



MÉMO VACCINATION

Données synthétiques
**pour la pratique
vaccinale
à partir de 65 ans**

Le vieillissement entraîne **une immunosénescence** qui accroît la fragilité et entraîne une moindre résistance aux infections.

Les seniors sont donc plus susceptibles de contracter des infections et de développer des formes graves, d'autant plus qu'ils sont souvent atteints de comorbidités.

La réponse immunitaire aux vaccins décroît avec l'âge, ce qui nécessite parfois des doses plus élevées d'antigènes et/ou d'associer des adjuvants.^{**A,B**}

Ce document a pour objectif de présenter les six vaccins désormais recommandés pour les seniors.

Il convient de pouvoir expliquer aux patients l'intérêt et la hiérarchisation des indications, en fonction des risques liés à l'âge, aux comorbidités et la saisonnalité.

^{**A**}. HCSP. Vaccination des personnes âgées : recommandations. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique, 2016 mars. Disponible sur : urlr.me/f8HTpF

^{**B**}. Vaccination in the elderly: The challenge of immune changes with aging. Ciabattini A et Al. Semin Immunol 2018 Dec;40:83-94

Grippe saisonnière

Les virus grippaux se caractérisent par leur variabilité génétique importante, justifiant l'adaptation régulière du choix des souches vaccinales. Chez l'homme, deux types de virus grippaux à ARN circulent actuellement : A (avec 2 sous-types, A(H3N2) et A(H1N1)) et B (avec 2 lignages).

La grippe engendre chaque année en France (sauf en 2020-2021), une épidémie saisonnière avec **2 à 6 millions de cas**, de nombreux passages aux urgences et hospitalisations, dont une partie en réanimation, et en moyenne **10.000 décès, dont plus de 90% chez des personnes âgées de 65 ans et plus¹**.

Au-delà des complications respiratoires et des décompensations de maladies chroniques, la grippe est reconnue à l'origine d'événements cardio-vasculaires (infarctus du myocarde et AVC²) et, chez les plus âgés, de perte d'autonomie.

La vaccination contre la grippe est recommandée³ pour toutes les personnes de 65 ans et plus, au moins deux semaines avant le début de l'épidémie grippale et renouvelée tous les ans.

La couverture vaccinale reste toutefois très insuffisante dans cette tranche d'âge : 53,7% pour la saison 2024-2025 (47% chez les 65-74 ans et 61% chez les 75 ans et plus), pour un objectif fixé à 75%.



Pour la saison 2025-2026, les vaccins antigrippaux redeviennent trivalents, un des 2 lignages B ayant cessé de circuler depuis la pandémie de covid-19. **Seule la souche A(H3N2) a été modifiée par rapport au vaccin de la saison dernière.**



Cinq vaccins antigrippaux sont disponibles en France :

Vaxigrip® et Influvac®

Vaccins dose standard (15 µg d'hémagglutinine pour chaque souche), cultivés sur œufs embryonnés, trivalents, inactivés, sans adjuvant.

Flucelvax®

Vaccin dose standard cultivé sur cellules, trivalent, inactivé, sans adjuvant.

Efluelda®

Vaccin haute dose (60 microgrammes d'hémagglutinine pour chaque souche), cultivé sur œufs embryonnés, trivalent, sans adjuvant.

L'AMM de ce vaccin est limitée aux adultes âgés de 60 ans et plus mais ce vaccin n'est pris en charge que chez les 65 ans et plus.

Fluad®

Vaccin dose standard cultivé sur œufs embryonnés, trivalent, inactivé, avec adjuvant (MF59C.1). Ce vaccin, commercialisé pour la première fois cette saison, dispose d'une **AMM limitée aux adultes âgés de 50 ans et plus mais n'est pris en charge que chez les 65 ans et plus.**



Pour des raisons administratives, **le vaccin dose standard Fluarix® et le vaccin vivant nasal Fluenz® ne seront pas disponibles à l'automne.** Des vaccins à ARNm sont en cours de développement.

Les vaccins antigrippaux peuvent être co-administrés avec d’autres vaccins (Covid-19 en particulier) en fonction des recommandations, dans 2 sites différents.

L’efficacité des vaccins disponibles est variable selon les années, selon les souches et selon les âges, mais reste globalement modérée.

Concernant les vaccins classiques (dose standard, sans adjuvant), pour la saison 2024-25 en France, les estimations d’efficacité vaccinale, en vie réelle, étaient de 47% pour la prévention de l’épisode de grippe confirmée (59% chez les personnes de moins de 65 ans avec facteurs de risque et 38% chez les 65 ans et plus)⁴.

Pour Efluelda® et Fluad®

On retrouve des méthodologies et des résultats hétérogènes⁵ mais majoritairement dans le sens d’une amélioration de l’efficacité **par rapport aux vaccins à dose standard**.

Pour Efluelda®

Par rapport à une dose standard, on observe une réduction entre 9% et 24 % du nombre de cas de grippe confirmée en laboratoire et une réduction de 23% (entre 11 et 64 % selon les études) du nombre d’hospitalisations pour pneumonies et grippe⁵. Deux études récentes^{6,7} montrent une réduction des hospitalisations pour pneumonies et grippe d’ampleur variable, allant de 5,9% (tendance) à 23,7% (significativité).

Pour Fluad® (moins de résultats disponibles)

Par rapport à une dose standard, on observe Une réduction entre 9 % et 13% des hospitalisations pour causes respiratoires/grippe et de l’ordre de 25 % contre les cas de grippe non confirmée.

Pour aucun des deux vaccins, il n’a été démontré à ce jour d’impact supplémentaire sur la mortalité pour grippe ou toutes causes ou sur le déclin fonctionnel. De plus, les données disponibles ne permettent pas de comparaison directe de ces 2 vaccins, ce qui a conduit la HAS à les positionner de manière équivalente⁵.

Le prix public de Fluad® et Efluelda® est de 23,97 €, alors que celui des vaccins grippe « standard » est de 11,75€ pour une réduction attendue de 15% des hospitalisations.



Les données de pharmacovigilance montrent que les vaccins antigrippaux sont **bien tolérés**, en-dehors des réactions attendues et transitoires (douleur au point d’injection, épisode fébrile par exemple), un peu plus intenses avec les 2 vaccins adaptés aux seniors.Efluelda® et Fluad®).

L’avis du **CMG**

Même si l’efficacité des vaccins antigrippaux reste limitée, la vaccination contre la grippe saisonnière permet de limiter les formes graves chez une grande partie des patients vaccinés.

La vaccination systématique annuelle des personnes de 65 ans et plus est donc justifiée, associée aux gestes barrières, d’autant plus que les vaccins sont tous bien tolérés. Lorsqu’ils sont disponibles, le choix d’un des deux vaccins adaptés aux seniors de 65 ans et plus paraît préférable. Compte tenu du prix, il faudra évaluer l’impact sur les hospitalisations pour grippe.

En cas de tension ou de rupture de stock, comme le préconise la HAS⁸ il convient de prioriser Efluelda® ou Fluad® pour les personnes les plus vulnérables, à savoir celles vivant dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes (EHPAD et USLD) et les personnes âgées de 75 ans et plus.

Toutefois, l’obtention d’une couverture vaccinale optimale (objectif 75% chez les 65 ans et plus) reste la priorité, quel que soit le vaccin utilisé.

La mise à disposition de nouveaux vaccins plus efficaces et moins impactés par les variations saisonnières des virus grippaux reste souhaitable.

De plus, la mise à disposition du vaccin nasal à virus vivant atténué faciliterait l’adhésion des parents et des enfants à la recommandation de vaccination des enfants, aujourd’hui non suivie, et permettrait ainsi de limiter la circulation virale (les enfants sont réservoirs des virus grippaux) et de contribuer à protéger les seniors.

COVID-19

À ce jour, l'épidémiologie de la Covid-19 n'a pas de caractère saisonnier avec des vagues épidémiques sur un bruit de fond continu. Depuis la fin de l'été 2025, on observe une reprise de la circulation du SARS-CoV2 en Europe, sans signes d'accroissement de virulence (SpF, ECDC, WHO)⁹. Et plus récemment une augmentation de cas d'infection au COVID-19 causée par l'arrivée du nouveau variant XFG, recombinant de 2 variants, LF.7 et LP.8.1.2. décrit comme plus contagieux que ses prédécesseurs mais n'ayant pas entraîné à ce jour de cas avec gravité accrue de la maladie¹⁰.

Le virus SARS-CoV-2, a subi de nombreuses mutations depuis son émergence fin 2019 et les variants actuels sont tous issus de la lignée Omicron (JN.1), notamment le variant LP.8.1 retenu comme souche vaccinale pour l'automne 2025. Les vaccins contre la COVID-19 actuellement approuvés devraient rester efficaces contre le variant XFG pour prévenir les formes symptomatiques et graves de la maladie, estime l'OMS¹⁰.

Il est très vraisemblable qu'une immunité collective se soit installée au fil des vagues épidémiques, protégeant au moins partiellement les sujets immunocompétents (immunité hybride entre la vaccination et un ou plusieurs épisodes de Covid-19 le plus souvent bénins). Cette immunité collective ne suffit pas toutefois à protéger efficacement les sujets âgés ou les personnes à très haut risque de formes graves pour lesquelles il existe toujours un risque résiduel de Covid-19 grave¹¹. Cela justifie pleinement la poursuite des campagnes de vaccination chez ces personnes.

L'efficacité vaccinale (saison 2024-2025) en vie réelle a été estimée à 45% (IC95% 36%-53%) pour éviter une hospitalisation chez les 65 ans et plus¹².

Cette imunité décroît rapidement après les 3 premiers mois. Ce phénomène est probablement lié à la porte d'entrée de ce virus dans les voies respiratoires hautes, site peu doté en cellules mémoires, et à sa courte période d'incubation laissant peu de temps à la mémoire vaccinale pour relancer une réponse efficace. Néanmoins **cette mémoire semble suffisante pour diminuer les atteintes basses et protège durablement contre les formes sévères de Covid-19. Bien que le SARS-CoV2 n'a pas encore de saisonnalité claire**, une vaccination annuelle devrait suffire pour les personnes immunocompétentes sans facteur de risque de formes sévères.

Toutefois, l'ensemble des pays à haut revenu **recommandent encore une vaccination bi-annuelle pour les personnes âgées ou à haut risque de formes graves.**

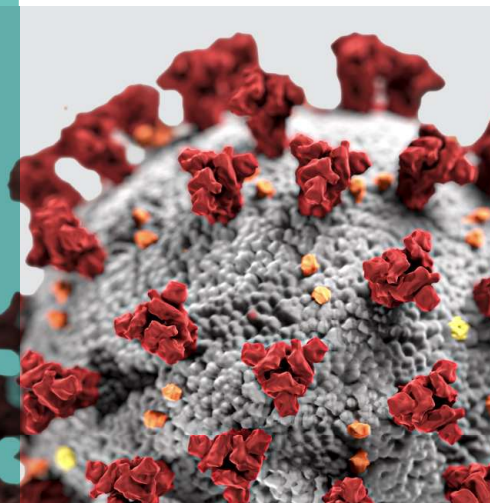
Malgré les recommandations et la campagne vaccinale, la couverture vaccinale reste très insuffisante dans la tranche d'âge des 65 ans et plus (30,2% en 2023-2024; 19,8% au 31/12/2024 pour la saison 2024-2025 – données intermédiaires¹³).

Pour la saison hivernale 2025-2026, tous les seniors de 65 ans et plus, en particulier ceux ayant des comorbidités entraînant un risque plus élevé de formes graves de la maladie, doivent recevoir une dose de vaccin.



La vaccination est à pratiquer à partir de 6 mois après leur dernière infection COVID-19 ou une injection de vaccin contre le Covid-19. **Ce délai est réduit à 3 mois pour les personnes immunodéprimées et les personnes âgées de 80 ans ou plus.**

Pour la saison 2025-2026, **seul le vaccin Comirnaty® adapté au variant LP.8.1 (ARNm, inactivé, sans adjuvant) est disponible en France** dans le cadre d'un stock état.



Il peut être co-administré avec les vaccins grippaux et VRS (Abrysvo®).

Les données de pharmacovigilance¹⁴ montrent que, alors que plus de 158 millions de doses de vaccins contre le Covid-19 ont été administrées en France depuis fin 2020, **aucun des effets indésirables signalés ne remet en cause le rapport bénéfice risque de la vaccination pour les seniors de 65 ans et plus.**

L'avis du **CMG**

La Covid-19 est toujours d'actualité avec une persistance de vagues épidémiques peu prévisibles entraînant des cas graves hospitalisés et des décès.

Malgré la lassitude des rappels itératifs, **la vaccination reste indiquée chez les personnes âgées et/ou à risque de forme grave.**

Il serait toutefois intéressant de pouvoir alterner les vaccins à ARN avec des vaccins protéiques car cela pourrait potentiellement entraîner une meilleure efficacité vaccinale¹².

INFECTIONS À VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (VRS)

Le virus respiratoire syncytial (VRS) humain est responsable chez l'adulte d'infections respiratoires aiguës qui peuvent entraîner des complications graves telles que l'exacerbation d'une maladie cardiopulmonaire sous-jacente, une pneumopathie nécessitant une assistance respiratoire, voire un décès.

Il n'existe pas de traitement spécifique des infections à VRS. Le fardeau de l'infection à VRS est important chez les personnes âgées mais il reste encore difficile à chiffrer. Les données de la saison hivernale 2022-2023 ont montré une incidence des consultations pour infections respiratoires aiguës (IRA) dues au VRS en France de **448 cas pour 100 000 habitants, dont 19 % chez les 65 ans et plus**.

Concernant les hospitalisations, les données de la saison 2023-2024 montrent que, parmi les cas adultes hospitalisés en réanimation pour IRA grave, **8 % étaient dus au VRS** (n = 132), contre 52 % pour la grippe et 41 % pour la Covid-19. **Parmi les cas liés au VRS 61 % étaient âgés de 65 ans ou plus et 94 % présentaient au moins une comorbidité¹⁵**.



Depuis 2024, la HAS recommande la vaccination saisonnière contre le VRS chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ainsi que chez les personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies chroniques respiratoire ou cardiaques susceptibles de décompenser lors d'une infection à VRS.

Trois vaccins ont obtenu une AMM et sont recommandés en France : Arexvy® (vaccin monovalent recombinant associé à l'adjuvant AS01E), Abrysvo® (vaccin bivalent recombinant sans adjuvant) et mRESVIA® (vaccin monovalent à ARN messager).

Ces vaccins ont été recommandés par la HAS sur des données d'efficacité de prévention des infections à VRS (67 à 86% pour Abrysvo® et 82% pour Arexvy® 56,2% pour mRESVIA®).

Il est possible de réaliser une co-administration avec le vaccin contre la grippe et contre la Covid-19 seulement pour Abrysvo® (et mRESVIA® qui n'est toutefois pas commercialisé en France).

Les données de pharmacovigilance issues des essais ne montraient pas d'effets secondaires particuliers. Toutefois, les données de surveillance post commercialisation aux USA¹⁶ ont montré un signal de maladies inflammatoires neurologiques (dont le syndrome de Guillain Barré) pour Arexvy® et Abrysvo® (16 cas pour 1 million de doses, respectivement 7 et 9).

La FDA estime que les preuves sont insuffisantes pour établir un lien avec la vaccination mais que ce signal nécessite de continuer la surveillance.

L'avis du CMG

Le fardeau du VRS pris en charge en ambulatoire est mal connu. L'enjeu est d'éviter les hospitalisations et décès des patients fragiles susceptibles d'être infectés par le VRS.

Alors que nous ne disposons pas de données sur l'impact de la vaccination contre le VRS pour prévenir les hospitalisations, les données en vie réelle aux USA (pour les deux vaccins Arexvy® et Abrysvo®) ont permis d'estimer l'efficacité pour éviter les hospitalisations associées au VRS de 58 % pendant deux saisons (moyenne entre 69 % et 48 % pour la saison précédente). L'efficacité est plus faible chez les patients immunodéprimés et ceux atteints de maladies cardiovasculaires que chez ceux qui ne présentent pas ces conditions¹⁷.

La revaccination un an après la première dose a été bien tolérée, mais ne semble pas avoir apporté de bénéfice supplémentaire¹⁸. **À ce jour, la recommandation ne prévoit pas de rappel.**

Il convient donc de cibler les patients les plus à risque, dans le cadre de la recommandation de la HAS en prenant en compte un rapport bénéfice/risque favorable pour les populations susceptibles de faire une forme grave.

Les deux vaccins contre les infections à virus respiratoire syncytial (VRS) Abrysvo® et Arexvi® sont désormais agréés à l'usage des collectivités et divers services publics mais ne sont pas encore remboursables en ville.

INFECTIONS À PNEUMOCOQUE (IIP)

Le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) est une bactérie courante des voies respiratoires supérieures, responsable de nombreuses infections, notamment des otites, sinusites, pneumonies, et surtout d'infections invasives (IIP) comme les méningites et bactériémies, en particulier chez les patients à risque.

La recommandation de prévention des infections à pneumocoques, qui ne ciblait que les personnes à risque d'infection invasive à Pneumocoque (IIP) **est désormais élargie à toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, et sans limite d'âge supérieure¹⁹.**

Deux vaccins (administrés en dose unique) sont recommandés pour les adultes : PREVENAR 20® (VPC20) et CAPVAXIVE® (VPC21).

Le vaccin CAPVAXIVE® a une composition sérotypique différente de celle du PREVENAR 20®¹⁹ : 10 sérotypes communs (3, 6A, 7F, 8, 10A, 11A, 12F, 19A, 22F, 33F) et 11 sérotypes additionnels (9N, 15A, 15C, 16F, 17F, 20A, 23A, 23B, 24F, 31 et 35B). **Mais 10 sérotypes du PREVENAR 20® ne sont pas présents dans le CAPVAXIVE®** (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 1, 5, 15B)²⁰.

Pour les deux vaccins , il n'y a pas eu d'effet indésirable grave signalé.
À ce jour, la recommandation ne prévoit pas de rappel pour ces deux vaccins.



La HAS considère qu'à ce stade, le vaccin VPC 21 peut être utilisé, au même titre que le vaccin VPC 20, dans le cadre de la stratégie actuelle de vaccination contre les infections pneumococciques chez l'adulte, à savoir **chez les personnes âgées de 65 ans et plus et chez les personnes âgées de 18 ans à 64 ans à risque²¹.**

Toutefois la HAS engage une révision globale de la stratégie de vaccination contre les IIP chez les nourrissons, les enfants et les adultes et de nouvelles recommandations devraient être proposées courant 2026.

Le vaccin CAPVAXIVE® a reçu un SMR important et une ASMR V, mais n'a pas encore obtenu de prix et donc de remboursement.

Le PREVENAR 20®, qui n'était remboursé que pour les patients présentant des facteurs de risque d'IIP, l'est désormais aussi pour les 65 ans et plus sans facteur de risque d'IIP (JO du 7 Octobre 2025).

On peut proposer une dose de PREVENAR 20® ou de CAPVAXIVE® aux personnes ayant reçu une seule dose de VPC 13 ou une seule dose de VPP 23 **si la vaccination antérieure remonte à plus de 1 an et après 5 ans pour les personnes déjà vaccinées avec VPC 13 + VPP 23.**

L'avis du CMG

On distingue 100 sérotypes, parmi lesquels 30, environ, sont responsables de plus de 80 % des infections invasives à pneumocoque (IIP). Les sérotypes les plus fréquemment responsables d'IIP varient au cours du temps, en partie du fait de la pression de sélection liée à l'introduction successive des différents vaccins.

Les dernières données disponibles montrent que chez les adultes de 65 ans et plus, 28% des infections invasives étaient dues à une souche de sérotype couvert par le PCV13, 62% étaient dues à une souche de sérotype couvert par le PCV20, et 86% étaient dues à un sérotype couvert par le PCV21²¹.

Le vaccin PCV21 couvre donc davantage de pathogènes circulants actuellement en France que le PCV 20. Toutefois, il n'y a pas à ce jour de données d'efficacité clinique pour le PCV21 ni pour le PCV 20.

La couverture vaccinale chez les adultes ayant des facteurs de risque d'infection invasive est très insuffisante, malgré une recommandation déjà ancienne.

La mise à disposition de nouveaux vaccins avec une seule injection et sans contrainte saisonnière doit favoriser une meilleure couverture vaccinale.

Il est important de repérer et privilégier cette cible et d'aborder l'indication de cette vaccination à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus avec une approche centrée patient prenant en compte les risques de chaque personne.

ZONA

La vaccination zona est indiquée pour la prévention du zona et des névralgies postzostériennes (NPZ). En France, on observe 1,3 à 5 cas de zona pour 1000 personnes par an, et 5 à 10 cas pour 1000 chez les plus de 60 ans²³.

Le fardeau du zona est surtout plus important après 65 ans et chez les patients immunodéprimés. Le taux d'incidence des cas hospitalisés est 8 fois supérieur chez les plus de 65 ans.

Depuis 2013, le vaccin Zostavax®, était recommandé à partir de 65 ans. Mais ce vaccin vivant atténué (contre indiqué chez les immunodéprimés) avait une faible efficacité après 75 ans et était peu pratiqué. Il n'est plus commercialisé depuis juin 2024.

Le vaccin inactivé recombinant avec adjuvant (ASO1B) (Shingrix®) est recommandé depuis février 2024 chez tous les adultes de 65 ans et plus ainsi que tous adultes ayant un risque accru de zona. Il est remboursé depuis décembre 2024²⁴.

L'efficacité contre le zona et les NPZ est très élevée chez les adultes âgés immunocompétents (respectivement 94 % et 91,2 % chez les adultes ≥50 ans et 91,3 % et 88,8 % chez les adultes ≥70 ans). Toutefois, le nombre nécessaire pour vacciner (NNV) était relativement élevé (entre 32 et 36 pour l'apparition d'un zona et entre 261 et 335 pour l'apparition d'une NPZ).

La durée de protection est estimée dans une étude à 70%, 10 ans après la vaccination chez les sujets immunocompétents²⁷.

Le schéma de vaccination par Shingrix® consiste en l'administration de deux doses à deux mois d'intervalle (l'intervalle peut être compris entre deux et six mois). Pour les personnes ayant des antécédents de zona ou de vaccination par Zostavax®, on peut proposer le vaccin Shingrix® après un délai d'au moins un an (sauf en cas d'épisodes de zona à répétition, le vaccin Shingrix peut être administré dès la guérison du zona)²⁵.

Il est possible d'administrer le vaccin Shingrix® de façon simultanée avec un vaccin inactivé contre la grippe saisonnière sans adjuvant, un vaccin contre le pneumocoque, un vaccin dTcaP (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite) ou un vaccin ARN contre la Covid-19. Il n'existe pas de délai minimal à respecter entre l'un de ces vaccins et le vaccin Shingrix®.



Concernant les données de pharmacovigilance, parmi les différents effets signalés on note une **réactogénicité essentiellement au niveau local qui peut être due à l'adjuvant favorisant une meilleure réponse immunitaire.** Quelques très rares cas de syndrome de Guillain barréBarré ont été signalé, estimés à 3 cas par million de doses²⁸.



L'avis du CMG

Le vaccin Shingrix® semble particulièrement indiqué chez les personnes âgées fragiles et chez les immunodéprimés.

Dans le cadre d'une approche individuelle cette vaccination peut permettre d'éviter une infection qui entraine un épisode douloureux, parfois long, et dont la conséquence peut être aussi de dégrader l'état de santé.

Il faudra aussi suivre les données de certaines études qui établiraient un lien entre cette infection et les affections neurodégénératives.

Toutefois, dans une approche collective de santé publique on peut s'interroger sur la pertinence de la recommandation du vaccin chez tous les sujets de plus de 65 ans immunocompétents, quel que soit leur état de santé, leurs facteurs de risques et leurs comorbidités en l'absence d'étude nationale convaincante sur l'impact médico-économique et compte tenu du prix élevé et de la cible très large.

DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIOMYELITIS-COQUELUCHE²⁸

Même si seulement 1 à 10 cas de tétanos ont été déclarés chaque année au cours de ces 10 dernières années (71% des cas chez les plus de 70 ans), cette vaccination reste justifiée.

C'est une vaccination sans objectif d'élimination, le réservoir étant non humain (germe tellurique), sans possibilité d'immunité de groupe.

Grâce à une couverture vaccinale très élevée, **la diphtérie** a disparu en France métropolitaine, à l'exception de quelques cas importés et de quelques cas de *Corynebacterium ulcerans* (souvent liés à la présence d'animaux) qui justifient le maintien de la vaccination.

Malgré l'élimination de **la poliomyélite** de la région Europe, une extrême vigilance vis-à-vis d'une possible réintroduction de poliovirus est nécessaire. En effet, des foyers endémiques persistent dans le monde. L'enjeu est donc de maintenir une couverture vaccinale élevée afin d'éradiquer cette maladie à l'échelle mondiale.

Concernant la vaccination contre **la coqueluche**, il n'y a pas de recommandation de rappel des seniors en dehors de la stratégie de cocooning, même si toutefois la coqueluche peut avoir un impact chez les seniors.

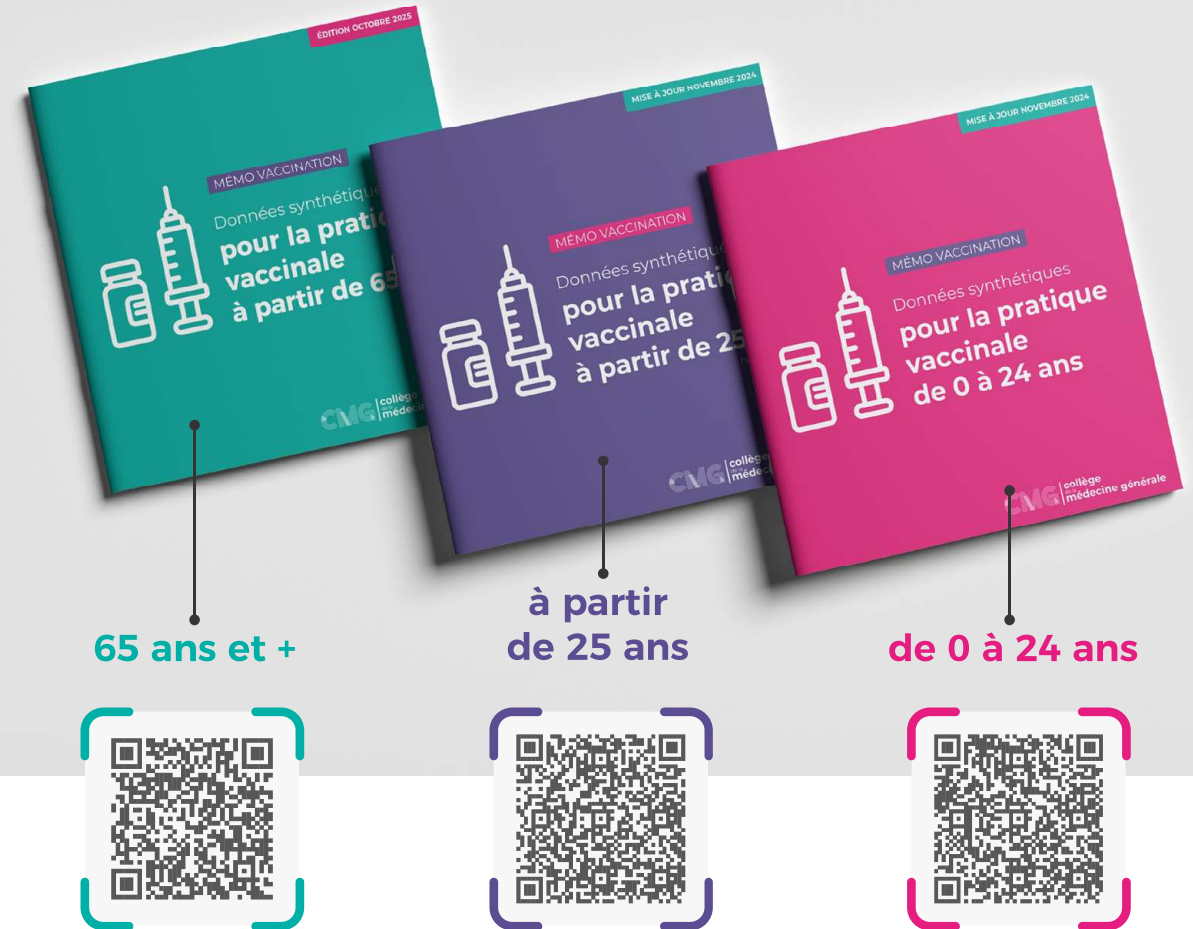


Dans la mesure où le vaccin dTP (Revaxis®), n'est plus commercialisé, un rappel coqueluche sera administré à l'occasion des rappels dTP préconisés tous les 10 ans à partir de 65 ans. On utilisera donc un vaccin tétravalent dTPca (Repevax® ou Boostrix tetra®).



Pour en savoir +

Le CMG édite trois mémos pour la pratique vaccinale adaptés à tous les âges



RÉFÉRENCES

1. Santé publique France - Grippe - Disponible sur urlr.me/kQJRq5
2. Ohland J, Warren-Gash C, Blackburn R, et al. Acute myocardial infarctions and stroke triggered by laboratory-confirmed respiratory infections in Denmark,2010 to 2016. Euro Surveill 2020;25:1900199
3. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025 - Disponible sur urlr.me/qC8jHW
4. Santé Publique France. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bilan de la saison 2024-2025. Disponible sur urlr.me/Au3vnf
5. HAS - Grippe saisonnière : la HAS précise la place des vaccins Efluela et Fluad dans la stratégie vaccinale. Disponible sur urlr.me/ZQsPDC
6. Jacobo Pardo-Seco et al. High-Dose Influenza Vaccine to Reduce Hospitalizations. N Engl J Med. 2025 Aug 30. doi: 10.1056/NEJMoa2509834. Online ahead of print.
7. Johansen ND et al. High-Dose Influenza Vaccine Effectiveness against Hospitalization in Older Adults. N Engl J Med. 2025 Aug 30. doi: 10.1056/NEJMoa2509907. Online ahead of print.
8. HAS. Avis n°2025.0037/AC/SESPEV du 17 juillet 2025 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur les sous-populations cibles à vacciner prioritairement parmi les personnes âgées de 65 ans et plus avec les vaccins EFLUELDA® et FLUAD® dans le cadre de la grippe saisonnière. Disponible sur urlr.me/2U8wHh
9. European Centre for Disease Prevention and Control - urlr.me/RQaSTh
10. Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring - urlr.me/3Bt4w8
11. Turpin A, Semenzato L, Le Vu S, et al. Risk factors for COVID-19 hospitalisation after booster vaccination during the Omicron period: A French nationwide cohort study. Journal of Infection and Public Health 2024;17:102450.
12. Link-Gelles R et al. Interim Estimates of 2024–2025 COVID-19 Vaccine Effectiveness Among Adults Aged ≥18 Years VISION and IVY Networks, September 2024–January 2025. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2025 Feb 27;74(6):73–82
13. Sauneron S. DGS-URGENT : campagne de vaccination contre le COVID-19 à l’automne 2024. Paris, 2024 sept. - Disponible sur urlr.me/5DFMuE
14. Arabella S V Stuart et al. Immunogenicity, safety, and reactogenicity of heterologous COVID-19 primary vaccination incorporating mRNA, viral-vector, and protein-adjuvant vaccines in the UK (Com-COV2): a single-blind, randomised, phase 2, non-inferiority trial. Lancet 2022; 399: 36–49
15. HAS. Stratégie vaccinale de prévention des infections par le VRS chez l’adulte âgé de 60 ans et plus. Paris, 2024 juin175 - Disponible sur urlr.me/dahm7j
16. Melgar ACIP. 2024. - Disponible sur urlr.me/96pgV2
17. Diya Surie et al. RSV Vaccine Effectiveness Against Hospitalization Among US Adults Aged 60 Years or Older During 2 Seasons. jama.2025.15896.
18. Michael G. Ison et Al . Efficacy and Safety of Respiratory Syncytial Virus (RSV) Prefusion F Protein Vaccine (RSVPreF3 OA) in Older Adults Over 2 RSV Seasons. CID 2024;78
19. HAS - Élargissement des critères d’éligibilité à la vaccination antipneumococcique chez les adultes Place du vaccin PREVENAR-20 chez les adultes seniors, tous niveaux de risque inclus. Paris, 2024 déc107. Disponible sur urlr.me/6ekFGn
20. HAS. CAPVAXIVE 0,5 ml. Commission de la transparence le 27 août 2025
21. Stratégie de vaccination contre les infections invasives à pneumocoques Place du vaccin CAPVAXIVE chez l'adulte. HAS. 3 Juillet 25
22. Rapport annuel d'activité 2025. CNR v 2024 - Disponible sur urlr.me/eudC5M
23. Vaccination info service. Zona. 2025. Disponible sur urlr.me/bTBfZz
24. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations vaccinales contre le zona. Place du vaccin Shingrix. Paris, 2024 févr170.
25. SHINGRIX : urlr.me/8vBA6V
26. SHU Y et al. Post marketing safety surveillance for the recombinant zoster vaccine (Shingrix), vaccine adverse reporting system, United States, October 2017- April 2024. Prev Med Rep 2025. Jan 19;50: 102981
27. Strezova A et al. Against Herpes Zoster by the Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine: Interim Efficacy, Immunogenicity, and Safety Results up to 10 Years After Initial Vaccination. Open Forum Infectious Diseases. 2022 Oct 5;9(10):ofac485.
28. Calendrier vaccinal 2025 - Disponible sur urlr.me/xdR2eY



MÉMO VACCINATION

Données synthétiques pour la pratique vaccinale à partir de 65 ans



Accès à la **version
numérique**
du document

Document élaboré par le groupe de travail
sur la vaccination : cmg.fr/vaccination/

Avec le soutien de **Santé publique France**



cmg.fr