrinsic ADE:

- Rho GTPase ↑
- Actin polymerisation ↑

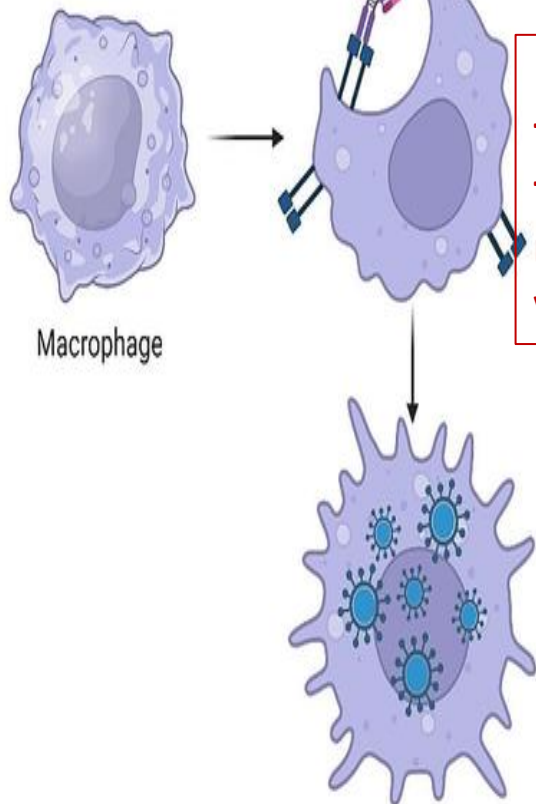
→ viral entry ↑↑↑

Le paradoxe immunitaire: ces Ac à faible affinité-induits par le vaccin favorisent l'entrée dans les macrophages et la réplication du virus+++

Intrinsic ADE:

- phagosome acidification ↓
- TLR's ↓
- NO ↓
- Type I IFN ↓

→ Viral RNA production ↑↑↑



Qdenga®- L'essentiel

ADE = Antibody dependent enhancement

La dengue comporte 4 sérotypes → l'immunité croisée est imparfaite

Une immunité partielle peut favoriser des formes sévères (ADE)

Chez les personnes déjà infectées : le vaccin agit comme un booster utile

Chez les sujets naïfs : risque potentiel lié à une réponse non neutralisante

Message clé :

→ Qdenga® n'est pas un vaccin universel, mais un vaccin à indication ciblée

Tableau 4
Schémas pour les vaccinations de rattrapage dT(p_a)-IPV chez les adultes *incomplètement* vaccinés ou au statut vaccinal *inconnu*
 État : 2026

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

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