

LIVRE BLANC SUR LES INFECTIONS RESPIRATOIRES À PRÉVENTION VACCINALE DES SENIORS

AUTONOMIE DES SENIORS: VACCINER POUR VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

Livre Blanc
2025



Société
Française de
Cardiologie



Fédération Française
des Diabétiques



MCOOR



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE GÉRIATRIE
GÉRONTOLOGIE

ÉDITO

L Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et les vulnérabilités physiques, psychosociales et économiques des seniors posent des défis considérables à l'organisation de notre système de santé, à son financement et à notre modèle de solidarité. Chaque année, des centaines de milliers de seniors sont hospitalisés pour des infections qu'une vaccination aurait pu prévenir. Face à cette réalité, la vaccination des seniors doit être considérée comme un investissement stratégique : elle protège les individus, réduit le poids des hospitalisations évitables et préserve l'autonomie, tout en contribuant à la soutenabilité de la Sécurité sociale et de la 5^e branche consacrée à l'autonomie.

Pourtant, alors que de nombreux travaux soulignent les bénéfices acquis et potentiels de la vaccination au-delà de l'enfance, la prévention vaccinale des adultes et des seniors demeure le parent pauvre de notre politique de santé, alors que de nouveaux vaccins prometteurs sont maintenant disponibles. La culture de prévention reste faible, les financements et arbitrages budgétaires tardent à reconnaître l'importance de cette approche, et les retards d'accès à certaines innovations vaccinales placent la France en décalage par rapport à ses voisins européens.

C'est pour répondre à ce constat qu'est né ce Livre Blanc. Il rassemble des experts, des professionnels de santé de terrain et des représentants institutionnels autour d'un objectif commun : faire un état des lieux du fardeau direct et indirect des infections évitables par la vaccination et des bénéfices directs et indirects de la vaccination des seniors. Alors que nous devons, socialement et économiquement, faire face à l'augmentation exponentielle de la dépendance, la vaccination des seniors représente certainement l'outil le plus rapidement efficace de la prévention de la perte d'autonomie.

Ce Livre Blanc, c'est aussi l'identification des freins institutionnels, organisationnels, individuels et collectifs, ainsi que des recommandations concrètes et ambitieuses pour que la vaccination des seniors devienne une véritable priorité nationale, au même titre que la vaccination infantile l'a été par le passé.

Nous sommes convaincus que la prévention vaccinale constitue un levier essentiel et largement accessible pour relever le défi du vieillissement démographique. Il est urgent de dépasser les multiples blocages, de donner à la prévention la place qu'elle mérite et de bâtir une stratégie vaccinale de l'adulte cohérente, durable et équitable.

La vaccination des seniors
n'est pas une dépense,
c'est un investissement
à fort rendement sanitaire,
social et économique.

Ce Livre Blanc se veut à la fois une alerte et un appel à l'action. Une alerte, car l'inaction face au sous-recours vaccinal entraînera une aggravation des fardeaux individuels (hospitalisation, dépendance, aidant) et collectifs — sanitaires, sociaux et financiers — fardeaux que les données disponibles sous-estiment encore largement. Un appel, car ce travail, fruit d'une démarche collective scientifiquement solide, porte la possibilité de transformer la vaccination des seniors en un pilier du « vieillir en bonne santé » et en un outil central de préservation de notre modèle social.

Le moment est venu de faire de la vaccination des seniors une cause nationale. Ce n'est pas seulement une question de santé publique, mais un véritable choix de société : faire de la vaccination un pilier de la prévention de la perte d'autonomie.

La suite nous appartient : traduire ces constats en décisions lisibles, pérennes et évaluées, et faire de la prévention vaccinale un véritable investissement au service du vieillir en bonne santé.

LE COMITÉ DE PILOTAGE DU LIVRE BLANC

Pr Gaëtan GAVAZZI

Gériatre et infectiologue, chef de service Universitaire de Gériatrie clinique, CHU de Grenoble

Pr Elisabeth BOTELHO-NEVERS

Infectiologue, cheffe de service d'Infectiologue CHU de St-Etienne

Pr Florence CANOÛI-POITRINE

Médecin de santé publique et épidémiologiste, directrice de l'équipe de recherche Epidémiologie Clinique et Vieillesse, Institut Mondor, Université Paris-Est Créteil, Inserm UMRU955, Assistance-Publique des Hôpitaux-de-Paris, CHU Henri-Mondor, Créteil

Dr Anne MOSNIER

Médecin généraliste et épidémiologiste, directrice médicale Open Rome, Paris

Dr Magali LEMAITRE

Épidémiologiste et conseil en santé publique, fondatrice et présidente de Health Data Expertise

Pr Bruno LINA

Virologue, chef de service, Hospices Civils de Lyon

Dr Alexandra ADDARIO

Ingénieure de recherche et infirmière, CHU de St-Etienne

Dr Catherine AUZIMOUR

Coordinatrice du projet, fondatrice de KPL/Sirius Customizer

SYNTHÈSE

Les pays industrialisés entrent dans une société de la longévité. À l'horizon 2030, la population française des 65 ans et plus dépassera celle des moins de 15 ans. Ce basculement démographique impose un impératif collectif : préserver l'autonomie et la qualité de vie des seniors.

Les infections respiratoires à prévention vaccinale – grippe, virus respiratoire syncytial (VRS), pneumocoque, coqueluche, Covid-19 – ainsi que le zona, constituent aujourd'hui un fardeau sanitaire et économique majeur, encore largement sous-estimé. Au-delà des coûts directs déjà estimés – plus de 200 millions d'euros par an pour la grippe, 150 millions pour le VRS et 630 millions pour les pneumocoques – ce fardeau réel est probablement de 2 à 3 fois supérieur aux estimations officielles, en raison d'une sous-détection diagnostique et d'une surveillance incomplète (données non exhaustives et non disponibles en temps réel) sans compter les coûts indirects.

Les conséquences de ces infections dépassent la morbi-mortalité infectieuse. Entre 18 % et 62 % des patients hospitalisés pour une infection respiratoire présentent une perte d'autonomie initiale, et jusqu'à 66 % conservent cette perte d'autonomie à 90 jours. Ces épisodes accélèrent la dépen-

dance, accroissent les risques de chutes, de fractures et d'institutionnalisation, et pèsent sur les aidants et le système sanitaire. Parallèlement, le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 2 à 7 dans les semaines suivant une infection, et 11 à 29 % des patients hospitalisés présentent un événement cardiovasculaire associé.

Pourtant, la prévention vaccinale offre des leviers d'efficacité démontrés mais encore sous-utilisés. Le gain d'efficacité des vaccins antigrippaux améliorés, qu'ils soient haute dose ou adjuvanté, chez les seniors (30-50 %), l'efficacité des vaccins contre le VRS (75-85 %), les nouveaux vaccins contre le pneumocoque couvrant 64 à 86 % des infections, les vaccins à ARNm contre la Covid-19 (60-90 %), ainsi que les bénéfices indirects observés sur la santé cardiovasculaire, l'autonomie et la qualité de vie, témoignent des progrès récents. Malgré cela, les taux de couverture vaccinale chez les seniors restent faibles : 53,7 % pour la grippe, 21,7 % pour la Covid-19 et moins de 20 % pour les pneumocoques.

Le vieillissement démographique amplifie l'urgence : d'ici 2030, la France comptera 21,3 millions de personnes de plus de 60 ans (+3,1 points), ce qui pourrait faire croître de façon exponentielle le coût sociétal et économique des infections respiratoires évitables. Les dé-

La vaccination des seniors n'est pas une dépense, c'est un investissement à fort rendement sanitaire, social et économique

penses directes ne représentent qu'une fraction du coût global : la perte d'autonomie, l'institutionnalisation et la charge des aidants constituent le cœur du coût sociétal caché.

Pourquoi cet écart entre savoir et faire ?

Parce que la prévention vaccinale des seniors est encore un angle mort : une culture de prévention historiquement faible, des messages perçus comme techniques et peu personnalisés, un parcours vaccinal complexe et inégal selon les territoires, des outils numériques insuffisants (pas de carnet vaccinal partagé, peu de rappels automatisés), des retards d'accès aux innovations (vaccins antigrippaux améliorés, vaccins contre le virus respiratoire syncytial) et un pilotage institutionnel fragmenté. Le fardeau réel est en outre sous-estimé : diagnostics incomplets, co-infections et « cascades pathogéniques » (virales puis bactériennes), complications cardiaques ou neurovasculaires et perte d'autonomie rarement attribuées à l'infection initiale lorsqu'elle est en cause.

Ce Livre Blanc, élaboré à partir d'un travail collectif associant experts, professionnels de santé, économistes de la santé, et représentants institutionnels, propose une feuille de route opérationnelle pour faire de la vaccination des seniors un pilier de la santé publique. Ses recommandations s'articulent autour de six priorités :

1. **Renforcer** la gouvernance nationale et la coordination territoriale
2. **Simplifier** le parcours vaccinal et garantir l'égalité d'accès
3. **Informier et sensibiliser** les seniors et les parties prenantes
4. **Mobiliser et former** les professionnels de santé
5. **Favoriser** l'accès à l'innovation, y compris par l'usage des outils numériques et leur déploiement
6. **Intégrer** la prévention vaccinale dans le parcours gériatrique

Notre message est simple : la vaccination des seniors n'est pas une dépense, c'est un investissement à fort rendement sanitaire, social et économique. Elle évite l'escalade hospitalière, prévient les décompensations cardio-neurovasculaires et respiratoires, protège l'autonomie et soutient la soutenabilité de la sécurité sociale. Pour réussir, il faut accélérer l'accès aux innovations, intégrer la vaccination dans tous les parcours du vieillissement et fixer des objectifs chiffrés, suivis et publiés.

Agir maintenant, c'est contribuer à créer les conditions d'un vieillissement en bonne santé et préserver notre modèle de solidarité. La prévention vaccinale des seniors doit devenir une priorité nationale.

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL	2
SYNTHESE	4
TABLE DES MATIERES	6
INTRODUCTION	8
METHODOLOGIE	10
DEUX TIERS DES CAS GRAVES D'INFECTIONS RESPIRATOIRES POURRAIENT ETRE EVITES SI LES COUVERTURES VACCINALES ETAIENT OPTIMISEES	12
Les pathogènes	12
La circulation des agents pathogènes	13
La couverture vaccinale en France	13
Infections respiratoires sans prévention vaccinale actuelle	15
Infections non respiratoires à prévention vaccinale	16
LE FARDEAU SOUS-ESTIME DES INFECTIONS RESPIRATOIRES DES SENIORS	17
Pourquoi ce fardeau est-il sous-estimé ?	17
Le fardeau épidémiologique et économique	18
Les bénéfices démontrés de la vaccination, levier de prévention du maintien de l'autonomie	24
CE QUE LES MODELES ETRANGERS PEUVENT NOUS APPRENDRE	27
VIEILLIR EN BONNE SANTE SANS PREVENTION VACCINALE, UNE ILLUSION ?	29
Le choc démographique et le concept de vieillissement en bonne santé	29
La vaccination, un levier de prévention négligé chez les seniors	29

DE LA PRISE DE CONSCIENCE A L'ACTION : COMMENT RELEVER LE DEFI ?	31
Axe 1 : Renforcer la gouvernance nationale et la coordination territoriale	32
Axe 2 : Simplifier le parcours vaccinal et garantir l'égalité d'accès	34
Axe 3 : Informer et sensibiliser les seniors et les parties prenantes	35
Axe 4 : Mobiliser et former les professionnels de santé	36
Axe 5 : Favoriser l'accès à l'innovation, y compris par l'usage des outils numériques et leur déploiement	37
Axe 6 : Intégrer la prévention vaccinale dans le parcours gériatrique	38
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : IL EST TEMPS D'AGIR ENSEMBLE POUR UN AVENIR EN MEILLEURE SANTE	39
GLOSSAIRE	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	47
Annexe A – liste des contributeurs	47
Annexe B – liste des partenaires	48
Annexe C – liste exhaustive des axes et propositions issus des groupes de travail pour transformer la couverture vaccinale en france	49

INTRODUCTION

Une transition démographique est en cours dans notre société. D'ici 2030, la France comptera davantage de personnes de plus de 65 ans que de moins de 15 ans⁽¹⁾. Cette société dite de « longévité » où l'âge avancé devient la norme, impose un impératif collectif clair : le « vieillir en bonne santé ».

L'une des clés dans la construction de cette société de longévité est la prévention. Pourtant, la France souffre d'une faible culture de prévention en particulier chez les personnes de 65 ans et plus. Dans notre système de santé, l'accent est plus facilement mis sur le soin curatif, au détriment d'une stratégie globale de prévention. La vaccination illustre parfaitement ce paradoxe. Elle est globalement intégrée pour les enfants - même si la stratégie vaccinale contre la grippe pourrait encore être améliorée - elle reste un angle mort des politiques publiques pour les seniors.

Ainsi l'urgence d'une politique vaccinale courageuse et ambitieuse chez les seniors apparaît aujourd'hui comme une évidence. En effet, les infections évitables par la vaccination constituent l'un des obstacles les plus tangibles au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des seniors. Chaque année, elles provoquent des milliers de consultations médicales et d'hospitalisations, fragilisent les capacités fonctionnelles et accélèrent la dépendance. Pourtant, une grande partie de ces infections,

de leurs complications et de leurs coûts sont évitables. Les vaccins existent, leur efficacité est démontrée, mais leur adoption reste insuffisante. L'écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons fragilise notre ambition. Aussi, pour répondre aux défis posés par les infections respiratoires, il est nécessaire d'opérer un véritable changement de regard sur la vaccination, afin qu'elle soit envisagée comme un investissement stratégique : protéger durablement la population de nos aînés, réduire les coûts associés aux infections respiratoires et leurs complications, et enfin assurer la soutenabilité de notre modèle de protection sociale.

C'est dans cette perspective que s'est constitué, en 2025, un groupe de travail réunissant des experts et des acteurs de santé. Son ambition : promouvoir la prévention vaccinale de la population senior et poser les bases d'une stratégie vaccinale ambitieuse et cohérente, nécessaire à un vieillissement en bonne santé et à la préservation de notre système social.

Ce Livre Blanc a pour ambition de faire de la vaccination des personnes de 65 ans et plus un pilier central des politiques de santé publique, en démontrant son impact, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés et en proposant des recommandations concrètes pour renforcer durablement la couverture vaccinale des seniors.

Pour y parvenir, ce Livre Blanc s'attache à :

- **Démontrer** l'impact de la vaccination en quantifiant le fardeau clinique, économique et sociétal des infections évitables et en soulignant leur rôle dans la perte d'autonomie.
- **Sensibiliser et mobiliser** les décideurs, les professionnels de santé et la société civile autour des enjeux réels et des coûts à long terme.
- **Intégrer** la vaccination dans les stratégies de vieillissement en bonne santé, en la positionnant comme l'une des mesures les plus efficaces pour préserver la qualité de vie et l'autonomie.
- **Promouvoir** une politique vaccinale ambitieuse et cohérente, en garantissant un accès territorial équitable, en levant les obstacles à la vaccination et en encourageant l'adoption d'une stratégie de « bouclier vaccinal ».
- **Soutenir** une stratégie durable de vaccination, en proposant des recommandations concrètes pour améliorer la couverture vaccinale des seniors et dépasser la logique des recommandations techniques pour construire une approche incitative efficace.

MÉTHODOLOGIE

Ce Livre Blanc est le fruit d'une démarche collaborative mobilisant des experts issus d'horizons complémentaires. La réflexion s'est appuyée sur 5 étapes principales :

1. Un état des lieux approfondi a été réalisé par Magali Lemaître, Alexandra Addario et Ludovic Lamarsalle. Ce rapport constitue la base scientifique et analytique du présent Livre Blanc, auquel il sera fréquemment fait référence pour garantir la cohérence et la robustesse méthodologique de ce travail. Le rapport, qui rassemble 395 références bibliographiques, s'appuie sur une méthodologie rigoureuse combinant revue systématique de la littérature (avec recours à des outils d'IA), analyses épidémiologiques et évaluations économiques. Le périmètre couvre principalement la France, avec des données européennes intégrées lorsque pertinent. Il a pour objectif de quantifier le fardeau global des infections respiratoires à prévention vaccinale (grippe, virus respiratoire syncytial, Covid-19, pneumocoque, coqueluche), ainsi que du métapneumovirus humain, en intégrant également le zona. Le rapport examine également l'efficacité vaccinale et la perte d'autonomie associée aux épisodes infectieux, tout en intégrant une perspective sur les vaccins en développement afin d'anticiper leur impact potentiel sur la san-

té des seniors. Ce document constitue ainsi la pierre angulaire de ce Livre Blanc sur la prévention vaccinale des seniors, en posant les bases d'une stratégie ambitieuse et cohérente pour soutenir le vieillissement en bonne santé et préserver la viabilité de notre système de soins et de protection sociale. Le rapport complet est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://preventionvaccinale-seniors.fr/>.

2. Une série d'entretiens qualitatifs menés entre janvier et juin 2025 auprès d'acteurs impliqués dans la vaccination en France, en particulier auprès de ceux engagés dans la prévention auprès de la population senior.

Dr APPAY Victor

Co-responsable de l'équipe "Vulnerability and Ageing of the Immune System", INSERM U1303 et ImmunoConcept unit

BERTRAND Valérie

Vice-Présidente URPS IDE Bretagne

Dr BLANCHARD Elodie

Pneumologue et infectiologue au CHU de Bordeaux, membre du GREPI - Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF), membre du G2I (groupe Infections et Immunodépression de la SPILF)

BOSSARD Olivier

Directeur Général du CHU St Etienne, président de REYLENS

CREPEY Pascal

Epidémiologiste, enseignant-chercheur à l'école de santé publique

DESPLAN COMBE Paule

Attachée d'administration de l'EHPAD Résidence La Pastourello

LOHAT Nelly

Infirmière, coordinatrice des parcours PA URPS IDE Bretagne

Dr REYNAUD-LEVY Odile

Praticienne Hospitalière et Médecin Coordinatrice, Marseille, présidente du MCOOR, Association Nationale des Médecins Coordinateurs et du Secteur Médico-social

ROZAIRE Olivier

Président URPS Pharmaciens Auvergne-Rhône-Alpes (AURA)

Pr ROUBILLE François

Cardiologue au CHU de Montpellier, membre de l'équipe de soins intensifs et du département de Cardiologie

Pr SULTAN Ariane

Diabétologue et nutritionniste au CHU de Montpellier

TETU Céline

Directrice de l'EHPAD Résidence La Pastourello

Dr THERIN-BANVILLET Lise

Médecin Généraliste dans une maison de santé à La Grand-Combe

3. Des réunions bimensuelles du comité de pilotage pour structurer la démarche, définir les axes prioritaires et leurs modalités de mise en œuvre.

4. Des séances de travail pluridisciplinaires de grande ampleur réunissant l'ensemble du comité de pilotage, les différents contributeurs (listés en annexe A) ainsi que les partenaires (listés en annexe B) en distanciel, afin de partager les expertises et de construire un cadre stratégique solide pour le Livre Blanc. Plus de 50 participants ont contribué à cet effort collectif.

Le comité de pilotage et les groupes de travail se sont réunis et ont produit leurs conclusions en toute indépendance.

DEUX TIERS DES CAS GRAVES D'INFECTIONS RESPIRATOIRES POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS SI LES COUVERTURES VACCINALES ÉTAIENT OPTIMISÉES

Les pathogènes

Chez les seniors, les infections respiratoires liées à des virus et des bactéries représentent un fardeau considérable. Différents virus circulent chaque année, parfois de façon concomitante, et sont responsables d'hospitalisations et de décès. L'âge s'accompagne d'une altération de l'immunité, réduisant la capacité de l'organisme à se défendre efficacement. La vaccination apparaît ainsi comme l'un des leviers les plus puissants pour limiter la gravité de ces infections et freiner leur propagation.

Les virus de la grippe (*influenza*) demeurent l'un des principaux responsables d'infections respiratoires aiguës. En France, une épidémie saisonnière correspond à plus de 1,5 million de consultations médicales concentrées sur une durée moyenne de dix semaines seulement ⁽²⁾. Les formes les plus sévères (sous-type A/H3N2) entraînent une augmentation significative de la mortalité (+70 %) chez les seniors de 65 ans et plus. La variabilité antigénique des virus grippaux impose une actualisation annuelle de la vaccination.

Longtemps considéré comme un virus pédiatrique, principalement responsable

d'épidémies de bronchiolite chez l'enfant, le fardeau du virus respiratoire syncytial (VRS) est aujourd'hui mieux connu chez l'adulte, comportant notamment des complications cardiopulmonaires et représentant une menace sérieuse pour les seniors ^(3,4). Le VRS présente une stabilité antigénique plus marquée que celle de la grippe, avec moins de mutations génétiques significatives d'une année à l'autre ^(5,6).

Devenu endémique, le SARS-CoV-2 (virus responsable de la Covid-19) présente aujourd'hui une sévérité globale réduite, mais reste responsable de formes graves chez les sujets âgés, avec une mortalité hospitalière de 3 à 7 % chez les plus de 75 ans ⁽⁷⁾. Le SARS-CoV-2 se caractérise par une forte variabilité antigénique, marquée par l'émergence régulière de nouveaux variants. Sa circulation suit désormais un rythme endémique, la présence de saisonnalité pour ce virus ne fait pas consensus ^(8,9).

Le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) est une bactérie fréquemment impliquée dans les infections respiratoires, pouvant évoluer de portage asymptomatique à des infections sévères. Les surinfections d'infections virales respiratoires par le pneumocoque sont souvent plus graves

que l'infection initiale. Les infections à pneumocoques chez les personnes âgées sont associées à une mortalité hospitalière élevée, atteignant 13-20 % des cas de pneumonies chez les 65 ans et plus.

La coqueluche (*Bordetella pertussis*) illustre également la vulnérabilité des âges extrêmes de la vie ⁽¹⁰⁾. Malgré la vaccination, des résurgences épidémiques persistent dans plusieurs pays à couverture vaccinale élevée ; en 2024, la France a ainsi connu une flambée inédite, avec un nombre de cas largement supérieur aux pics épidémiques précédents, estimé à plus de 160 000 cas diagnostiqués ⁽¹¹⁾.

La circulation des agents pathogènes

La circulation des agents pathogènes responsables d'infections respiratoires peut se faire de façon saisonnière, sur la période automne-hiver, ou tout au long de l'année. Une co-circulation virale peut exister et complique la prise en charge, entraînant alors une forte tension au niveau du système de soins.

Le VRS circule principalement à partir d'octobre, avec un pic en novembre-décembre et une durée épidémique relativement courte (6-8 semaines) ^(12,13). Les épidémies de grippe sont généralement plus longues, entre 8 et 12 semaines, avec un début d'épidémie qui varie en fonction des souches circulantes ⁽¹⁴⁾ et des périodes épidémiques allongées par la possible circulation concomitante ou successive de 2 ou 3 types/sous-types de virus grippaux. De manière générale elle se déploie entre novembre et mars. À noter que selon la précocité de l'épidémie de grippe,

un chevauchement entre les épidémies de grippe et de VRS peut se produire ^(7,15). Le SARS-CoV-2 engendre désormais des vagues saisonnières moins marquées mais persistantes, notamment à l'automne et au printemps ⁽¹⁶⁾. Une triple circulation virale (grippe, VRS, SARS-CoV-2) a été observée lors de plusieurs saisons à partir de 2022. À ces infections virales s'ajoutent les pneumonies bactériennes, présentes toute l'année mais plus fréquentes en hiver, lorsque la circulation des virus saisonniers — souvent à l'origine d'infections préalables — favorise leur survenue ^(17,18). La coqueluche évolue par vagues cycliques tous les 3 à 5 ans, liées à l'accumulation de personnes susceptibles.

Les interactions entre pathogènes aggravent encore le fardeau. Une infection virale comme la grippe altère les défenses des voies respiratoires et facilite l'adhésion de bactéries comme le pneumocoque, entraînant des surinfections particulièrement sévères ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Ces co-infections augmentent le risque de complications graves et peuvent conduire à un taux de mortalité de 25 à 30 % chez les seniors ^(18,20).

La couverture vaccinale en France

La prévention des infections respiratoires repose sur deux piliers : la vaccination et les mesures barrières, qui incluent l'hygiène et la limitation des expositions à risque. Toutefois, la réduction réelle de leur impact sanitaire repose avant tout sur une meilleure couverture vaccinale. Selon certaines estimations, jusqu'à deux tiers des cas graves pourraient être évités si une couverture vaccinale suffisante était atteinte ⁽¹⁾. La vaccination agit donc à double niveau : elle protège individuellement contre

les formes sévères et freine la circulation des agents infectieux, constituant ainsi un levier collectif pour protéger les plus vulnérables. Selon le rapport de Santé publique France publié en avril 2025, la couverture vaccinale des seniors en France reste très variable selon les pathologies et les tranches d'âge ⁽¹⁾.

Les recommandations vaccinales françaises 2025 distinguent clairement la population générale des sujets présentant des facteurs de risque particuliers, adoptant une approche personnalisée basée sur les dernières données épidémiologiques ⁽¹⁾.

Le visuel ci-dessous illustre les recommandations vaccinales en France chez les 65 ans et plus de manière synthétique.

Une couverture vaccinale encore insuffisante malgré l'innovation vaccinale.

■ **Grippe saisonnière** : Depuis mai 2025, deux vaccins améliorés sont recommandés, un vaccin haute dose et un vaccin adjuvanté, en priorité pour les 65 ans et plus, en raison de leur efficacité relative supérieure par rapport aux vaccins standards ⁽²²⁾. La couverture vaccinale 2024-2025 (avec vaccin dose standard) atteint 53,7 % des 65 ans et plus, soit un niveau encore très éloigné de l'objectif européen de 75 % fixé par l'OMS pour 2010, et repris dans la loi de santé publique de 2004 en France – un objectif qui, vingt ans plus tard, n'est toujours pas atteint ⁽²³⁾. Cette couverture est stagnante depuis 10 ans ⁽²⁴⁾.

■ **VRS** : Depuis 2024, la vaccination contre le VRS constitue une avancée majeure pour prévenir les formes graves chez l'adulte âgé. Trois vaccins sont disponibles avec une efficacité démontrée de 70 à 85 % sur la réduction des infections des voies respiratoires inférieures liées au VRS chez les adultes de 60 ans et plus ^(25,26). La vaccination est recommandée chez tous les 75 ans et plus, ainsi que chez les 65 ans et plus à risque [pathologies respiratoires chroniques comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou cardiaques comme l'insuffisance cardiaque]. À ce jour, les trois vaccins bénéficient d'un agrément de disponibilité en collectivité, ce qui en limite encore l'utilisation en pratique. Des données en vraie vie confirmant l'efficacité de ces vaccins dans la réduction des hospitalisations liées au VRS sont publiées dans les pays utilisant largement ces vaccins (États-Unis, Royaume-Uni, Danemark) ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

■ **Pneumocoque** : Depuis janvier 2025, la vaccination est désormais recommandée pour toutes les personnes de 65 ans et plus en dose unique (PCV20 ou PCV21, ce dernier étant en attente de remboursement), avec ou sans facteurs de risque ⁽³⁰⁾. Cette recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) a pour objectif de renforcer une couverture vaccinale jusque-là très faible (5 à 17 % chez les personnes à risque) et de rendre le calendrier plus simple et lisible ⁽³¹⁾.

■ **Coqueluche** : Pour le vaccin DTP (Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite), la couverture vaccinale diminue nettement avec l'âge. Alors qu'environ une personne sur deux est vaccinée à 65 ans, elles ne sont plus qu'un tiers à l'être à 85 ans. De plus, la part de se-

niors ayant reçu le vaccin incluant la coqueluche baisse également, passant d'environ 7 sur 10 à 65 ans à un peu plus de la moitié à 85 ans ⁽²⁴⁾. Ces données reflètent la situation observée en 2024. Depuis, les rappels adultes sont effectués avec un vaccin quadrivalent (dTcaP) incluant la coqueluche.

■ **Covid-19** : La couverture vaccinale lors de l'initiation de la vaccination a été forte, mais chaque campagne a vu la participation baisser, notamment après la fin du pass vaccinal, malgré des résultats d'efficacité toujours démontrés contre les formes graves de la maladie ⁽³²⁾. La couverture vaccinale reste aujourd'hui très faible : au 28 février 2025, seuls environ 21,7 % des seniors de 65 ans et plus étaient vaccinés ⁽²⁴⁾.

Ce retard dans la couverture vaccinale place la France en position de vulnérabilité : les vaccins existent, mais ils ne sont pas mobilisés à la hauteur des besoins pour engendrer une protection étendue et avoir un réel impact.

Infections respiratoires sans prévention vaccinale actuelle

Au-delà des infections respiratoires pour lesquelles une vaccination est déjà disponible, plusieurs virus respiratoires dépourvus à ce jour de prévention vaccinale — tels que le métapneumovirus humain (hMPV), le rhinovirus ou encore les virus parainfluenza — représentent une cause non négligeable de morbidité et de mortalité, en particulier chez les seniors. Bien que leur fardeau global soit encore mal quantifié, les données existantes laissent entrevoir un impact potentiellement important, tant sur le plan clinique que socio-économique.



Figure 2. Calendrier simplifié des vaccinations recommandées chez les personnes de 65 ans et plus Santé Publique France, septembre 2025 ⁽²¹⁾.

Focus sur le hMPV

Le hMPV est un virus à ARN identifié en 2001 et est plutôt stable sur le plan génétique ^(33,34). Des études ont montré que la susceptibilité à l'infection par hMPV est liée à l'âge, les sujets âgés présentant une maladie plus grave et une mortalité plus élevée que les sujets jeunes ⁽³⁵⁾. L'absence de diagnostic systématique contribue sans doute à sous-estimer son impact réel. Le pic d'incidence du hMPV survient généralement entre février et mars, suivant une saisonnalité proche de celle des autres virus respiratoires hivernaux. Le développement de vaccins contre le hMPV est en cours, avec plusieurs candidats en phases précliniques et cliniques. Aucun vaccin n'est toutefois encore disponible à ce jour ⁽¹⁾.

Infections non respiratoires à prévention vaccinale

Si la majorité des infections étudiées dans le cadre de ce Livre Blanc concernent le système respiratoire, d'autres infections non respiratoires méritent une attention spécifique, notamment celles pour lesquelles une vaccination efficace est disponible et dont le fardeau augmente avec le vieillissement de la population. Le zona en constitue un exemple emblématique.

Le **zona** [virus varicelle-zona (VZV)] illustre une autre facette du risque infectieux lié au vieillissement : sa réactivation touche plus de 350 000 personnes chaque année en France, dont la moitié ont plus de 65 ans ⁽³⁶⁾. Ses complications, notamment les douleurs post-zostériennes, affectent durablement la qualité de vie. Contrairement aux virus res-

piratoires saisonniers, le VZV présente une stabilité antigénique importante et ne subit pas de variations génétiques significatives, ce qui permet une protection durable après vaccination.

L'incidence du zona, qui correspond à la réactivation du virus varicelle zona, est stable sur l'année, mais en hausse depuis la Covid-19, possiblement en raison de l'immunosuppression induite par le SARS-CoV-2 favorisant la réactivation du VZV ⁽³⁷⁾.

Depuis mars 2024, la vaccination contre le zona est recommandée et prise en charge pour toutes les personnes de 65 ans et plus avec le vaccin recombinant selon un schéma à deux doses espacées de 2 à 6 mois ⁽³⁶⁾. Ce vaccin présente une efficacité supérieure à 90 % dans la prévention du zona et de ses complications. Si la vaccination existe, elle était jusque-là très peu utilisée (moins de 5 % des personnes éligibles avec l'ancien schéma vaccinal avec le vaccin vivant atténué). Il n'y a pas encore de données de suivi du dernier vaccin recombinant ⁽¹⁾.

LE FARDEAU SOUS-ESTIMÉ DES INFECTIONS RESPIRATOIRES DES SENIORS

Pourquoi ce fardeau est-il sous-estimé ?

Le poids des infections respiratoires aiguës chez les seniors est considérable, mais il reste largement invisible dans les chiffres officiels ⁽¹⁾.

Une présentation clinique trompeuse

Une première difficulté réside dans la présentation clinique des infections respiratoires. Le tableau est souvent celui d'un syndrome pseudo-grippal, associant des symptômes non spécifiques (fièvre, toux, dyspnée, malaise...) pouvant être liés à de nombreux virus ou bactéries. Sans recours à des tests diagnostiques spécifiques, il est difficile de passer de ce diagnostic syndromique à l'identification précise de l'agent infectieux, ce qui conduit à une sous-déclaration des cas ⁽³⁸⁾.

À cette complexité s'ajoute l'immunosénescence, c'est-à-dire le vieillissement progressif du système immunitaire avec l'âge. Ce phénomène rend non seulement les seniors plus vulnérables aux infections, mais il modifie également la façon dont les infections se manifestent. Les réponses inflammatoires classiques, comme la fièvre, peuvent être atténuées ou absentes. La production d'anticorps est souvent réduite, et

la reconnaissance des agents pathogènes moins efficace ^(39,40). Résultat : les infections passent plus facilement inaperçues ou sont diagnostiquées tardivement, alors même que, quelle que soit l'intensité clinique initiale, elles peuvent évoluer vers des formes plus sévères.

Le phénomène de « cascade pathogénique »

Un autre facteur de sous-estimation est ce que l'on appelle la « cascade pathogénique ». Une infection virale, comme la grippe, la Covid-19 ou l'infection à VRS, affaiblit l'organisme et ouvre la voie à des complications bactériennes secondaires ou à la décompensation de maladies chroniques sous-jacentes. Les décès ou hospitalisations liés à ces complications ne sont pas toujours rattachés à l'infection virale initiale. Ainsi, des vagues d'hospitalisations observées chez les seniors suivent souvent de quelques jours à quelques semaines la circulation des virus respiratoires, sans que le lien causal soit toujours reconnu ⁽⁴¹⁻⁴³⁾. De plus, ces infections peuvent déclencher des événements cardiovasculaires aigus, tels que des infarctus du myocarde ou des décompensations cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux (AVC), dont la cause infectieuse sous-jacente est rarement identifiée dans les statistiques de santé ⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

Les infections respiratoires constituent un poids majeur mais sous-estimé pour les seniors, tant en termes de santé publique que d'impact économique

Des outils diagnostiques insuffisants

Enfin, les limites des outils diagnostiques et de leur utilisation contribuent également à la sous-estimation du fardeau. Les tests antigéniques rapides, faciles à utiliser en soins de premier recours (par les médecins, infirmiers, pharmaciens, voire dans les services d'urgence), présentent une sensibilité moins bonne chez l'adulte, en particulier chez les seniors ⁽³⁸⁾. Les tests PCR, plus fiables, ne sont pas réalisés systématiquement, même à l'hôpital, où les protocoles se limitent souvent à la détection des virus les plus fréquents (grippe, VRS, Covid-19). De plus, les résultats de ces tests, lorsqu'ils sont réalisés, ne sont pas toujours codés ni intégrés dans les bases de données épidémiologiques, médico-administratives ou les entrepôts de santé. Cette absence de traçabilité contribue à une sous-détection massive des cas et donc à une sous-évaluation de la charge réelle ⁽⁴⁷⁾.

En somme, la combinaison de symptômes peu spécifiques, de manifestations atypiques, de complications différées souvent attribuées à d'autres causes et de lacunes dans le diagnostic étiologique et dans son suivi, aboutit à un constat clair : le fardeau des infections respiratoires chez les seniors est bien plus lourd que ce que les chiffres officiels laissent paraître. Cette invisibilité

fragilise la prise de conscience de la population ciblée, d'une partie des soignants et des décideurs, alors même que la vaccination pourrait éviter une large part de ces infections et de leurs conséquences.

Le fardeau épidémiologique et économique

Les infections respiratoires constituent un poids majeur mais sous-estimé pour les seniors, tant en termes de santé publique que d'impact économique. En France comme en Europe et même ailleurs, elles se traduisent par une mortalité élevée, des hospitalisations prolongées, une perte d'autonomie durable et un coût collectif considérable, qui va bien au-delà de la seule prise en charge médicale ⁽¹⁾.

Les données disponibles montrent que les seniors concentrent l'essentiel du fardeau infectieux ⁽¹⁾. La **grippe** en est un exemple emblématique : alors qu'ils représentent 20 % de la population, les 65 ans et plus représentent 50 à 80 % des hospitalisations liées à la grippe. Les épidémies successives ont un impact économique global considérable, incluant les coûts d'hospitalisation, de consultation, de passage aux urgences sans hospitalisation, ainsi que les séjours en soins de suite et de réadaptation. Ces estimations ne tiennent

pas compte des coûts indirects et cachés associés aux chutes, aux décompensations, au déclin fonctionnel et à la perte d'autonomie. En France, le coût total est estimé entre 20 millions d'euros lors des saisons faibles et plus de 300 millions d'euros lors des saisons sévères, pour l'ensemble de la population, avec un taux de réhospitalisation dépassant 20 % dans les trois mois suivant un épisode sévère. Le **VRS**, longtemps perçu comme un pathogène pédiatrique, est désormais également reconnu comme une menace, provoquant 10 000 à 20 000 hospitalisations annuelles chez les 65 ans et plus et un coût moyen estimé à 152 millions d'euros par an, proche de celui d'une grippe modérée. Ces estimations ne tiennent pas compte des passages aux urgences et de la perte d'autonomie qui, contrairement à la grippe, sont très peu décrits chez l'adulte. Le **pneumocoque** illustre, quant à lui, l'ampleur structurelle du problème. En France, les pneumonies aiguës communautaires (PAC) et les infections invasives à pneumocoque (IIP) chez les personnes de 65 ans et plus entraînent chaque année près de 240 000 hospitalisations, soit une incidence de 1 916 cas pour 100 000 habitants (données 2019). Ces infections se traduisent par des séjours prolongés, des passages fréquents en unités de soins intensifs, et une mortalité élevée : 13,5 % à 30 jours et 32,6 % à un an, soit plus de 13 000 décès annuels directement attribués à la pneumonie. Le fardeau économique est tout aussi considérable : le coût total des pneumonies et infections à pneumocoque chez les 65 ans et plus est estimé entre 2,7 et 3,4 milliards d'euros par an, en prenant en compte les hospitalisations,

20 à 300 M€

COÛT TOTAL DE LA GRIPPE POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

10 000
à 20 000

HOSPITALISATIONS ANNUELLES DUES AU VRS CHEZ LES 65 ANS ET + POUR UN COÛT MOYEN ESTIMÉ À

152 M€ / an

240 000

HOSPITALISATIONS ANNUELLES DUES AUX PNEUMONIES AIGUËS COMMUNAUTAIRES (PAC) ET LES INFECTIONS INVASIVES À PNEUMOCOQUE (IIP) CHEZ LES 65 ANS ET +

13 000

DÉCÈS ANNUELS DIRECTEMENT ATTRIBUÉS À LA PNEUMONIE

2,7 à 3,4
milliards €

COÛT ANNUEL TOTAL DES PNEUMONIES ET INFECTIONS À PNEUMOCOQUE CHEZ LES 65 ANS ET +

les suivis post-hospitalisation et les prises en charge ambulatoires. Entre 2013 et 2019, l'incidence a augmenté de plus de 12 %, illustrant la progression continue du risque infectieux dans cette population. Enfin, la **Covid-19**, désormais entrée dans une phase endémique, s'impose comme un acteur durable du paysage infectieux respiratoire, avec un impact toujours marqué chez les personnes âgées. Si la mortalité et le nombre d'hospitalisations ont nettement diminué depuis la période pandémique, les seniors continuent d'en supporter la charge la plus lourde : en 2023-2024, plus de 65 % des admissions en réanimation et 95 % des décès liés à la Covid-19 concernaient les 65 ans et plus. Malgré une circulation virale moindre en 2024-2025, les taux d'hospitalisation demeurent significatifs, traduisant une vulnérabilité persistante de cette population. Le coût médico-économique reste conséquent, estimé entre 500 millions et 1,5 milliard d'euros en 2023, incluant les réhospitalisations fréquentes et les séjours prolongés.

D'autres pathogènes, moins médiatisés, participent à ce fardeau. Le **hMPV**, responsable de 2 à 3 % des infections respiratoires aiguës, engendre un coût estimé entre 63 et 96 millions d'euros par an, souvent sous-estimé en raison d'un diagnostic peu réalisé chez l'adulte. La **coqueluche**, en forte recrudescence depuis 2023, rappelle le rôle des adultes, y compris des seniors, comme réservoirs de transmission : si les cas déclarés sont largement sous-estimés, l'impact économique en Europe est évalué à plusieurs centaines de millions d'euros par an, dont une part non négligeable liée aux seniors.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une infection respiratoire, le **zona** constitue un exemple emblématique d'infection dont l'incidence augmente fortement avec l'âge. Bien que la mortalité globale reste faible (environ 1,5 %), elle se concentre chez les personnes âgées : 94 % des décès surviennent chez les 65 ans et plus, et 60 % chez les 85 ans et plus. Au-delà des chiffres, il entraîne des douleurs chroniques, une perte de qualité de vie et des besoins accrus en aide sociale, illustrant le lien direct entre infection et perte d'autonomie.

Pris ensemble, ces chiffres montrent que le coût collectif des infections virales chez les seniors se chiffre en milliards d'euros chaque année et que leur fardeau dépasse largement les enjeux cliniques immédiats⁽¹⁾. Ces pathologies entraînent des hospitalisations longues, des complications cardiovasculaires et neurocognitives, des réhospitalisations fréquentes et un déclin fonctionnel accéléré, générant à la fois des dépenses directes (soins hospitaliers, consultations, traitements) et indirectes (perte d'autonomie, besoin accru d'aides, coûts pour les proches et la société).

Dans un contexte de vieillissement démographique, le fardeau des infections chez les seniors ne peut plus être considéré comme marginal ou conjoncturel. Il constitue un enjeu structurel de santé publique et d'économie de la santé, qui justifie pleinement des stratégies de prévention renforcées, notamment vaccinales, pour limiter leur impact sur les individus, les familles et le système de soins.



Le fardeau des infections chez les seniors constitue un enjeu structurel de santé publique, justifiant des stratégies de prévention vaccinales pour limiter l'impact sur les individus.

Infections respiratoires et événements cardiovasculaires : un lien établi

Les données actuelles démontrent clairement que les infections respiratoires - pneumonie pneumococcique, VRS, grippe et Covid-19 - augmentent significativement le risque d'événements cardiovasculaires aigus, particulièrement chez les seniors et ceux présentant des comorbidités⁽¹⁾. Ce risque est maximal dans les jours suivant l'infection et diminue progressivement, bien qu'il puisse persister pendant plusieurs mois, voire années dans le cas de la Covid-19⁽¹⁾.

La **grippe** est associée à une augmentation brutale du risque d'infarctus du myocarde, multiplié par 5 à 7 dans les jours suivant l'infection, et s'accompagne fréquemment d'insuffisance cardiaque aiguë ou d'AVC⁽¹⁾. La **pneumonie** à pneumocoque entraîne des complications cardiovasculaires dans 8 à 19 % des cas, avec une forte incidence d'événements thromboemboliques et coronariens, notamment dans les trois premiers mois après l'infection. Il existe un surrisque cardiovasculaire estimé entre 3 et 6 selon les

études⁽¹⁾. Le **VRS**, dont le fardeau est longtemps resté mal connu chez l'adulte âgé ou avec des comorbidités, est désormais reconnu comme une cause importante de morbidité : jusqu'à 22 % des patients hospitalisés pour une infection à VRS développent une complication cardiaque, principalement une insuffisance cardiaque aiguë. Le risque d'événements cardiaques est 3,5 fois plus élevé chez les patients avec des maladies cardiovasculaires préexistantes, mais touchait plus largement 1 adulte sur 12 sans antécédent cardiaque⁽¹⁾. Enfin, la **Covid-19** a confirmé l'ampleur de ce phénomène : près d'un tiers des patients hospitalisés présentent une complication cardiovasculaire post-Covid et, fait distinctif, le risque reste élevé plusieurs mois, voire plusieurs années après l'infection initiale⁽¹⁾.

Ces événements concernent avant tout les seniors, multimorbides et/ou fragiles, avec un risque amplifié par l'âge avancé, les comorbidités cardiovasculaires préexistantes (insuffisance cardiaque, coronaropathies, hypertension), mais aussi par le diabète, la

BPCO ou l'insuffisance rénale chronique. La sévérité de l'infection, notamment les admissions en soins intensifs ou la présence d'une infection bactérienne associée, aggrave considérablement ce risque⁽¹⁾.

Sur le plan physiopathologique, plusieurs mécanismes expliquent cette vulnérabilité : l'inflammation systémique qui favorise la déstabilisation des plaques d'athérome, l'état pro-thrombotique lié à l'hypercoagulabilité, le déséquilibre offre-demande en oxygène lors de l'hypoxémie et de la fièvre, ainsi que les effets directs de certains agents pathogènes sur le myocarde ; le tout étant souvent aggravé par l'alitement ou l'immobilité du patient âgé malade. La régulation du système nerveux autonome est également perturbée, accentuant le stress cardiovasculaire⁽¹⁾.

L'impact pronostique est majeur⁽¹⁾. Après une pneumonie, la mortalité hospitalière atteint 27 % en cas de complication cardiovasculaire, et le risque de décès à 30 jours est de 31 % lorsqu'un infarctus du myocarde survient. Dans le cas d'une infection par SARS-CoV-2, la survenue d'un événement cardiaque augmente fortement la probabilité de passage en réanimation, de recours à la ventilation mécanique et de décès hospitalier. À l'échelle de la population générale, les infections respiratoires sévères seraient

impliquées dans jusqu'à 6 % de l'ensemble des événements cardiovasculaires majeurs, soulignant leur poids considérable en santé publique et l'importance de leur prévention.

L'effet domino des infections respiratoires sur les troubles neurocognitifs

Les infections respiratoires chez les seniors ne se limitent pas à des complications pulmonaires ou cardiovasculaires : elles représentent également un facteur de risque important de troubles neurocognitifs, pouvant accélérer le déclin cognitif⁽¹⁾.

Les études épidémiologiques convergent pour montrer que grippe, pneumonie à pneumocoque et Covid-19 sont associées à un risque accru de troubles cognitifs et de démence, avec des risques relatifs généralement compris entre 1,3 et 2,0⁽¹⁾. Ce risque est particulièrement marqué en cas d'hospitalisation ou d'infections répétées : après plusieurs épisodes de pneumonie bactérienne, il peut être multiplié par plus de trois. Concernant la Covid-19, l'incidence de démence *de novo* atteint près de 2 % contre 0,35 % chez les non-infectés.

Les troubles neurocognitifs post infectieux présentent une évolution temporelle variable : si une amélioration progressive est observée chez certains patients, une proportion garde des séquelles persistantes⁽¹⁾. Dans le cas de la Covid-19, le risque de démence

décroît avec le temps mais reste supérieur à celui de la population non infectée jusqu'à deux ans après l'épisode initial.

Plusieurs facteurs de modulation amplifient ce risque : l'âge avancé, le sexe féminin, la sévérité de l'infection (avec une incidence jusqu'à dix fois supérieure après une forme grave), ainsi que l'existence de comorbidités. Chez les patients déjà atteints de démence, une infection respiratoire peut accélérer brutalement le déclin cognitif⁽¹⁾.

Ces données mettent en évidence une réalité encore trop méconnue : au-delà de la phase aiguë, les infections respiratoires peuvent laisser des séquelles cognitives durables, compromettant la qualité de vie et l'autonomie des seniors. Prévenir ces infections par la vaccination constitue donc un levier essentiel non seulement pour réduire la morbi-mortalité immédiate, mais aussi pour préserver les fonctions cognitives à long terme.

Infections respiratoires et perte d'autonomie chez les seniors

Au-delà de l'épisode aigu, les infections respiratoires représentent souvent un tournant dans la trajectoire de santé des seniors. Elles ne se limitent pas à une toux persistante ou à une fièvre : elles fragilisent durablement les capacités fonctionnelles, accélérant parfois un déclin déjà amorcé. Pour de nombreux seniors, ces infections constituent un point de rupture, transformant un incident de santé ponctuel en une perte d'autonomie significative⁽¹⁾.

Les données disponibles sont frappantes⁽¹⁾. Entre 18 % et 62 % des patients âgés voient leurs capacités physiques diminuer après une infection, avec une persistance des séquelles chez près de la moitié des patients plusieurs mois après. Les gestes les plus affectés sont ceux du quotidien — se laver, se déplacer, se lever ou s'habiller — autant d'activités qui conditionnent le maintien à domicile. L'infection à VRS et la Covid-19 apparaissent particulièrement délétères : jusqu'à 62 % des seniors présentent une baisse de leur autonomie après un épisode de VRS, tandis que la Covid-19 réduit le taux d'indépendance totale de deux tiers à moins de la moitié des patients. La grippe n'est pas en reste, avec 10 à 25 % des patients concernés, dont certains connaissent une incapacité dite « catastrophique », avec une chute brutale de leur autonomie. Certaines études montrent un déclin préférentiel des activités nécessitant une coordination complexe, comme le bain ou les transferts, à la suite d'une infection pneumococcique.

À cette perte d'autonomie s'ajoute un risque accru de chutes et de fractures, qui entretient un véritable cercle vicieux. Dans l'année suivant une hospitalisation pour grippe, plus de 10 % des patients âgés de 65 ans et plus subissent une chute avec blessure, contre 7,8 % chez ceux hospitalisés pour d'autres causes. Un quart de ces fractures concernent la hanche — avec des conséquences dramatiques puisque moins de la moitié des patients retrouvent ensuite leur niveau d'autonomie initial⁽¹⁾.

La vaccination antigrippale est associée à une baisse d'environ un tiers des événements cardiovasculaires majeurs

Tous les seniors ne sont pas exposés au même degré de gravité. Les plus fragiles, ceux vivant en institution ou présentant des comorbidités lourdes (démence, escarres, diabète, insuffisance cardiaque), sont les plus vulnérables. La durée du séjour hospitalier joue également un rôle clé : au-delà de 13 jours, le risque de déclin fonctionnel peut concerner près d'un tiers des patients. Ces facteurs traduisent une réalité simple : plus la réserve fonctionnelle initiale est faible, plus l'infection agit comme un accélérateur du déclin ⁽¹⁾.

Enfin, ces constats doivent être lus avec prudence. Les études existantes varient dans leurs méthodes et se concentrent surtout sur la grippe et la Covid-19, laissant encore dans l'ombre des pathogènes comme le hMPV ou la coqueluche. De plus, il est parfois difficile de distinguer l'effet direct de l'infection de celui, tout aussi délétère, de l'hospitalisation elle-même. Malgré ces limites, une conclusion s'impose : les infections respiratoires ne sont pas seulement des épisodes cliniques transitoires, elles sont un facteur de perte d'autonomie durable, avec des répercussions majeures sur la qualité de vie des seniors et sur l'organisation de leur prise en charge ⁽¹⁾.

Les bénéfices démontrés de la vaccination, levier de prévention du maintien de l'autonomie

L'évaluation de l'efficacité vaccinale chez les seniors repose traditionnellement sur des critères épidémiologiques classiques : réduction des infections confirmées biologiquement, diminution des hospitalisations, prévention des admissions en réanimation et réduction des passages aux urgences et, bien entendu, baisse de la mortalité ⁽¹⁾.

Cependant, chez cette population vulnérable, l'impact vaccinal s'étend bien au-delà de ces seuls critères infectieux. Les données récentes démontrent des bénéfices significatifs sur la protection cardiovasculaire, avec une réduction des infarctus du myocarde et AVC déclenchés par les infections respiratoires ⁽¹⁾. La vaccination contribue également à la préservation de l'autonomie, limitant les déclin durables consécutifs aux épisodes infectieux. Enfin, des effets neurocognitifs protecteurs émergent, suggérant une possible réduction du risque de troubles cognitifs et de démences.

Cette approche élargie de l'efficacité vaccinale positionne la vaccination comme une intervention de prévention globale, particulièrement pertinente chez les seniors chez

qui les infections peuvent entraîner des conséquences en cascade, décompensant des maladies chroniques, les aggravant et conduisant potentiellement à une perte d'autonomie (déclin fonctionnel) nécessitant la mise en œuvre définitive d'aides formelles à domicile ou des institutionnalisations.

Sur le plan cardiovasculaire, l'effet est net et cliniquement pertinent ⁽¹⁾. La vaccination antigrippale est associée à une baisse d'environ un tiers des événements cardiovasculaires majeurs, avec des bénéfices particulièrement marqués après syndrome coronarien aigu. La vaccination antigrippale montre aussi une protection contre l'infarctus du myocarde. Les vaccins contre la Covid-19 démontrent une forte efficacité contre les hospitalisations, et des analyses en vie réelle suggèrent une réduction des infarctus et des AVC chez les personnes ayant reçu un schéma vaccinal complet (c'est-à-dire l'ensemble des doses recommandées), un atout déterminant pour des seniors déjà à haut risque ⁽⁴⁸⁾. La vaccination antipneumococcique, en particulier avec le PPV23, présente des effets cardioprotecteurs chez les personnes de 65 ans et plus. Les données disponibles montrent une diminution d'environ 6 % du risque de maladies cardiovasculaires et de 7 % du risque d'infarctus du myocarde dans cette population. Prévenir les pics d'inflammation et d'hypercoagulabilité déclenchés par les infections, c'est diminuer les décompensations cardiaques, les réhospitalisations et, in fine, les pertes d'autonomie qui s'ensuivent.

Le bénéfice neurocognitif gagne, lui aussi, en visibilité. Plusieurs études montrent une baisse du risque de démence chez les vaccinés contre la grippe ⁽⁴⁹⁾, et la vaccination pneumococcique est associée à des réductions substantielles du risque d'Alzheimer dans plusieurs études ⁽⁵⁰⁾. Autrement dit, limiter les infections respiratoires et leurs tempêtes inflammatoires pourrait contribuer à protéger la santé cérébrale – un enjeu majeur quand le moindre palier franchi vers le déclin cognitif se traduit, très concrètement, par des difficultés à gérer ses médicaments, ses finances, ou ses déplacements.

L'autonomie est le terrain où la vaccination change la donne au quotidien. Les épisodes respiratoires aigus chez les seniors laissent souvent des séquelles : fatigue prolongée, chutes et fractures, perte d'endurance à la marche et dépendance accrue pour les actes de la vie quotidienne. En réduisant la fréquence et la sévérité de ces épisodes, la vaccination limite la « pente glissante » post-infection. Des signaux positifs émergent déjà : chez des patients hospitalisés pour grippe, les vaccinés récupèrent mieux leur niveau d'activités de la vie quotidienne (ADL) à trois mois ⁽⁵¹⁾. Les vaccins VRS, très efficaces contre hospitalisations et passages en réanimation, évitent ces séjours longs qui accélèrent le déclin ⁽²⁷⁾. Les vaccins contre la Covid-19, en diminuant hospitalisations, séjours en soins intensifs et formes prolongées, épargnent des semaines de convalescence qui, chez les plus âgés, se paient souvent en une perte durable de capacité.

Certaines vaccinations portent en plus un bénéfice « fonctionnel » direct. Du côté pneumocoque, l'élargissement aux schémas simplifiés devrait améliorer l'adhésion, entraînant par effet domino une diminution des pneumonies sévères, donc moins d'hospitalisations et des durées de séjour plus courtes, ce qui contribuerait à limiter la perte d'autonomie ⁽⁵²⁾. Il convient aussi de mentionner la vaccination contre le zona, qui réduit significativement la survenue de la maladie et surtout des névralgies post-zostériennes : moins de douleurs chroniques, c'est moins d'insomnies, de dépression réactionnelle et de limitations motrices – donc plus d'activité et moins de dépendance ⁽⁵³⁾.

Enfin, l'impact sur la qualité de vie ajustée sur les années (QALYs) est tangible à l'échelle populationnelle, en particulier chez les 65 ans et plus où se concentrent les gains : des QALYs préservées grâce aux vaccins contre la grippe, VRS et Covid-19. Par ailleurs, la plupart des modèles sous-estiment encore ces bénéfices, car ils capturent mal le déclin fonctionnel post-infection, la récupération incomplète, ou les besoins d'aides nouvelles au domicile. Intégrer systématiquement ces dimensions dans les études d'impact donnerait une image encore plus juste du rapport bénéfice-risque et de la valeur sociale de la vaccination des seniors.

Au-delà de la protection individuelle, la vaccination joue un rôle collectif essentiel grâce à l'effet dit d'« immunité de groupe ». En réduisant la circulation d'un agent infectieux au sein des populations les plus actives socialement – notamment les en-

fants d'âge scolaire – elle contribue indirectement à protéger les personnes les plus vulnérables, comme les seniors. Plusieurs travaux de modélisation ont montré que l'augmentation de la couverture vaccinale pédiatrique pouvait entraîner une diminution significative des cas de grippe dans l'ensemble de la population, y compris des hospitalisations chez les 65 ans et plus. Une étude américaine récente illustre ainsi comment le renforcement de la vaccination des enfants permet de réduire sensiblement la charge de morbidité et de protéger les seniors ⁽⁵⁴⁾. Cet effet d'immunité de groupe met en évidence l'importance d'une approche globale de la vaccination, qui dépasse les seuls bénéfices individuels pour s'inscrire dans une véritable stratégie de santé publique intergénérationnelle. Cette stratégie peut être renforcée par le principe du « co-cooning », qui consiste à vacciner l'entourage proche des seniors afin de créer une barrière protectrice supplémentaire autour d'eux.

En synthèse, la vaccination est une intervention de prévention globale du vieillir en bonne santé : elle évite l'escalade des soins et ses séquelles, et maintient les capacités nécessaires pour se déplacer et vivre en autonomie, y compris chez les personnes résidant en établissement.

L'efficacité démontrée des vaccins disponibles et les innovations en cours offrent des perspectives d'amélioration substantielle. Mais cette opportunité ne se concrétisera qu'à condition d'une mobilisation collective et d'une transformation profonde de nos approches préventives.

CE QUE LES MODÈLES ÉTRANGERS PEUVENT NOUS APPRENDRE

La comparaison internationale met en évidence un paradoxe français : notre pays se situe dans une position intermédiaire en matière de vaccination. La couverture vaccinale antigrippale des 65 ans et plus illustre cette réalité : de 6 % en Slovaquie (2023) à 88 % au Portugal (2022), seuls le Portugal et le Royaume-Uni parviennent à dépasser l'objectif de 75 % fixé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En France, la couverture reste stable, autour de 45-50 %, avec un pic limité à 60 % pendant la pandémie de la Covid-19, quand plusieurs pays franchissaient le seuil des 80 %.

Le parcours du Portugal illustre la valeur d'une stratégie cohérente, progressive et inscrite dans la durée. Parti d'un niveau modeste (30 % en 2000), le pays a construit sa politique sur trois piliers – confiance, transparence et prise en charge à 100 % – traduits par des étapes concrètes : mise en place d'un « vaccinomètre » pour un suivi en temps réel (2009), élargissement progressif de la gratuité à différents groupes à risque (2012-2019), ouverture à la vaccination en pharmacie, puis gratuité universelle en pharmacie (2020). Résultat : en 2022, treize ans après le lancement du plan, l'objectif de l'OMS était atteint.

La France avait pourtant montré la voie dans les années 1980-1990, avec un dispositif organisé (bons de vaccination, campagnes conjointes public-privé, suivi rigoureux des taux), qui avait permis d'atteindre plus de 65 % de couverture des seniors. Mais cette dynamique s'est essoufflée à la fin des années 1990, fragilisée par la rupture entre acteurs publics et privés et par la disparition du Groupe d'Étude et d'Information sur la Grippe (GEIG). Depuis, malgré la simplification du parcours vaccinal en 2017 — avec l'autorisation donnée aux pharmaciens et aux infirmiers de vacciner — la couverture vaccinale reste en dessous des recommandations de l'OMS.

À ces freins structurels s'ajoutent des recommandations parfois peu lisibles ou en décalage avec les pratiques internationales, par exemple :

■ **En matière de coqueluche**, la France recommande trois rappels (25, 45, 65 ans), quand l'Allemagne a opté pour un schéma décennal plus simple. Dans les faits, la présence récente d'une valence coqueluche dans tous les vaccins antitétaniques conduit toutefois à une vaccination plus large des seniors, souvent tous les dix ans, au-delà de la recommandation officielle ;

■ Plusieurs pays ont adopté depuis plusieurs années des recommandations privilégiant **les vaccins antigrippaux améliorés haute dose et adjuvanté** pour les seniors, tandis qu'en France, une recommandation spécifique en faveur de ces vaccins n'a été formulée que récemment ;

■ **La vaccination antigrippale pédiatrique**, largement documentée au Royaume-Uni comme un levier de protection indirecte des aînés (« cocooning »), n'a été recommandée que tardivement en France, et sans mise à disposition du vaccin nasal priorisé.

La leçon qui se dégage est claire : au-delà des preuves scientifiques, ce sont la transparence et la cohérence des choix politiques qui nourrissent la confiance et conditionnent l'adhésion des professionnels vaccinateurs et de la population. Les divergences d'approches entre pays reflètent des arbitrages culturels, économiques et organisationnels qu'il est nécessaire d'expliquer, plutôt que de masquer, pour maintenir l'adhésion collective.

En ce sens, un plan vaccinal ambitieux pourrait être envisagé comme un investissement stratégique à long terme, à l'image du programme Airbus dans l'aéronautique : un projet porteur de bénéfices sanitaires, économiques et sociétaux, qui dépasse la seule logique de santé publique pour s'inscrire dans une vision d'avenir.

en matière de
vaccination, seuls
le Portugal et
le Royaume-Uni
parviennent à
dépasser l'objectif
de 75 % fixé
par l'Organisation
mondiale de la
santé (OMS)

VIEILLIR EN BONNE SANTÉ SANS PRÉVENTION VACCINALE, UNE ILLUSION ?

Le choc démographique et le concept de vieillissement en bonne santé

Les infections respiratoires à prévention vaccinale constituent l'une des principales menaces pour le vieillissement en bonne santé et l'autonomie des seniors. Leur impact, qui dépasse largement le champ infectieux traditionnel, en fait un déterminant majeur de la trajectoire de santé et de la qualité de vie des seniors.

Le vieillissement démographique amplifie pourtant l'urgence de cette problématique. Avec 21,3 millions de personnes de plus de 60 ans attendues d'ici 2030 (+3,1 points), le fardeau économique des infections respiratoires à prévention vaccinale devrait croître exponentiellement ⁽¹⁾. Les coûts directs, déjà considérables et certainement sous-estimés, ne représentent que la partie visible de l'iceberg économique. Les coûts indirects - perte d'autonomie, institutionnalisation, charge des aidants, impact sur la qualité de vie - démultiplient l'impact sociétal réel ⁽¹⁾.

Cette évolution démographique, conjuguée à l'émergence de nouveaux pathogènes et à l'évolution des souches circulantes, place notre système de santé face à un défi de soutenabilité majeur. Sans actions de santé publique substantielles, les tensions actuelles sur les services d'urgence, les structures de soins et plus largement l'ensemble

du système sanitaire risquent de s'amplifier au cours des prochaines années.

La vaccination, un levier de prévention négligé chez les seniors

L'efficacité démontrée des vaccins disponibles et les innovations en cours offrent des perspectives d'amélioration substantielle. Mais cette opportunité ne se concrétisera qu'à condition d'une mobilisation collective et d'une transformation profonde de nos approches et organisations préventives.

Les innovations et évolutions récentes offrent cependant des perspectives intéressantes pour améliorer cette situation. L'élargissement des recommandations pneumococciques à tous les adultes de 65 ans et plus, l'arrivée des vaccins contre le VRS, l'optimisation des stratégies grippales avec les vaccins renforcés, dessinent les contours d'une approche préventive renouvelée ⁽¹⁾.

Cette évolution vaccinale doit s'accompagner d'une transformation de nos approches. La co-administration des vaccins, déjà validée scientifiquement, doit devenir la norme pour optimiser l'adhésion. La surveillance intégrée des infections respiratoires, expérimentée avec succès pendant la pandémie, doit être pérennisée pour mieux appréhender le poids de chaque pathogène et les interactions complexes entre pathogènes.

L'enjeu dépasse la seule dimension sanitaire : il s'agit de préserver l'autonomie de nos aînés et d'assurer la soutenabilité de notre modèle social. Face au défi du vieillissement démographique, la prévention vaccinale des infections respiratoires représente l'un des leviers les plus efficaces et les plus accessibles à notre disposition.

Des freins persistent pour faire avancer cette question :

■ **Un accès retardé à l'innovation** : certains vaccins spécifiquement conçus pour mieux protéger les seniors, par exemple les vaccins antigrippaux améliorés, haute dose et adjuvanté, disponibles ailleurs en Europe depuis plusieurs années, ont tardé à être introduits et remboursés en France. Le processus d'autorisation, puis de financement par l'Assurance maladie, est souvent plus long que chez nos voisins, retardant l'accès à des solutions pourtant validées au niveau Européen. Ce retard

d'accès crée une inégalité de protection entre citoyens européens, alors même que les produits sont autorisés par l'EMA et disponibles ailleurs dans l'Union Européenne.

■ **Un manque d'anticipation évident** : l'hiver 2024-2025 illustre cette réalité : alors que plusieurs pays européens ont déployé la vaccination contre le VRS chez les seniors, la France a recommandé cette option à sa population âgée sans y associer la prise en charge financière, la laissant vulnérable à un pathogène responsable de milliers d'hospitalisations et créant de possibles inégalités sociétales.

Le moment est venu de faire de la vaccination des seniors une priorité nationale, au même titre que la vaccination infantile l'est devenue au siècle dernier. L'ampleur du défi démographique impose de placer la prévention au cœur de nos politiques de santé publique, et lever les barrières qui nous en empêchent.

DE LA PRISE DE CONSCIENCE À L'ACTION : COMMENT RELEVER LE DÉFI ?

Renforcer la couverture vaccinale des seniors ne consiste pas seulement à élargir les recommandations : il s'agit avant tout de créer les conditions pour que la vaccination devienne un réflexe partagé et accessible à tous.

Les entretiens avec les experts, l'analyse de la littérature, les travaux du comité de pilotage et des groupes de travail ont permis d'identifier les principaux leviers à activer pour atteindre cet objectif. Ils ne constituent pas seulement un cadre conceptuel : ils constituent une véritable feuille de route, alliant vision stratégique et actions opérationnelles, élaborée collectivement grâce à une dynamique interactive qui a permis de confronter et d'aligner les points de vue.

Six axes structurants pour transformer la prévention vaccinale :

1. Renforcer la gouvernance nationale et la coordination territoriale : inscrire la vaccination des seniors dans une stratégie nationale claire, coordonnée avec les territoires, et pilotée par des données fiables facilement requêtables en continu pour guider l'action.

2. Simplifier le parcours vaccinal et garantir l'égalité d'accès : intégrer systématiquement la vaccination dans le parcours de santé, promouvoir et faire connaître les nombreux lieux et acteurs déjà impliqués, multiplier les occa-

sions de vaccination et garantir une égalité d'accès sur l'ensemble du territoire.

3. Informer et sensibiliser les seniors et les parties prenantes : déployer une communication claire, accessible et personnalisée, pour renforcer l'adhésion des seniors et de leur entourage, en s'appuyant sur des formats adaptés et des relais de proximité.

4. Mobiliser et former les professionnels de santé : renforcer leur rôle de relais vaccinal par la formation initiale et continue, leur fournir des outils pratiques, agiles, simples et rapides de traçabilité, valoriser leur engagement au quotidien, et faciliter la coordination entre les différents acteurs de santé impliqués.

5. Favoriser l'accès à l'innovation, y compris par l'usage des outils numériques et leur déploiement : tirer parti des outils numériques et des solutions innovantes pour améliorer le suivi, simplifier les rappels et renforcer la confiance dans la vaccination.

6. Intégrer la prévention vaccinale dans le parcours gériatrique : identifier les leviers et les freins à l'intégration de la vaccination dans l'évaluation et le suivi gériatriques, et définir des indicateurs de qualité pour améliorer la prévention des maladies à prévention vaccinale et de la perte d'autonomie associée.

En agissant simultanément sur l'information, l'innovation, l'organisation, la mobilisation des soignants et le pilotage stratégique et politique, il devient possible de transformer la vaccination en un véritable levier de santé publique, au service du vieillissement en bonne santé et de la qualité de vie des seniors économiquement rentable.

Pour chacun d'entre eux, trois à quatre propositions phares ont été retenues collectivement comme leviers prioritaires (la liste exhaustive des propositions est présentée en annexe C).

AXE 1

RENFORCER LA GOUVERNANCE NATIONALE ET LA COORDINATION TERRITORIALE

Constat

La vaccination des seniors souffre d'un pilotage fragmenté et inégal selon les territoires, ce qui entraîne des écarts entre couvertures vaccinales et objectifs affichés, et une perte de cohérence nationale. La multiplicité des acteurs — ministère, agences régionales de santé (ARS), collectivités, établissements, associations — ne s'accompagne pas d'une coordination territorialisée à même de rassembler les effecteurs vaccinaux (IDE, pharmaciens et médecins), en l'absence de référents identifiés et de représentation des seniors dans les instances de décision.

Bien qu'il existe des données numériques et épidémiologiques de suivi permettant des alertes (Santé publique France), elles demeurent insuffisantes pour orienter les stratégies nationales et locales. Il n'existe actuellement aucun lien entre les données individuelles de vaccination (traçabilité) et les données de santé (SNDS) ou de dépendance (départements – CNSA) permettant un véritable pilotage et une mesure d'efficacité en vie réelle des stratégies vaccinales

nationales et locales. Seules des études spécifiques, coûteuses et limitées dans le temps, ont permis de mettre en évidence la sous-estimation des fardeaux directs et indirects (complications cardiovasculaires, neurocognitives, dépendance fonctionnelle, etc.) liés aux maladies à prévention vaccinale chez les seniors, ainsi que les liens entre ces fardeaux et leurs impacts économiques. Le secteur social qui bénéficie nettement de l'implémentation des vaccins en limitant l'incidence de la perte d'autonomie, n'a actuellement aucune place, aucune lecture et aucun lien avec la pratique vaccinale. Il est donc essentiel de porter ce sujet au plus haut niveau politique, de renforcer la coordination territoriale et de s'appuyer sur des outils de pilotage robustes et transparents.

Propositions

Pour réussir à hisser la prévention vaccinale des seniors au rang de priorité nationale, il est nécessaire :

- **De définir** une stratégie nationale ambitieuse et lisible sur la vaccination des seniors,

Pour réussir à hisser la
prévention vaccinale des seniors
au rang de priorité nationale,
il est nécessaire de définir
une stratégie nationale
ambitieuse et lisible sur
la vaccination des seniors

inscrite au plus haut niveau politique, portée par une coordination forte, adossée à la Commission Technique des Vaccinations (CTV) de la Haute Autorité de Santé comme référence scientifique, et reconnue comme une grande cause nationale intégrée aux politiques d'autonomie. La gouvernance nationale devrait être quadripartite — associant la HAS, la DGS, la DGCS et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Elle permettrait d'harmoniser les messages institutionnels avec un lien direct avec les comités locaux, via les ARS.

- **De renforcer** la gouvernance territoriale en créant des comités départementaux opérationnels de la vaccination de l'adulte, rassemblant l'ensemble des acteurs locaux : représentants institutionnels (Caisse primaire d'assurance maladie ou CPAM, conseils départementaux, Agences régionales de santé ou ARS départementales), experts, usagers, URPS, CPTS, EHPAD, etc. Ces comités laisseraient aux territoires la flexibilité nécessaire pour développer des solutions locales innovantes.

- **De créer** une plateforme numérique associant des outils de surveillance épidémiologique exhaustive en temps quasi réel, reliant les données microbiologiques, sanitaires, sociales et individuelles des patients, afin de guider les comités opérationnels départementaux dans la définition de leurs politiques locales. Cette plateforme s'appuierait sur des tableaux de bord de suivi intégrant la couverture vaccinale par âge et par territoire, ainsi que les données épidémiologiques locales.

- **De mesurer** l'efficacité des actions et d'évaluer les stratégies mises en œuvre. La plateforme numérique constituerait la base de rapports annuels et d'alertes, permettant d'adapter les politiques locales afin d'atteindre les couvertures vaccinales les plus élevées possibles. Elle offrirait également la possibilité de mesurer les coûts et les bénéfices économiques, tant sur le plan sanitaire (via le SNDS) que social (en lien avec la dépendance).

AXE 2

SIMPLIFIER LE PARCOURS VACCINAL ET GARANTIR L'ÉGALITÉ D'ACCÈS

Constat

La vaccination des seniors reste marquée par un parcours trop complexe et inégalement accessible. Les occasions de vacciner sont souvent manquées, faute de rappels systématiques, de vérification à l'entrée en EHPAD ou de consultations dédiées à des moments clés comme le passage à 65 ans. À ces manques s'ajoutent de fortes disparités territoriales : difficultés d'accès dans certaines zones, absence de solutions de proximité ou de dispositifs mobiles, ce qui pénalise les seniors fragiles ou isolés. Les contraintes logistiques et financières — complexité du calendrier, prescriptions contraignantes, gratuité incomplète — freinent également l'adhésion. Simplifier, clarifier et élargir l'accès est indispensable pour garantir un parcours vaccinal fluide, lisible et équitable, afin qu'aucun senior ne soit laissé de côté.

Propositions

Pour améliorer la couverture vaccinale des seniors, il est essentiel :

- **De mettre en place** une logique de rappel et d'opportunité systématique lors des soins, en intégrant des mécanismes automatiques dans les logiciels métiers, en vérifiant systématiquement le statut vaccinal lors de moments clés (consultation à 65 ans, entrée en EHPAD) et en multipliant les occasions de vaccination.
- **De multiplier** les lieux et occasions de vaccination accessibles à tous, en diversifiant les

points d'accès (domicile, pharmacies, hôpitaux, médecine du travail, cabinets libéraux), en impliquant les mairies et en développant des dispositifs mobiles tels que les vaccibus, afin de s'adapter au quotidien des patients.

- **Que la sécurité sociale** assure le remboursement des vaccinations hospitalières (plus de 6 millions de personnes âgées de 65 ans et plus sont hospitalisées chaque année, les mettant en contact avec un univers expert) et au sein des collectivités gériatriques (EHPADs, foyers-logements, résidences autonomie, etc.).
- **De faire rentrer** la vaccination des usagers et des professionnels comme des critères forts de politique des établissements de santé et médico-sociaux avec la nécessité d'une traçabilité et d'une lutte contre les infections respiratoires virales acquises dans l'établissement.
- **De s'appuyer** sur un cadre logistique et financier clair, garantissant la gratuité des vaccins dans tous les contextes, simplifiant les prescriptions via un ordre permanent de vaccination, actualisant systématiquement le calendrier et favorisant la co-administration pour réduire le nombre de rendez-vous.
- **De proposer** une stratégie de communication proactive et innovante vers les 65 ans et plus, avec des messages personnalisés et suivis, portés par les professionnels de santé et des secteurs sociaux, permettant d'anticiper les hésitations et de favoriser un passage à l'acte rapide et éclairé.

AXE 3

INFORMER ET SENSIBILISER LES SENIORS ET LES PARTIES PRENANTES

Constat

Un déficit d'information claire et adaptée constitue l'un des principaux freins à la vaccination des seniors. Les messages de prévention, souvent techniques et impersonnels, peinent à convaincre et sont brouillés par la complexité des calendriers, la multiplicité des sources et la persistance de fausses croyances. Les bénéfices de la vaccination restent peu visibles, réduits à une contrainte plutôt qu'à un facteur de qualité de vie et d'autonomie. De plus, les outils pédagogiques adaptés aux seniors manquent, et la prévention vaccinale est insuffisamment intégrée dans les parcours de soins. Les occasions de sensibilisation sont souvent perdues, faute de coordination entre professionnels et relais de proximité (aidants, associations, structures locales). Cette situation entretient une perception partielle, voire négative, de la vaccination. Pour lever cet obstacle, il est essentiel de rendre la communication plus lisible, personnalisée et ancrée dans le quotidien.

Propositions

Pour renforcer la prévention vaccinale des seniors, il est nécessaire :

- **D'élaborer** une communication ciblée et accessible, utilisant des formats clairs (visuels, audio, témoignages) et mettant en avant les bénéfices concrets comme le maintien de l'autonomie.

- **D'organiser** la vaccination dans les parcours de soins et dans le quotidien, grâce à des consultations dédiées, une systématisation à l'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), une meilleure coordination entre professionnels et des actions locales de terrain.
- **De promouvoir** l'utilisation d'outils de communication directe et personnalisée (courrier d'information et d'invitation à se faire vacciner, rappels par SMS ou via le dossier médical partagé (DMP), relances par les soignants, messages intégrés sur les plateformes médicales) constitue un levier efficace pour inciter au passage à l'acte.
- **De rapprocher** la vaccination du terrain médical et social, en mobilisant davantage les acteurs de proximité — non seulement les professionnels de santé, les équipes en EHPAD et les professions proches du sanitaire (psychologues, diététiciens, ostéopathes, etc.) — mais aussi en mobilisant et formant l'ensemble des acteurs sociaux ainsi qu'en inscrivant la prévention vaccinale dans une vision élargie de qualité de vie, de la prévention de la perte d'autonomie et de la santé publique.

AXE 4

MOBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Constat

Les professionnels de santé occupent une place centrale dans la décision vaccinale des seniors, leur parole constituant l'un des principaux leviers de confiance. Les récentes données de Santé publique France indiquent d'ailleurs que 66 % des seniors font confiance aux professionnels de santé de premier recours pour les orienter dans leurs décisions vaccinales. Pourtant, ce rôle, qui concerne l'ensemble des acteurs de santé, reste encore sous-exploité : la formation initiale et continue reste inégale, les outils pédagogiques adaptés font défaut, et l'acte vaccinal n'est pas suffisamment valorisé, faute de temps dédié, d'indicateurs de qualité et de reconnaissance institutionnelle. Les initiatives locales manquent également de structuration, alors que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les équipes en EHPAD ou les services d'urgence pourraient jouer un rôle clé de coordination. Pour faire de la vaccination un réflexe partagé, il est donc indispensable de mieux former, mieux outiller et mieux reconnaître les professionnels, tout en inscrivant leur action dans une dynamique collective territoriale.

Propositions

Pour ancrer durablement la prévention vaccinale dans les pratiques, il est indispensable :

- **De renforcer** la formation initiale et continue sur la vaccination, en développant une culture commune dès les études de santé et en l'entretenant tout au long de la carrière via des modules courts, interactifs et accessibles, incluant la gestion de l'hésitation vaccinale, la communication persuasive et l'entretien motivationnel.
- **De fournir** aux professionnels des outils simples pour mieux informer et motiver les patients, en leur fournissant des supports pratiques (fiches, infographies, check-lists, messages types) et en promouvant des approches comme l'entretien motivationnel ou des webinaires dédiés.
- **De valoriser et reconnaître** l'engagement vaccinal des soignants, y compris sur un mode financier, en leur accordant du temps de consultation dédié, en intégrant la vaccination comme indicateur de qualité clé obligatoire et en mettant en avant leur exemplarité, y compris à travers des dispositifs symboliques ou institutionnels.
- **D'organiser** l'action locale et territoriale pour maintenir une dynamique collective, en structurant des équipes vaccinales de proximité. Les CPTS doivent toutes inscrire la vaccination comme un objectif annuel d'amélioration des couvertures vaccinales sur leur territoire aux EHPADs, résidences autonomie et autres institutions collectives.

AXE 5

FAVORISER L'ACCÈS À L'INNOVATION, Y COMPRIS PAR L'USAGE DES OUTILS NUMÉRIQUES ET LEUR DÉPLOIEMENT

Constat

Bien que la vaccination soit l'un des leviers les plus efficaces de prévention, son accès reste complexe et inégal. Les parcours varient selon les territoires et la traçabilité vaccinale demeure très insuffisante malgré l'existence d'un carnet vaccinal numérique au sein du DMP de Mon Espace Santé. Ce carnet n'est pas assez agile, facile et rapide d'utilisation tant pour les professionnels que les usagers. Le déficit d'outils digitaux adaptés — rappels automatisés, alertes personnalisées, exploitation des données de l'Assurance Maladie ou du DMP — prive les seniors d'opportunités de vaccination, alors même qu'ils sont de plus en plus à l'aise avec le numérique. Par ailleurs, l'innovation vaccinale, qu'il s'agisse de formulations renforcées (grippe haute dose et adjuvanté, VRS) ou de nouvelles modalités d'administration, n'est pas toujours rapidement accessible en France, accentuant le retard vis-à-vis d'autres pays européens. Sans outils modernes ni mécanismes d'accès fluides, la stratégie vaccinale reste limitée. Miser sur l'innovation technologique, organisationnelle comme médicale, est indispensable pour simplifier et dynamiser la vaccination des seniors et en accroître l'adhésion.

Propositions

Le numérique doit devenir un levier central pour améliorer la prévention vaccinale des seniors, tout en tenant compte des difficultés d'accès ou d'usage du numérique dans cette population. La priorité est :

- **De mettre en place** un outil d'IA d'interfaçage facilitant l'utilisation du carnet vaccinal numérique pour qu'il devienne réellement partagé (interprofessionnel, usagers, aidants), accessible et interopérable, permettant aux patients de suivre leur statut vaccinal adapté à leur profil, de le partager avec les professionnels et de faciliter le repérage automatique des vaccinations à réaliser, tout en renforçant la coordination interprofessionnelle.
- **D'automatiser** le suivi et le rappel personnalisé grâce à cet outil « intelligent » numérique, en généralisant les aides à la prescription, les alertes et les rappels adaptés aux caractéristiques de chaque patient, en s'appuyant notamment sur les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).
- **D'engager** les aidants et les acteurs sociaux à accompagner les usagers les plus réticents compte tenu des difficultés persistantes à l'utilisation du numérique. Ces publics pourraient être approchés via des approches ludiques ou incitatives digitales, qu'il s'agisse de nudges numériques (systèmes de récompense, notifications positives), de communautés en ligne ou de contenus pédagogiques variés (vidéos, podcasts, ambassadeurs numériques), afin de renforcer la confiance, lutter contre la désinformation et stimuler l'adhésion, tout en garantissant l'accès effectif aux vaccins spécifiquement adaptés aux seniors, comme les vaccins antigrippaux renforcés et les vaccins contre le VRS.

AXE 6

INTÉGRER LA PRÉVENTION VACCINALE DANS LE PARCOURS GÉRIATRIQUE

Constat

Le fardeau des maladies infectieuses, notamment respiratoires, s'exprime par la survenue ou l'aggravation de la perte d'autonomie physique. L'ensemble des communautés médicales et paramédicales prenant en charge des patients de 65 ans et plus devrait en être averti. Des recommandations de la HAS sur la prévention de la « dépendance iatrogène » ont été émises en 2017, sans évaluation spécifique depuis. En parallèle, des centaines de milliers de patients entrent chaque année dans des parcours de soins rencontrant l'expertise gériatrique (hôpital, EHPAD, foyer-logement, etc.). Des dizaines de milliers d'évaluations gériatriques sont réalisées, sans qu'il n'existe de recommandations spécifiques ni de critères de qualité relatifs à la prévention de la perte d'autonomie après un épisode infectieux, ni concernant les maladies à prévention vaccinale.

Propositions

Il paraît nécessaire :

- **D'intégrer** la prévention vaccinale dans les évaluations gériatriques standardisées.
- **De faire** de la prévention vaccinale une priorité dans les structures et établissements d'accueil à la personne âgée.
- **De développer** des parcours de soins spécifiques post-infection pour prévenir le déclin fonctionnel.

Des dizaines de milliers d'évaluations gériatriques sont réalisées, sans qu'il n'existe de recommandations spécifiques ni de critères de qualité relatifs à la prévention de la perte d'autonomie après un épisode infectieux.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : IL EST TEMPS D'AGIR ENSEMBLE POUR UN AVENIR EN MEILLEURE SANTÉ.

La France vieillit rapidement. En 2030, les 65 ans et plus seront plus nombreux que les moins de 15 ans. Cette transition démographique constitue l'un des défis majeurs de notre modèle social. Le législateur en a pris conscience en créant, en 2020, la cinquième branche de la Sécurité sociale, dédiée à l'autonomie. Pour la première fois, la perte d'autonomie a été reconnue comme un risque social à part entière, au même titre que la maladie ou la vieillesse.

Mais les moyens alloués restent largement insuffisants face à l'ampleur du défi. La branche autonomie est sous-dotée, et les réponses actuelles restent centrées sur le financement du soin et de la dépendance, plutôt que sur la préservation de l'autonomie en amont. Or, nous savons que chaque hospitalisation pour infection respiratoire ou zona fragilise durablement les seniors, accélère le déclin cognitif, multiplie les risques cardiovasculaires, et conduit trop souvent à l'entrée en institution.

La prévention vaccinale des seniors est l'un des leviers les plus efficaces pour prévenir, et l'un des plus accessibles pour inverser cette

tendance. Pourtant, elle reste négligée pour trois raisons principales :

1. Des arbitrages budgétaires défavorables : les investissements de prévention sont systématiquement relégués derrière les dépenses curatives. L'exemple du financement des vaccins renforcés contre la grippe ou du déploiement retardé des vaccins VRS est emblématique de ce biais structurel.

2. Des délais réglementaires et administratifs : en France, l'évaluation et le remboursement des vaccins sont plus lents que dans de nombreux pays européens. Résultat : à l'hiver 2024-2025, les seniors français n'ont pas eu accès aux vaccins anti-VRS alors qu'ils étaient disponibles dans plusieurs pays voisins.

3. Un déficit de pilotage stratégique : contrairement à la vaccination infantile, qui a fait l'objet d'une politique volontariste (obligation vaccinale, campagnes nationales, financements dédiés), la vaccination des seniors reste un « angle mort » de la santé publique française.

La France ne peut plus se contenter de réagir en urgence à chaque épidémie saisonnière. Elle doit bâtir une véritable stratégie nationale de vaccination des seniors.

Face à ce constat, l'enjeu est triple, individuel et collectif :

- **Sanitaire** : prévenir des dizaines, voire des centaines de milliers d'hospitalisations chaque année et préserver l'autonomie de millions de seniors.

- **Social** : alléger le fardeau de la dépendance représente non seulement un gain d'espérance de vie en santé pour l'individu, mais aussi pour ses aidants informels (famille, entourage) et formels (secteur social, départements, municipalités).

- **Économique** : réduire le coût évalué à plusieurs milliards d'euros par an pour la CNSA, l'Assurance maladie, les familles et les aidants, afin de préserver la soutenabilité de notre système de solidarité.

La France ne peut plus se contenter de réagir en urgence à chaque épidémie saisonnière. Elle doit bâtir une véritable stratégie nationale de vaccination des seniors, structurée autour de trois piliers :

- **un accès rapide** aux innovations vaccinales, au même rythme que nos voisins européens,

- **une intégration systématique** de la vaccination dans les parcours de soins du vieillissement (consultations de prévention, EHPAD, services hospitaliers, pharmacies),

- **une gouvernance claire** avec des objectifs chiffrés, suivis et publiés.

L'histoire de la Sécurité sociale s'est construite autour de quatre branches, puis d'une cinquième dédiée à l'autonomie. Le prochain chapitre devra être celui de la prévention. Tant que la prévention restera une variable d'ajustement budgétaire, nous financerons la dépendance au lieu de l'éviter. Faire de la vaccination un pilier du vieillissement en bonne santé, c'est prolonger l'esprit fondateur de notre solidarité nationale.

Vieillir en bonne santé est un impératif fondamental de santé publique. Cet objectif ne pourra être atteint que si la prévention vaccinale devient un pilier des politiques de longévité, au même titre que l'activité physique, la nutrition ou la prévention des chutes.

Ne pas agir, c'est accepter l'augmentation continue des hospitalisations, de la dépendance et des coûts sociaux. Agir maintenant, c'est préserver l'autonomie, la dignité et la qualité de vie des générations qui vieillissent.

La prévention vaccinale ne peut rester une option. Elle est un choix de société urgent.

La vaccination des seniors n'est pas une dépense, c'est un investissement.

GLOSSAIRE

ADL : Activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living)

ARS : Agence Régionale de Santé

AURA : Auvergne-Rhône-Alpes (région, souvent utilisée pour l'URPS Pharmaciens AURA)

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRT : Centre de Ressources Territorial

CTV : Commission Technique des Vaccinations (de la HAS)

DMP : Dossier Médical Partagé

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GEIG : Groupe d'Étude et d'Information sur la Grippe

HAS : Haute Autorité de Santé

hMPV : Métapneumovirus humain

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

IIP : Infections invasives à pneumocoque

MCOOR : Médecins Coordonnateurs d'EHPAD et du secteur médico-social (association nationale)

MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAC : Pneumonie aiguë communautaire

PCR : Réaction de polymérisation en chaîne (Polymerase Chain Reaction)

QALYs : Qualité de vie ajustée sur les années (Quality-Adjusted Life Years)

SARS-CoV-2 : Virus responsable de la Covid-19

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VRS : Virus respiratoire syncytial

VZV : Virus varicelle-zona

BIBLIOGRAPHIE

1. Addario A, Lamarsalle L, Lemaitre M. Rapport pour le Livre Blanc « Infections respiratoires des seniors : reconnaître l'ampleur du fardeau et agir pour une meilleure prévention vaccinale [Internet]. 2025 nov. Disponible sur: <https://preventionvaccinale-seniors.fr/>
2. Santé Publique France. Fardeau de la grippe en France métropolitaine, bilan des données de surveillance lors des épidémies 2011-12 à 2021-22 [Internet]. [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/fardeau-de-la-grippe-en-france-metropolitaine-bilan-des-donnees-de-surveillance-lors-des-epidemies-2011-12-a-2021-22>
3. Savic M, Penders Y, Shi T, Branche A, Pirçon JY. Respiratory syncytial virus disease burden in adults aged 60years and older in high-income countries: A systematic literature review and meta-analysis. *Influenza Other Respir Viruses*. janv 2023;17(1):e13031.
4. Loubet P, Fernandes J, de Pouvourville G, Sosnowiez K, Elong A, Guilmet C, et al. Respiratory syncytial virus-related hospital stays in adults in France from 2012 to 2021: A national hospital database study. *J Clin Virol Off Publ Pan Am Soc Clin Virol*. avr 2024;171:105635.
5. Nguyen-Van-Tam JS, O'Leary M, Martin ET, Heijnen E, Callendret B, Fleischhackl R, et al. Burden of respiratory syncytial virus infection in older and high-risk adults: a systematic review and meta-analysis of the evidence from developed countries. *Eur Respir Rev Off J Eur Respir Soc*. 31 déc 2022;31(166):220105.
6. Shi T, Arnott A, Semogas I, Falsey AR, Openshaw P, Wedzicha JA, et al. The Etiological Role of Common Respiratory Viruses in Acute Respiratory Infections in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Infect Dis*. 7 oct 2020;222(Supplement_7):S563-9.
7. SPF. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bilan de la saison 2024-2025. [Internet]. [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19.-bilan-de-la-saison-2024-2025>
8. SARS-CoV-2 variants of concern as of 25 April 2025 [Internet]. 2021 [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>
9. Institut Pasteur [Internet]. 2016 [cité 9 mai 2025]. Virus des infections respiratoires (dont la grippe et le SARS-CoV-2). Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/tous-cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe-sars-cov-2>

10. Guiso N, Liese J, Plotkin S. The Global Pertussis Initiative: meeting report from the fourth regional roundtable meeting, France, April 14-15, 2010. *Hum Vaccin*. avr 2011;7(4):481-8.
11. Monchause T, Launay T, Rossignol L, Ait El Belghiti F, Brisse S, Guiso N, et al. Clinical characteristics of cases during the 2024 pertussis epidemic in France, January 2024 to December 2024. *Vaccine*. 2 avr 2025;51:126862.
12. Broberg EK, Waris M, Johansen K, Snacken R, Penttinen P, European Influenza Surveillance Network. Seasonality and geographical spread of respiratory syncytial virus epidemics in 15 European countries, 2010 to 2016. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. févr 2018;23(5):17-00284.
13. Obando-Pacheco P, Justicia-Grande AJ, Rivero-Calle I, Rodríguez-Tenreiro C, Sly P, Ramilo O, et al. Respiratory Syncytial Virus Seasonality: A Global Overview. *J Infect Dis*. 11 avr 2018;217(9):1356-64.
14. The epidemiological signature of influenza B virus and its B/Victoria and B/Yamagata lineages in the 21st century | *PLOS One* [Internet]. [cité 13 mai 2025]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0222381>
15. SPF. Surveillance de la grippe en France, saison 2022-2023 [Internet]. [cité 13 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/surveillance-de-la-grippe-en-france-saison-2022-2023>
16. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=C&i=sursaud_sau.prop_pneumo_pass_sau&s=2025-S17&t=a01&view=map2
17. Paget C, Trottein F. Mechanisms of Bacterial Superinfection Post-influenza: A Role for Unconventional T Cells. *Front Immunol*. 1 mars 2019;10:336.
18. McCullers JA. The co-pathogenesis of influenza viruses with bacteria in the lung. *Nat Rev Microbiol*. avr 2014;12(4):252-62.
19. Short KR, Habets MN, Hermans PWM, Diavatopoulos DA. Interactions between *Streptococcus pneumoniae* and influenza virus: a mutually beneficial relationship? *Future Microbiol*. mai 2012;7(5):609-24.
20. Sabra A, Bourgeois M, Blanc E, Fievez S, Moisi J, Goussiaume G, et al. Hospital Burden of All-Cause Pneumonia and Nonbacteremic Pneumococcal Pneumonia in Adults in France Between 2013 and 2019. *Open Forum Infect Dis*. 1 juill 2024;11(7):ofae349.
21. Santé Publique France. Calendrier simplifié des vaccinations 2025, 65 ans et plus [Internet]. [cité 20 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/calendrier-simplifie-des-vaccinations-2025-65-ans-et-plus-carte-postale>
22. Haute Autorité de Santé. Vaccination contre la grippe saisonnière des personnes de 65 ans et plus. Place des vaccins Efluelda et Fluad [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3604446/fr/vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-des-personnes-de-65-ans-et-plus-place-des-vaccins-efluelda-et-fluad

23. Santé Publique France. Grippe saisonnière [Internet]. 2025 oct [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Grippe-saisonniere>
24. SPF. Vaccination en France. Bilan de la couverture vaccinale en 2024. [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/vaccination-en-france-bilan-de-la-couverture-vaccinale-en-2024>
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 juin 2025]. Stratégie vaccinale de prévention des infections par le VRS chez l'adulte âgé de 60 ans et plus. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3460918/fr/strategie-vaccinale-de-prevention-des-infections-par-le-vrs-chez-l-adulte-age-de-60-ans-et-plus
26. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 7 juin 2025]. Vaccination contre le VRS : protéger les personnes âgées de graves complications. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3528825/fr/vaccination-contre-le-vrs-protger-les-personnes-agees-de-graves-complications
27. Symes R, Whitaker HJ, Ahmad S, Arnold D, Banerjee S, Evans CM, et al. Vaccine effectiveness of a bivalent respiratory syncytial virus (RSV) pre-F vaccine against RSV-associated hospital admission among adults aged 75–79 years in England: a multicentre, test-negative, case–control study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 27 oct 2025 [cité 13 nov 2025];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00546-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00546-8/fulltext)
28. Payne AB, Watts JA, Mitchell PK, Dascomb K, Irving SA, Klein NP, et al. Respiratory syncytial virus (RSV) vaccine effectiveness against RSV-associated hospitalisations and emergency department encounters among adults aged 60 years and older in the USA, October, 2023, to March, 2024: a test-negative design analysis. *The Lancet*. 19 oct 2024;404(10462):1547-59.
29. Lassen MCH, Johansen ND, Christensen SH, Aliabadi N, Skaarup KG, Modin D, et al. RSV Prefusion F Vaccine for Prevention of Hospitalization in Older Adults. *N Engl J Med* [Internet]. [cité 19 nov 2025];0(0). Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2509810>
30. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 7 juin 2025]. Pneumocoques : élargir la vaccination à tous les adultes de 65 ans et plus. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3586294/fr/pneumocoques-elergir-la-vaccination-a-tous-les-adultes-de-65-ans-et-plus
31. Wyplosz B, Grenier B, Roche N, Roubille F, Loubet P, Sultan A, et al. Pneumococcal vaccination at 65 years and vaccination coverage in at-risk adults: A retrospective population-based study in France. *PLOS ONE*. août 2025;20(8):e0329703.
32. Link-Gelles R, Chickery S, Webber A, Ong TC, Rowley EAK, DeSilva MB, 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*. 27 févr 2025;74(6):73-82.

33. Tollefson SJ, Cox RG, Williams JV. Studies of culture conditions and environmental stability of human metapneumovirus. *Virus Res*. 7 avr 2010;151(1):54.
34. Masson E. EM-Consulte. [cité 13 juin 2025]. Métapneumovirus humain. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/202062/metapneumovirus-humain>
35. Darniot M, Pitoiset C, Petrella T, Aho S, Pothier P, Manoha C. Age-associated aggravation of clinical disease after primary metapneumovirus infection of BALB/c mice. *J Virol*. avr 2009;83(7):3323-32.
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Recommandations vaccinales contre le Zona. Place du vaccin Shingrix. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3498915/fr/recommandations-vaccinales-contre-le-zona-place-du-vaccin-shingrix
37. Parikh R, Yousefi M, Curran D, Widenmaier R. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Incidence of Herpes Zoster: A Narrative Literature Review. *Infect Dis Ther*. mars 2024;13(3):447-61.
38. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Intérêt des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) antigéniques COVID/grippe et COVID/grippe/VRS en ville. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3444489/fr/interet-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-antigeniques-covid/grippe-et-covid/grippe/vrs-en-ville
39. Allen JC, Toapanta FR, Chen W, Tennant SM. Understanding immunosenescence and its impact on vaccination of older adults. *Vaccine*. 14 déc 2020;38(52):8264-72.
40. Buisson Y, Bégué P, Michel JP. Rapport 23-25. Vaccination des seniors. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 févr 2024;208(2):131-41.
41. Fleming DM, Cross KW. Respiratory syncytial virus or influenza? *Lancet Lond Engl*. 18 déc 1993;342(8886-8887):1507-10.
42. Hansen CL, Chaves SS, Demont C, Viboud C. Mortality Associated With Influenza and Respiratory Syncytial Virus in the US, 1999–2018. *JAMA Netw Open*. 28 févr 2022;5(2):e220527.
43. FLEMING DM, ELLIOT AJ. Lessons from 40 years' surveillance of influenza in England and Wales. *Epidemiol Infect*. juill 2008;136(7):866-75.
44. Kwong JC, Schwartz KL, Campitelli MA, Chung H, Crowcroft NS, Karnauchow T, et al. Acute Myocardial Infarction after Laboratory-Confirmed Influenza Infection. *N Engl J Med*. 25 janv 2018;378(4):345-53.
45. Mats C, Højbjerg Lassen MD, Daniel Modin MD, Niklas Dyrby Johansen MD, Pradeesh Sivapalan MD, Anders Hviid Dms, Tyra Grove Krause MD, et al. Respiratory Syncytial Virus and Incidence of Cardiovascular Events: A Nationwide Self-Controlled Case Series Analysis. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 15 avr 2025 [cité 13 juin 2025]; Disponible sur: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2025.02.031>

46. Loubet P, Lenzi N, Valette M, Foulongne V, Krivine A, Houhou N, et al. Clinical characteristics and outcome of respiratory syncytial virus infection among adults hospitalized with influenza-like illness in France. Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis. avr 2017;23(4):253-9.
47. ESTIVARS – Estimation du fardeau des hospitalisations dues au Virus Respiratoire Syncytial chez les adultes âgés en France - EM consulte [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1666863/estivars-%E2%80%93-estimation-du-fardeau-des-hospitalisations>
48. Kim YE, Huh K, Park YJ, Peck KR, Jung J. Association Between Vaccination and Acute Myocardial Infarction and Ischemic Stroke After COVID-19 Infection. JAMA. 6 sept 2022;328(9):887-9.
49. Bukhbinder AS, Ling Y, Hasan O, Jiang X, Kim Y, Phelps KN, et al. Risk of Alzheimer's Disease Following Influenza Vaccination: A Claims-Based Cohort Study Using Propensity Score Matching. J Alzheimers Dis JAD. 2022;88(3):1061-74.
50. Huo X, Finkelstein J. Pneumococcal Vaccination Lowers the Risk of Alzheimer's Disease: A Study Utilizing Data from the IBM[®] MarketScan[®] Database. In: MEDINFO 2023 — The Future Is Accessible [Internet]. IOS Press; 2024 [cité 5 juin 2025]. p. 961-5. Disponible sur: <https://ebooks.iospress.nl/doi/10.3233/SHT1231107>
51. Bavelele P. La vaccination antigrippale modifie-t-elle le pronostic des patients âgés hospitalisés avec grippe?
52. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre les infections à pneumocoque - Place du vaccin pneumococcique polysidique conjugué (20-valent, adsorbé) chez l'adulte [Internet]. [cité 13 nov 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3457419/fr/strategie-de-vaccination-contre-les-infections-a-pneumocoque-place-du-vaccin-pneumococcique-polysidique-conjugué-20-valent-adsorbe-chez-l-adulte
53. Izurieta HS, Wu X, Forshee R, Lu Y, Sung HM, Agger PE, et al. Recombinant Zoster Vaccine (Shingrix): Real-World Effectiveness in the First 2 Years Post-Licensure. Clin Infect Dis. 15 sept 2021;73(6):941-8.
54. Williams KV, Krauland MG, Nowalk MP, Harrison LH, Williams JV, Roberts MS, et al. Increasing child vaccination coverage can reduce influenza cases across age groups: An agent-based modeling study. J Infect [Internet]. 1 mars 2025 [cité 29 sept 2025];90(3). Disponible sur: [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(25\)00037-4/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(25)00037-4/fulltext)

ANNEXES

Annexe A – Liste des contributeurs

- BARREAU Christelle**, Infirmière coordinatrice (IDEC), EHPAD Résidence Jean Mahaut (Nieul – Limoges agglomération)
- Pr BARTHELEMY Catherine**, Présidente de l'Académie nationale de médecine (2024)
- BIAIS-SAUVETRE Elsa**, Présidente du Comité vaccins du Leem entre 2023 et 2025, Responsable Affaires Publiques, Pfizer France
- BOURQUIN Marc**, Conseiller stratégie « parcours, proximité, autonomie et territoire » – FHF (délégation générale)
- Dr BRONNER Claude**, Médecin généraliste ; Président URPS Médecins Libéraux Grand Est
- Pr BUISSON Yves**, Médecin/biologiste, membre ANM ; pilote/figure des travaux Vaccination (rapports ANM)
- Dr CASTAN Bernard**, Infectiologue (CH Périgueux) ; Président de la SPILF
- CATILLON David**, Directeur de l'Offre Médico-Sociale – ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
- CAYOL Quentin**, Directeur-adjoint, Association A3 (Marseille)
- Dr COHEN Jean Marie**, Médecin généraliste, président d'Open Rome, enseignant chercheur associé P2S/UR4129, Université Lyon 1
- Dr DAGHER Joelle**, PharmD, PhD, responsable scientifique et rédactrice médicale, KPL
- DENIS Sylvain**, Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR) – Président d'honneur
- Dr FOURNIER Sandra**, Infectiologue AP-HP ; Service Prévention du Risque Infectieux ; membre CA & Conseil scientifique SF2H
- Dr KOECK Jean-Louis**, Médecin/biologiste, directeur de publication MesVaccins.net ; Groupe d'études en préventologie (GEP)
- LAMARSALLE Ludovic**, Pharmacien et économiste de la santé, Healstra
- Pr LAUNAY Odile**, PU-PH infectiologie (Cochin, AP-HP) ; coordinatrice I-REIVAC (Innovative Clinical Research Network in Vaccinology)
- Dr LEMARQUIS Paul**, Pharmacien d'officine – Aire-sur-l'Adour (Pharmacie Lemarquis)
- Dr en pharmacie LIEBERMANN Philippe**, Président de l'Académie nationale de Pharmacie
- Dr MEYER Stéphan**, Médecin coordonnateur d'EHPAD – Limoges (Haute-Vienne), vice-président MCOOR
- Dr RONNAUX-BARON Anne Sophie**, Responsable du pôle régional de veille sanitaire – ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- ROZE Stéphane**, Économiste de la santé (HEOR)
- SILVA DO LAGO David**, Animateur réseau / chargé de projets – Gérontopôle AURA ; pilote du projet PREVAX
- THEBAULT Philippe**, Président – Alliance du Cœur
- Dr THEBAUT Jean-François**, Cardiologue ; Vice-Président de la Fédération Française des Diabétiques (FFD)

Annexe B – Liste des partenaires

BRICOUT Hélène, Responsable Affaires Médicales Vaccins de l'adulte, Sanofi
 DEGAND Ellina, Cheffe de projet médical Vaccins et Thérapies Immunes, AstraZeneca
 DUQUESNE Camille, Responsable Affaires Publiques, AstraZeneca
 DEMONT Clarisse, Medical Advisor, Moderna
 DUROSIER Vincent, France Disease Areas Medical Director, Viatriis
 FIEVEZ Stéphane, Responsable Médico-Economie, Pfizer
 GILLET Sandrine, OTC Marketing Director, Viatriis
 GINOUX Sophie, Directrice médicale déléguée vaccins, MSD
 HAOND Justine, Medical Advisor Dermatologie/Antisepsie/Vaccines, Viatriis
 HENNION Olga, MSL, CSL Seqirus
 JACQUEMET Pandora, Medical Lead Vaccins, GSK
 LABIB Marina, Medical Advisor Vaccins, GSK
 MEZOUAR Linda, Medical Lead, CSL Seqirus
 MOURLAT Benoit, Directeur affaires publiques et engagement associative vaccins, MSD
 RUBIO Ingrid, Medical Advisor, Viatriis
 TOURON Clémence, Responsable médical des vaccins de l'adulte, Sanofi Vaccin France
 VACHERET Mathias, Medical Advisor vaccin, Pfizer
 WILLEMS Claire, Directrice Médicale France, département des Affaires Médicales, Viatriis

Annexe C – Liste exhaustive des axes et propositions issus des groupes de travail pour transformer la couverture vaccinale en France

Axe 1 — Renforcer la gouvernance nationale et la coordination territoriale

Proposition 1

Définir une stratégie nationale claire et lisible sur la vaccination des seniors

- Inscrire la vaccination des seniors dans une stratégie nationale cohérente, lisible et ambitieuse.
- Porter cette stratégie au plus haut niveau politique, avec une coordination nationale claire.
- Reconnaître la CTV comme référence scientifique dans les décisions de la HAS, pour garantir solidité et alignement.
- Faire de la prévention vaccinale une grande cause nationale afin de mobiliser l'opinion publique.
- Intégrer explicitement la vaccination dans les politiques d'autonomie pour renforcer sa légitimité et son impact auprès des seniors.

Proposition 2

Renforcer la gouvernance territoriale pour une mise en œuvre adaptée et agile

- S'appuyer sur une gouvernance territoriale forte pour adapter la stratégie vaccinale aux réalités locales.
- Créer des comités opérationnels départementaux, à l'image de ceux du programme PREVAX, pour structurer l'action sur le terrain.
- Impliquer pleinement les ARS, avec une mission claire de pilotage de la vaccination.
- Mobiliser les municipalités, acteurs de proximité, pour organiser des actions concrètes.
- Laisser une marge d'adaptation aux territoires afin de favoriser l'émergence de solutions locales innovantes.

Proposition 3

Nommer des référents nationaux et régionaux pour piloter et incarner la stratégie vaccinale

- Assurer une incarnation forte et visible de la politique vaccinale à tous les niveaux.
- Désigner un coordinateur ou une coordinatrice nationale, rattaché(e) au ministère de la Santé, pour garantir une direction claire et continue.
- Mobiliser les Gérontopôles pour intégrer la prévention vaccinale dans leurs missions.
- Inclure un comité senior au sein de la CTV pour porter les enjeux spécifiques aux 65 ans et plus.
- Veiller à ce que les décisions nationales reflètent les besoins réels de cette population.

Proposition 4

Structurer le pilotage par les données pour guider l'action

- Mettre en place des outils de suivi précis et partagés pour piloter efficacement la stratégie vaccinale.
- Élaborer des tableaux de bord permettant de suivre la couverture vaccinale par tranche d'âge et par territoire.
- Identifier rapidement les zones de fragilité et ajuster les actions en conséquence.
- Impliquer la CNAV pour faciliter le repérage des publics cibles.
- Clarifier le maillage territorial entre acteurs institutionnels pour éviter les redondances, fluidifier les échanges et garantir une coordination optimale entre le national et le local.

Axe 2 — Simplifier le parcours vaccinal et garantir l'égalité d'accès

Proposition 1

Mettre en place une logique de rappel et d'opportunité systématique lors des soins

- Intégrer des mécanismes de rappel systématiques dans le parcours de soins pour ne plus rater les occasions de vacciner.
- Afficher des pop-ups dans les logiciels métiers (médecins généralistes, pharmaciens) signalant les vaccinations à jour ou manquantes.
- Mettre en place une vérification automatique du statut vaccinal, notamment pendant la période hivernale.
- Proposer une consultation vaccinale dédiée à 65 ans, moment clé du suivi médical.
- Effectuer un point systématique sur la vaccination à l'entrée en EHPAD pour saisir cette opportunité vaccinale.

Proposition 2

Multiplier les lieux et occasions de vaccination accessibles à tous

- Diversifier les lieux de vaccination pour en améliorer l'accessibilité.
- Étendre l'offre vaccinale au-delà des structures médicales traditionnelles : vaccination à domicile, en pharmacie, à l'hôpital, sur le lieu de travail (médecine du travail).
- Impliquer les mairies, notamment en zones rurales ou éloignées, pour :
 - Organiser des dispositifs mobiles (ex. vaccibus)
 - Mettre à disposition des locaux adaptés
- Favoriser une approche multisite, attendue des patients, qui facilite l'acte vaccinal en l'adaptant à leur quotidien.

Proposition 3

Instaurer un cadre logistique et financier clair pour faciliter l'acte vaccinal

- Créer un environnement organisationnel stable et lisible pour améliorer le recours à la vaccination.
- Garantir la gratuité des vaccins dans tous les contextes, y compris à l'hôpital.
- Mettre en place un ordre permanent de vaccination pour simplifier les prescriptions.
- Actualiser systématiquement le calendrier vaccinal à chaque nouvelle recommandation.
- Promouvoir la co-administration des vaccins pour limiter le nombre de rendez-vous nécessaires.

Proposition 4

Proposer une stratégie de communication proactive vers les 65 ans et plus

- Déployer une démarche active de sensibilisation auprès des personnes de 65 ans et plus.
- Envoyer systématiquement des propositions de vaccination personnalisées, assorties d'un suivi structuré.
- Impliquer les professionnels de santé pour porter ces messages, assurer pédagogie et réassurance.
- Utiliser une communication directe et contextualisée afin d'anticiper les hésitations.
- Encourager un passage à l'acte rapide et éclairé grâce à cette approche proactive.

Axe 3 — Informer et sensibiliser les seniors et les parties prenantes

Proposition 1

Déployer une communication ciblée et accessible pour renforcer l'adhésion des seniors à la vaccination

- Utiliser des formats clairs et accessibles : FALC (Facile à lire et à comprendre), audio, visuels.
- Personnaliser les contenus en fonction des profils : patients, aidants, professionnels de santé.
- Diversifier les supports : affiches, vidéos, podcasts, mini-films avec témoignages de seniors.
- Mieux exploiter les bons de vaccination comme leviers d'incitation et outils d'information.
- Mettre l'accent sur les bénéfices concrets de la vaccination, en particulier la préservation de l'autonomie.

Proposition 2

Organiser la vaccination des seniors dans les parcours de soins et dans le quotidien

- Intégrer pleinement la vaccination dans toutes les étapes de la prise en charge médicale des seniors.
- Mettre en place des consultations dédiées, notamment autour de l'âge de 65 ans.
- Systématiser la vaccination dès l'entrée en EHPAD.
- Intégrer la vaccination dans la gestion des maladies chroniques évolutives.
- Renforcer la dynamique vaccinale par des actions de terrain, comme :
 - Les animations locales (ex. GECOVAX)
 - La mobilisation des IPA et des assistantes médicales
- Faciliter le repérage actif des patients non vaccinés via la constitution de listes partagées.
- Améliorer la coordination entre professionnels autour de la vaccination.

Proposition 3

Utiliser des outils de communication directe et personnalisée pour inciter au passage à l'acte vaccinal

- Utiliser des rappels automatisés pour inciter à la vaccination, via : SMS, messageries du DMP, autres canaux digitaux.
- Personnaliser les messages selon le profil du patient.
- S'appuyer sur les données des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) pour identifier les patients non à jour.
- Permettre aux professionnels de santé de recontacter directement leurs patients grâce à des systèmes de relance intégrés.
- Afficher des bannières promotionnelles sur des plateformes médicales telles que Doctolib ou Vidal.
- Maintenir une présence continue du message vaccinal sur les outils numériques du quotidien.

Proposition 4

Rapprocher la vaccination du terrain médical et social

- Sensibiliser les acteurs de proximité : médecins gériatres, équipes soignantes en EHPAD, ressources humaines des établissements, aidants.
- Renforcer leur rôle en tant que relais du message de prévention vaccinale.
- Investir les espaces de dialogue professionnel (ex. congrès de médecine générale) pour ancrer la vaccination dans la pratique courante.
- Sortir d'une approche strictement médicale et inscrire la prévention vaccinale dans une vision plus large de santé publique et de qualité de vie.

Axe 4 — Mobiliser et former les professionnels de santé

Proposition 1

Renforcer la formation continue et initiale sur la vaccination

- Développer une culture commune de la vaccination dès la formation initiale des professionnels de santé.
- Entretenir cette culture tout au long de la carrière grâce à une formation continue adaptée.
- Proposer des formats pédagogiques accessibles : modules courts, supports interactifs, webinaires, sessions de questions/réponses.
- Inclure dans les formations des contenus sur les calendriers vaccinaux, l'hésitation vaccinale et les techniques de communication persuasive.
- Mettre en place une re-certification courte à chaque mise à jour des recommandations.
- S'appuyer sur les Centres de Ressources Territoriaux (CRT) pour structurer et déployer ces actions sur l'ensemble du territoire.

Proposition 2

Accompagner les professionnels avec des outils simples pour mieux informer et convaincre les patients

- Fournir aux professionnels de santé des outils pratiques et faciles à utiliser pour sensibiliser patients, aidants et usagers.
- Mettre à disposition des fiches explicatives, infographies, messages types et check-lists.
- Utiliser l'entretien motivationnel comme levier pour accompagner les décisions des patients.
- Renforcer la communication sur les complications méconnues de certaines infections, comme la grippe, pour convaincre les plus hésitants.
- Organiser des webinaires et des sessions de sensibilisation en EHPAD pour ancrer ces outils dans la pratique quotidienne.

Proposition 3

Valoriser et reconnaître l'engagement vaccinal des soignants

- Reconnaître l'engagement des professionnels de santé dans la vaccination pour renforcer leur motivation et diffuser les bonnes pratiques.
- Valoriser concrètement l'acte vaccinal, notamment par du temps médical dédié et des indicateurs de qualité.
- Mettre en place des dispositifs d'exemplarité, comme le port de badges « Je suis vacciné », pour renforcer la crédibilité des messages auprès des patients.
- Intégrer la vaccination dans l'évaluation médico-sociale (ex. PATHOS) afin de formaliser et valoriser cet engagement au niveau institutionnel.

Proposition 4

Organiser l'action locale et territoriale pour maintenir une dynamique collective

- Structurer l'action vaccinale au plus près des territoires pour garantir une mobilisation pérenne.
- Créer des équipes locales de vaccination dans chaque établissement pour assurer animation, repérage des patients à vacciner et retour d'expérience.
- Mobiliser les CPTS comme relais pour la formation et la coordination des acteurs.
- Renforcer la sensibilisation des urgentistes et des cardiologues, dont la parole a un fort impact auprès des patients.
- Intégrer le statut vaccinal dans les prérequis professionnels, dans une logique d'exemplarité plutôt que de contrainte.

Axe 5 — Favoriser l'accès à l'innovation, y compris par l'usage des outils numériques et leur déploiement

Proposition 1

Mettre en place un carnet vaccinal numérique partagé avec rappels et accès facilité

- Développer un carnet de vaccination électronique, accessible et interopérable, comme priorité pour améliorer la continuité des soins.
- Permettre aux patients de suivre et partager facilement leur statut vaccinal avec les professionnels de santé.
- Intégrer ce carnet dans les logiciels métiers des soignants (médecins, pharmaciens, infirmiers).
- Faciliter le repérage automatique des vaccinations à réaliser.
- Renforcer la coordination interprofessionnelle autour de la vaccination.

Proposition 2

Automatiser le suivi et le rappel grâce à des outils numériques personnalisés

- Généraliser les outils numériques d'aide à la prescription et au suivi vaccinal.
- Proposer des rappels automatisés et adaptés aux caractéristiques de chaque patient.
- Intégrer des alertes personnalisées et des interfaces inspirées de celles développées pendant la crise Covid.
- Utiliser des listes actualisées de patients non à jour, notamment à partir des données de la CNAM.
- Faciliter le déclenchement d'actions de prévention concrètes lors des consultations.

Proposition 3

Engager les publics via des approches ludiques ou incitatives digitales

- Déployer des stratégies de nudge numérique pour renforcer l'adhésion des seniors à la vaccination : systèmes de récompense (parcours à points, bons cadeaux), notifications positives incitant à l'action.
- Créer des communautés en ligne, forums ou groupes d'échange dédiés aux seniors, pour valoriser les expériences positives et favoriser le soutien entre pairs.
- Diffuser largement l'information sur la vaccination via des canaux numériques adaptés aux différents publics.
- Utiliser des vidéos pédagogiques (ex. CPAM), podcasts pour patients et professionnels, et des ambassadeurs numériques pour lutter contre la désinformation.
- Renforcer la compréhension, la confiance et l'adhésion à la vaccination, notamment dans un contexte de défiance envers les messages sanitaires traditionnels.
- S'assurer de la disponibilité des vaccins adaptés :
 - Vaccins contre la grippe spécifiquement conçus pour les seniors.
 - Vaccins contre le VRS, déjà prescrits dans d'autres pays européens et à inscrire au calendrier vaccinal.

Axe 6 — Intégrer la prévention vaccinale dans le parcours gériatrique

Proposition 1

Intégrer la prévention vaccinale dans les évaluations gériatriques standardisées.

Proposition 2

Faire de la prévention vaccinale une priorité dans les structures et établissements d'accueil à la personne âgée.

Proposition 3

Développer des parcours de soins spécifiques post-infection pour prévenir le déclin fonctionnel.

Ce Livre Blanc a bénéficié d'un soutien institutionnel financier de la part des laboratoires : AstraZeneca, GSK, Moderna, MSD, Pfizer, Sanofi, CSL Seqirus et Viatris.

Ce financement a permis de conduire la recherche et l'analyse bibliographique regroupés dans un rapport sur lesquelles s'appuie le présent Livre Blanc, travaux réalisés par Alexandra Addario, ingénieure de recherche et infirmière, CHU de Saint-Etienne et Magali Lemaître, épidémiologiste et conseil en santé publique, fondatrice et présidente de Health Data Expertise.

Le rapport complet est mis à disposition en annexe du Livre Blanc et accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://preventionvaccinale-seniors.fr/>.

La coordination des travaux du comité de pilotage et des groupes de travail a été assurée par le Dr Catherine Auzimour, de l'agence KPL, qui a également supervisé le suivi de la rédaction par le comité de pilotage et le Dr Joelle Dagher, l'organisation des circuits de relecture des contributeurs ainsi que la diffusion du constat et des propositions du Livre Blanc.

Le comité de pilotage et les groupes de travail se sont réunis et ont produit leurs conclusions en toute indépendance.

Soutien institutionnel et financier :



CSL Seqirus
Exploitant : Vifor France

sanofi

AstraZeneca



GSK

moderna

Support organisationnel et éditorial :

