HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

ARGUMENTAIRE

Grippe saisonnière : évaluation de la pertinence d'une obligation vaccinale

Adopté par le Collège le 9 juillet 2026

Descriptif de la publication

Titre	Grippe saisonnière : évaluation de la pertinence d'une obligation vaccinale
Méthode de travail	Recommandation vaccinale
Objectif(s)	L'objectif de cette évaluation est d'apprécier la pertinence d'une OV contre la grippe saisonnière dans deux populations distinctes : – les professionnels de santé et autres professionnels en contact régulier avec des personnes vulnérables, – en population générale, chez les populations les plus à risque de forme grave, au regard des données épidémiologiques (âge, vie en collectivité).
Cibles concernées	Décideurs publics
Demandeur	Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Choisissez un élément. **Conflits d'intérêts**	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 9 juillet 2026
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2026 – ISBN : 978-2-11-179639-3

Table des figures

Figure 1. Étapes d'élaboration de la recommandation 36

Figure 2. Diagramme de sélection des études sur l'efficacité et la sécurité des vaccins antigrippaux 54

Figure 3. Diagramme de sélection des études relatives à l'impact de la vaccination des professionnels de santé sur le système de soins 90

Figure 4. Opinions favorables aux vaccins en général et à différents vaccins, opinions sur la vaccination contre la Covid-19 en 2021-2022 (enquêtes COVIREIVAC, SLAVACO & ICOVAC, printemps 2021-été 2025, n = 27 332) d'après l'enquête ICOVAC Vague 5, novembre 2025 (226) 105

Figure 5. Diagramme de sélection des études sur l'acceptabilité d'une obligation vaccinale 112

Figure 6. Acceptabilité de l'obligation vaccinale pour la grippe, pour diverses populations d'après l'enquête ICOVAC, novembre 2025 (226) 114

Liste des tableaux

Tableau 1. Arguments contre l'obligation vaccinale 22

Tableau 2. Avantages de l'obligation vaccinale 23

Tableau 3. Obligations vaccinales contre la grippe saisonnière à l'étranger 29

Tableau 4. Critères d'évaluation retenus chez les professionnels et chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité 33

Tableau 5. Mortalité en métropole liée à la grippe en France (décès déclarés par certificat électronique). Santé publique France (27, 59, 64, 65, 69) 40

Tableau 6. Synthèse des études identifiées sur le fardeau de la grippe nosocomiale 45

Tableau 7. Études relatives à l'impact de la grippe sur les arrêts maladie liés à la grippe chez les professionnels de santé 50

Tableau 8. Efficacité vaccinale chez les 15-64 ans issue des revues de la littérature avec méta-analyses publiées entre 2023 et 2025 60

Tableau 9. Impact de la vaccination répétée en population générale et chez les professionnels de santé issu d'une revue de la littérature avec méta-analyses publiées en 2023 et d'études d'immunogénicité 61

Tableau 10. Analyses groupées de la revue systématique de Thomas *et al.,* 2025 (135), par critère de jugement 70

Tableau 11. Efficacité vaccinale chez les sujets âgés de 65 ans et plus issue des revues de la littérature avec méta-analyse publiées entre 2023 et 2025 76

Tableau 12. Impact de la vaccination répétée en population générale et chez les personnes âgées de plus de 60 ans 78

Tableau 13. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les patients en fonction de leur statut vaccinal 84

Tableau 14. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les professionnels de santé en fonction de leur statut vaccinal 84

Tableau 15. Étude retenue pour l'impact de la vaccination des professionnels de santé sur le système de santé 90

Tableau 16. Mesures de prévention de la transmission de la grippe recommandées par l'OMS, 2019 (186) 94

Tableau 17. Évolution de la part des personnes citant le vaccin contre la grippe en réponse à la question « À quel vaccin êtes-vous défavorable ? » parmi l'ensemble des 18-79 ans résidant en France métropolitaine (en %) d'après le Baromètre de Santé publique France 2010-2024 (225) 104

Tableau 18. Synthèse des contributions écrites des parties prenantes 141

Tableau 19. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les patients en fonction du statut vaccinal 197

Tableau 20. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les professionnels de santé en fonction du statut vaccinal 198

Tableau 21. Grille d'analyse AMSTAR II, revue systématique de Thomas *et al.*, 2025 (135) 199

Tableau 22. Études d'efficacité relative des vaccins grippe HD et adjuvanté par rapport aux vaccins standards (SD) publiées entre 2023 et 2025 201

Tableau 23. Part de la grippe dans les prélèvements de patients consultant pour infection respiratoire aiguë et dans les prélèvements réalisés dans les laboratoires hospitaliers. Sources : Santé publique France (27, 59, 64, 65) https://www.sentiweb.fr 205

Tableau 24. Impact de la grippe en médecine de ville. Sources : Santé publique France (27, 59, 64, 65) https://www.sentiweb.fr 205

Tableau 25. Passages aux urgences pour grippe et syndrome grippal. Sources réseau OSCOUR et Santé publique France (27, 59, 64, 65) 206

Tableau 26. Caractéristiques des cas de grippe graves admis en réanimation signalés par les services participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Source : Santé publique France (27, 59, 64, 65) 206

Tableau 27. Surveillance des cas groupés d'IRA en EMS (déclarations volontaires). Source : Santé publique France (27, 59, 64, 65) 207

Sommaire

Table des figures 3

Liste des tableaux 4

Synthèse 9

Conclusions et recommandations de la HAS 15

1. Contexte 20

1.1. Saisine ministérielle sur une obligation vaccinale antigrippale 20

1.2. Principaux référentiels d'une obligation vaccinale 20

1.2.1. Principes d'une obligation vaccinale des professionnels 21

1.2.2. Principes d'une obligation vaccinale en population générale 23

1.3. Obligations vaccinales actuelles en France 24

1.3.1. Obligations vaccinales chez les professionnels 24

1.3.2. Obligations vaccinales en population générale 25

1.4. Vaccination antigrippale en France 25

1.4.1. Vaccins antigrippaux disponibles 25

1.4.2. Recommandations vaccinales actuelles contre la grippe saisonnière 26

1.5. Obligations vaccinales contre la grippe saisonnière à l'international 27

1.5.1. En Europe 27

1.5.2. En dehors de l'Europe 28

2. Objectif et méthode d'évaluation 32

2.1. Objectif de l'évaluation 32

2.2. Périmètre de l'évaluation 32

2.2.1. Populations cibles 32

2.2.2. Critères d'évaluation 33

2.2.3. Critère non retenu dans l'évaluation 34

2.3. Méthode d'évaluation 35

3. Résultats d'analyse des critères d'évaluation 37

3.1. Problématique de santé 37

3.1.1. Caractéristiques cliniques de la maladie 37

3.1.2. Épidémiologie de la maladie en France 37

3.1.3. Impact de la grippe sur le système de soins 49

3.1.4. Utilisation et coûts des soins de santé 52

3.2. Balance bénéfices/risques des vaccins antigrippaux 53

3.2.1. Données d'efficacité vaccinale 54

3.2.2. Sécurité 85

3.3. Impact de la vaccination antigrippale sur les capacités du système de soins 88
3.3.1. Chez les professionnels 88
3.3.2. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité 92
3.4. Prise en compte des moyens de prévention complémentaires 92
3.5. Valeurs et préférences de la population cible 96
3.5.1. Couverture vaccinale antigrippale 96
3.5.2. Déterminants de l'adhésion ou de l'hésitation vaccinale 99
3.5.3. Impact de mesures incitatives à la vaccination antigrippale sur la couverture vaccinale 106
3.5.4. Acceptabilité de l'obligation vaccinale contre la grippe 112
3.5.5. Lien entre obligation vaccinale et augmentation de la couverture vaccinale 115
3.5.6. Enseignements tirés de la pandémie de Covid-19 118
3.5.7. Implications des politiques vaccinales des professionnels de santé 121
3.6. Faisabilité de la mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale 123
3.6.1. Mise en œuvre logistique et opérationnelle 124
3.6.2. Mobilisation des ressources humaines 125
3.6.3. Contrôle et gestion des refus 125
3.6.4. Systèmes d'information 129
3.6.5. Communication et formation 130
3.6.6. Dispositions juridiques d'une obligation vaccinale 131

4. Position des experts du groupe de travail 133
4.1. Discussion sur les critères d'évaluation 133
4.2. Points d'attention soulignés par les experts du groupe de travail 135
4.3. Conclusion des experts du groupe de travail 136

5. Contributions externes 137
5.1. Auditions par la CTV 137
5.1.1. Le comité consultatif national d'éthique 137
5.1.2. Retour d'expérience sur l'obligation vaccinale en Finlande 137
5.1.3. Audition du Pr Philippe Vanhems 138
5.1.4. Positions des fédérations 138
5.2. Contributions écrites de parties prenantes 140
5.3. Consultation publique 145
5.3.1. Descriptif des contributeurs 145
5.3.2. Résultats de la consultation publique 145
5.3.3. Synthèse des argumentaires reçus 146

6. Synthèse des résultats 150
6.1.1. Critère 1. Problématique de santé 151
6.1.2. Critère 2. Balance bénéfices/risques 153
6.1.3. Critère 3. Impact de la vaccination sur le système de soins 158

6.1.4. Critère 4. Moyens de prévention et de contrôle 159
6.1.5. Critère 5. Valeurs et préférences de la population cible 160
6.1.6. Critère 6. Faisabilité 162
6.1.7. Critère 7. Acceptabilité des parties prenantes 163

7. Recommandation HAS 165
7.1. Synthèse des considérants 165
7.2. Recommandations de la HAS 173

Table des annexes 178

Références bibliographiques 214

Participants 229

Abréviations et acronymes 230

Synthèse

La Haute Autorité de santé a été saisie par le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles afin d'évaluer l'opportunité d'une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière. La saisine concerne les professionnels de santé, les personnels du champ sanitaire et médico-social et les personnes de 65 ans et plus résidant en collectivité.

Pour répondre à cette demande, l'évaluation de la HAS s'est, en partie, appuyée sur son rapport de 2023 relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe[1], en l'actualisant à partir des données scientifiques, des données de surveillance épidémiologique, du recueil de la position de parties prenantes via des auditions et contributions écrites, ainsi que de l'avis d'un groupe de travail.

En 2006, la vaccination antigrippale avait été rendue obligatoire pour les professionnels visés par l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique, puis suspendue avant application en raison de l'absence de surrisque démontré chez les soignants, du risque de contre-productivité d'une obligation annuelle, de l'augmentation observée de la couverture vaccinale et de la recommandation de réserver l'obligation au seul contexte pandémique.

En France, l'obligation vaccinale concerne les professionnels exposés ou exposant à un risque de contamination et porte sur l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. En 2023, la HAS a maintenu la vaccination antigrippale au stade de recommandation en raison d'une efficacité variable selon les saisons et de l'insuffisance des données disponibles à ce jour sur le fardeau de la grippe nosocomiale chez les personnes prises en charge ainsi que sur l'impact de la vaccination des soignants sur ce fardeau. La HAS avait alors insisté sur la nécessité de promouvoir la vaccination en milieu professionnel et de renforcer le rôle des services de santé au travail.

Dans le cadre de la présente évaluation, la HAS a pris en compte les éléments suivants.

I- Analyse critique de la littérature scientifique

La grippe saisonnière : problématique de santé publique

La grippe saisonnière constitue un fardeau sanitaire important, en particulier chez les personnes âgées, qui provoque des millions de consultations en ville chaque saison, des dizaines de milliers d'hospitalisations et de passages aux urgences. La grippe est associée à un excès de mortalité toutes causes confondues estimé à plus de 17 600 décès en 2024-2025. Les décès liés à la grippe concernaient à 90 % des personnes de 65 ans et plus, principalement celles âgées de 75 ans et plus.

En EHPAD, 75 % des résidents sont des personnes âgées de 75 ans et plus. Les résidents sont exposés à des contacts particulièrement étroits, répétés et prolongés avec les soignants. Ils ne peuvent se soustraire au risque lié à la vie en collectivité, l'EHPAD constituant leur lieu de vie.

La grippe est associée, en particulier chez les personnes âgées, à des complications cardiovasculaires et une baisse d'autonomie.

Efficacité individuelle de la vaccination antigrippale

[1] Haute Autorité de santé. Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels. Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle. Recommandation vaccinale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3456359/fr/actualisation-des-recommandations-et-obligations-vaccinales-des-professionnels-coqueluche-grippe-saisonniere-hepatite-a-rougeole-oreillons-rubeole-varicelle

La protection individuelle sur la prévention des cas de grippe est modérée et variable selon les saisons, dépendante de la concordance des souches et des caractéristiques des populations. L'efficacité vaccinale en vie réelle chez les adultes âgés de 18 à 64 ans contre les cas de grippe confirmée varie entre 41 % et 76 % sur les trois dernières années. Les méta-analyses confirment ces estimations.

L'efficacité vaccinale contre les cas de grippe confirmée chez les personnes âgées de 65 ans et plus est plus faible (immunosénescence), variant entre 25,1 % et 42 % sur les trois dernières années. La HAS a recommandé, en 2025, l'utilisation préférentielle des vaccins haute dose et adjuvantés dans cette population sur la base d'une efficacité vaccinale supérieure à celle des vaccins standards.

Concernant le caractère répétitif de la vaccination antigrippale, les données d'une méta-analyse rapportent une diminution modeste de l'efficacité vaccinale, sans remettre en question l'intérêt de la vaccination annuelle.

Sécurité des vaccins antigrippaux

Le profil de sécurité est favorable, sans signal identifié en France ni à l'international.

Impact de la grippe et de la vaccination antigrippale sur les absences des professionnels

D'après des études observationnelles, la grippe représenterait entre 2,6 % et 9,1 % des arrêts maladie dans certains pays, avec des absences de 3,6 à 9 jours par an, ce qui a un impact organisationnel sur les établissements hospitaliers. Ces absences contribueraient, dans un contexte d'augmentation forte de la demande de soins liée à l'épidémie de grippe, à des mesures exceptionnelles, telles que la déprogrammation d'interventions non urgentes et le déclenchement de plans blancs.

Les résultats d'une méta-analyse rapportent que la vaccination antigrippale diminuerait de 60 % l'incidence de la maladie chez les professionnels de santé et de 38 % leurs absences liées à la grippe.

Transmission de la grippe en milieu de soins

Les données françaises sur la transmission de la grippe en milieu de soins sont limitées et hétérogènes, sans surveillance nationale consolidée. Elles reposent sur des définitions variables de la transmission en milieu de soins. Cela rend difficile l'attribution des circuits de transmission (professionnels, patients, visiteurs), entraînant une incertitude pour quantifier l'impact de la grippe strictement lié aux soins.

Transmission de la grippe en EHPAD

En EHPAD, les nombres d'épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës déclarés entre janvier 2023 et juillet 2026 ayant pour étiologie la « grippe associée à une autre étiologie » ou la « grippe seule » étaient respectivement de 2 418 et 1 582. Les épisodes de « grippe seule » ont été à l'origine de 23 796 résidents malades (taux d'attaque 19,8 %), 1 397 hospitalisations (taux d'hospitalisation 6,4 %), 1 476 décès (létalité 6,1 %).

Chez les professionnels exerçant en EHPAD, on comptait 5 397 malades (taux d'attaque de 6,5 % et létalité de 0,1 %). L'origine du cas index n'était pas précisée dans ces données de surveillance.

Effets de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées en EHPAD

Selon des résultats d'une méta-analyse de la Cochrane sur des études contrôlées randomisées en cluster, la comparaison entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées proposant une vaccination antigrippale aux soignants et ceux ne la proposant pas a mis en évidence les résultats suivants (niveau de preuve scientifique GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) :

- peu ou pas d'effet sur le nombre de résidents développant une grippe confirmée en laboratoire (de 5 % à 4 %) (RR 0,87 ; IC à 95 % : 0,46-1,63 ; niveau de preuve faible) ;
- légère réduction des infections respiratoires basses associée à la vaccination des soignants (6 % *versus* 4 %) (RR 0,70 ; IC à 95 % : 0,41-1,20) ; l'intervalle de confiance est compatible à la fois avec une réduction cliniquement pertinente et avec une légère augmentation du risque lorsque l'effet est exprimé en termes absolus (2 % à 7 %). La prise en compte du clustering pour ce critère élargit encore l'intervalle de confiance, conduisant à un niveau de preuve très faible (RR ajusté 0,72 ; IC à 95 % : 0,28-1,85) ;
- peu ou pas d'effet sur les hospitalisations pour pathologie respiratoire (RR 1,02 ; IC à 95 % : 0,82-1,27 ; niveau de preuve faible) ;
- les données sont insuffisantes pour déterminer un effet sur la mortalité par infection respiratoire basse chez les résidents : 2 % des résidents sont décédés dans chaque groupe (RR 0,82 ; IC à 95 % : 0,45-1,49 ; niveau de preuve très faible) ;
- réduction de la mortalité toutes causes (RR 0,69 ; IC 95 % : 0,60-0,80 ; niveau de preuve modéré).

Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence, la mortalité toutes causes confondues étant un critère non spécifique de la grippe. Par ailleurs, cette réduction de la mortalité toutes causes n'est pas expliquée par les effets observés sur les critères spécifiques de la grippe.

Taux de couverture vaccinale dans les établissements de santé/EHPAD

En France, en 2024-2025, la couverture vaccinale antigrippale des professionnels en établissements de santé était de 20 % (taux médian). Elle était variable entre 19 % et 22 % sur les 4 dernières saisons épidémiques.

Concernant les professionnels en EHPAD, la couverture vaccinale est passée de 37,2 % en 2007-2008 à 24,2 % en 2024-2025.

Les couvertures vaccinales sont hétérogènes selon les professions, les modes d'exercice et les territoires. Le taux est le plus élevé chez les médecins. Il est décroissant successivement chez les sages-femmes, les infirmiers et les aides-soignants, catégories professionnelles qui sont les plus en contact avec les patients des établissements de santé et les résidents des EHPAD.

Chez les résidents en EHPAD, la couverture vaccinale antigrippale était de 83,3 % en 2023/2024 et de 82,7 % en 2024-2025.

Impact du taux de couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes soignées

Chez les soignants, plusieurs études observationnelles suggèrent un effet de la vaccination sur la protection des personnes soignées, à partir de seuils de couvertures vaccinales compris entre 40 % et 80 %. Ces études sont hétérogènes et exposées à des biais importants.

Moyens de prévention complémentaires à la vaccination

La position partagée par l'Organisation mondiale de la santé, la Société française d'hygiène hospitalière et le HCSP souligne que la vaccination et les mesures barrières (port du masque, ventilation des locaux, hygiène des mains…) doivent être complémentaires. Ces avis, qui reposent sur des études mécanistiques, sont appuyés par l'instruction ministérielle du 12 novembre 2025 relative au port obligatoire du masque en période épidémique. Aucune étude clinique n'a identifié d'alternative de prévention permettant de diminuer la fréquence de la grippe en établissements de soin/EHPAD.

Les mesures de prévention de la grippe peuvent être particulièrement difficiles à appliquer dans les EHPAD en raison des multiples activités liées à la vie en établissement et parfois incompatibles avec le port du masque par les résidents (repas...).

Les antiviraux tels que l'Oseltamivir ne constituent pas une alternative à la vaccination ; ils relèvent de la prise en charge curative ou de la prophylaxie post-exposition.

Déterminants de l'adhésion ou de l'hésitation vaccinale contre la grippe en France

Chez les professionnels, les freins à l'adhésion vaccinale contre la grippe incluent la faible perception du risque, les doutes sur l'efficacité, les contraintes d'organisation du système de soins (accès difficile au vaccin, manque de disponibilité, logistique insuffisante), mais également l'insatisfaction à l'égard des conditions de travail.

À l'inverse, les leviers de la vaccination reposeraient sur la protection personnelle, la protection de l'entourage et des patients, le fait de considérer le vaccin comme sûr et efficace et sa disponibilité, ainsi que la crainte de l'arrêt de travail.

Cadre éthique et juridique d'une obligation vaccinale

Selon les principes bioéthiques repris dans les référentiels de l'Organisation mondiale de la santé et du Comité consultatif national d'éthique, une obligation vaccinale ne peut être envisagée qu'en dernier recours. Elle doit répondre aux principes de nécessité, proportionnalité et équité. Le contexte, distinguant une situation courante et une situation de crise sanitaire, doit également être apprécié, ainsi que le respect des libertés, le respect de l'autonomie et du consentement. La mise en place d'une obligation vaccinale doit s'accompagner de garanties telles l'information, l'accessibilité et la démocratie en santé.

Ces exigences sont renforcées lorsque l'obligation vise :

- des résidents en EHPAD, établissement considéré comme un lieu de vie ;
- des professionnels, dans un contexte de fortes tensions en ressources humaines.

L'Organisation mondiale de la santé distingue quatre stratégies de vaccination des professionnels de santé : volontaire, semi-obligatoire, obligatoire et obligatoire sélective (en contact direct avec des patients à haut risque).

L'Organisation mondiale de la santé décrit par ailleurs les implications pratiques et systémiques possibles d'une obligation vaccinale, comme :

- des transferts de postes, la signature d'un refus, des sanctions ;
- un effet d'entraînement sur l'adhésion, un renforcement de la confiance envers la vaccination et une meilleure préparation aux pandémies.

Acceptabilité de l'obligation vaccinale contre la grippe en France

Concernant l'adhésion à une obligation vaccinale, une enquête nationale multicentrique de Santé publique France, menée avant la pandémie de Covid en 2019 dans des établissements de santé, rapporte une acceptabilité de 42,7 % de l'obligation vaccinale antigrippale. Une enquête de 2024 auprès de 1 580 professionnels de santé (50 % de médecins) portant exclusivement sur les EHPAD rapporte 60,9 % d'opinions favorables pour l'obligation vaccinale pour les résidents et 67,7 % pour les professionnels des EHPAD.

En population générale, une enquête française, menée en septembre 2025 auprès d'un échantillon représentatif de la population adulte vivant en France hexagonale (n = 4 000), rapporte que parmi les personnes de 65 ans et plus, 68 % se déclarent favorables à une obligation vaccinale antigrippale pour les professionnels de santé, 62 % pour les personnes vulnérables et 38 % pour la population générale.

Mesures permettant d'augmenter la couverture vaccinale

L'obligation vaccinale serait le levier le plus efficace pour augmenter rapidement et de façon durable la couverture vaccinale des professionnels de santé. Ainsi, des niveaux élevés de couverture vaccinale (> 90 %) sont rapportés dans les pays ayant mis en place et appliqué cette obligation. En Finlande, la couverture vaccinale des professionnels de santé est ainsi passée d'environ 41 % en 2014 avant l'introduction de la loi, à 83,7 % et 90,8 % au cours des premières saisons suivant sa mise en œuvre. Aux États-Unis, une étude rapporte, sur la saison 2024-2025, des taux de couverture de 97,3 % lorsque la vaccination était obligatoire et 73,9 % lorsqu'elle était recommandée.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'obligation vaccinale peut également produire un effet d'entraînement sur l'adhésion et les comportements vaccinaux d'autres groupes cibles.

En France, l'extension de l'obligation vaccinale en pédiatrie s'est traduite, un an après son entrée en vigueur, par une augmentation des couvertures vaccinales pour les vaccins hépatite B, pneumocoque, rougeole et méningocoque C, avec des gains particulièrement marqués pour ce dernier vaccin (de 35,5 % à 75,8 %).

En France, les enseignements de la pandémie de Covid-19 soulignent que l'obligation vaccinale peut générer des tensions lorsqu'elle est perçue comme stigmatisante. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'obligation vaccinale peut avoir des effets contre-productifs, notamment en altérant la confiance lorsqu'elle est perçue comme autoritaire ou insuffisamment justifiée.

Une étude française de Santé publique France, réalisée entre 2007 et 2024 dans les établissements de santé et en EHPAD, a rapporté un impact variable de plusieurs mesures incitatives à la vaccination antigrippale (plans d'action, vaccination gratuite, référent vaccination…) sur la couverture vaccinale, allant de + 15 % à + 44 % chez les soignants dans les établissements de santé concernés et de + 16 % à + 69 % chez les soignants des EHPAD inclus.

Une étude, spécifique aux EHPAD, montre une baisse de la mise en place de ces mesures ainsi que de l'impact des mesures avec le temps qui se traduit par une baisse de la couverture vaccinale des professionnels de santé de 37,2 % en 2007-2008 à 24,2 % en 2024-2025. L'étude estime qu'en 2024-2025, l'association : vaccination gratuite sur site, séances d'information collectives ou individuelles, diffusion d'informations sur la grippe ou les vaccins aurait augmenté la couverture antigrippale des professionnels de près de 10 points en 2024-2025 par rapport à l'absence de mise en place de ces mesures (26,1 % *vs* 17,2 %).

Faisabilité

L'éventualité d'une obligation vaccinale annuelle nécessiterait dans tous les établissements :

- la mise en œuvre logistique et opérationnelle, supposant une organisation annuelle structurée avec campagnes, gestion des commandes pour garantir la disponibilité des vaccins dès le début de saison, stockage, accessibilité via vaccination sur site et/ou équipes mobiles ;
- des ressources humaines suffisantes dans un contexte français marqué par des tensions dans les effectifs de nombreux établissements, dont les EHPAD, et la présence accrue de personnels intérimaires, vacataires ou remplaçants ;
- un contrôle des statuts vaccinaux, rendu difficile par un accès variable à la médecine du travail et aux outils de suivi, selon les établissements et les modes d'exercice ;
- un renforcement des dispositifs de traçabilité et des systèmes d'information ;
- une capacité de gestion des refus qui doit concilier protection des personnes vulnérables, respect des droits individuels et continuité de l'activité dans les établissements :
  - **en Finlande**, le dispositif mis en place depuis 2017 repose sur une obligation fonctionnelle, avec des exemptions médicales limitées. En cas de refus ou d'impossibilité, l'amendement prévoit une réaffectation sans contact avec les patients vulnérables,

- **aux États-Unis**, une étude menée sur 5 ans dans un centre médical de grande taille (établissement de soins de longue durée (*long-term care institutions*, LTCI), assimilable à un EHPAD) a évalué une politique imposant aux professionnels de santé soit la vaccination antigrippale annuelle, soit le port du masque pendant la saison grippale en cas d'exemption médicale ou religieuse. La première année, 4 588/4 703 professionnels (97,6 %) ont été vaccinés. Au cours des 4 années suivantes, la couverture vaccinale est restée supérieure à 98 %. Les exemptions concernaient moins de 0,7 % des professionnels, et moins de 0,2 % ont refusé la vaccination et quitté l'établissement ;

– une stratégie de communication et de formation adaptée et de concertation pour soutenir l'adhésion et permettre l'appropriation des modalités par les établissements et les professionnels.

La mise en place d'une obligation vaccinale annuelle impliquerait un effort constant auprès des populations concernées, mobilisées pour chaque saison hivernale.

Les obligations vaccinales antigrippales mises en œuvre à l'international

En Europe : une « semi-obligation » est appliquée en Finlande, fondée sur la responsabilité légale des employeurs (avec réaffectation des soignants non vaccinés hors secteur de soins de personnes vulnérables).

En dehors de l'Europe : des dispositifs spécifiques sont en place (Australie : obligation dans certains États ; États-Unis : obligation selon certains États ou hôpitaux ; Canada : mesures dans certaines provinces).

Impact de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale à l'international sur la transmission de la grippe

L'impact de l'obligation vaccinale sur la charge hospitalière liée à la grippe a été très peu étudié. Aux États-Unis, après l'instauration de l'obligation vaccinale en 2009, la vaccination des soignants est passée de 56 % à 94 % en 2013-2014, la proportion de grippe nosocomiale a diminué de façon significative au cours de cette même période passant de 6 % en 2006-2007 à 2,3 % en 2013-2014 ($p = 0,045$), avec une association significative avec la couverture vaccinale des personnels, notamment le personnel de soins ($p = 0,043$).

II- Contributions externes

La HAS a constitué un groupe d'experts multidisciplinaire et a sollicité des parties prenantes. L'ensemble des experts et organisations sollicités reconnaissent sans réserve l'intérêt de la vaccination saisonnière contre la grippe. Ils soulignent unanimement la nécessité d'augmenter la couverture vaccinale chez les professionnels de soins.

Le groupe d'experts HAS était très majoritairement défavorable à une obligation vaccinale, tant pour les professionnels que pour les résidents. Les experts ont évoqué notamment l'efficacité vaccinale jugée insuffisante pour justifier une telle mesure, ainsi que les tensions en ressources humaines et les difficultés pratiques de mise en œuvre (campagnes annuelles de vaccination, gestion des commandes, stockage des doses, accessibilité). Selon les experts, le caractère itératif de la vaccination contre la grippe saisonnière apparaît également comme un frein à l'obligation vaccinale.

Les parties prenantes étaient divisées sur le recours à l'obligation. L'obligation vaccinale des professionnels pourrait renforcer la protection collective, mais soulève des enjeux majeurs d'acceptabilité et d'impact en ressources humaines, d'où la préférence pour des approches incitatives. Un large consensus existe sur la nécessité d'un cadrage national clair, d'un accompagnement opérationnel et de mesures alternatives proportionnées pour la gestion des refus. Pour les personnes âgées résidant en

collectivité, la majorité des positions émet des réserves sur l'obligation vaccinale. Elles s'appuient sur des couvertures déjà très élevées, des bénéfices supplémentaires jugés limités et des enjeux éthiques liés au consentement, à l'autonomie et au lieu de vie. Quelques avis restent favorables au nom de la protection des plus vulnérables.

Par ailleurs, l'écart de couverture vaccinale chez les professionnels de santé et les soignés dans les EHPAD a été souligné lors d'une audition, soulevant un problème de cohérence et de crédibilité.

L'obligation vaccinale antigrippale soulève des enjeux éthiques, opérationnels et scientifiques. La réflexion éthique souligne la spécificité du rôle et de la responsabilité des professionnels vis-à-vis des personnes vulnérables, et l'importance de respecter l'autonomie et le consentement des personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité. Le retour d'expérience international montre qu'un dispositif contraignant peut fortement augmenter la couverture vaccinale, tout en générant des tensions et des limites de mise en œuvre. Enfin, les discussions au sujet de l'épidémiologie de la grippe nosocomiale montrent qu'elle est imparfaitement documentée et que l'effet de la vaccination des soignants sur la transmission n'est pas formellement établi.

Conclusions et recommandations de la HAS

Évaluation portant sur l'opportunité d'instaurer une obligation vaccinale antigrippale annuelle pour les personnes âgées de 65 ans et plus, résidant en collectivité

Au terme de son évaluation et compte tenu :

- du taux élevé de couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité, qui s'établit à ce jour à 82,7 %, soit au-delà du seuil de 75 % recommandé par l'OMS ;
- des exigences éthiques renforcées encadrant le recours à une obligation vaccinale lorsque celle-ci concerne des résidents en EHPAD, ces établissements étant considérés comme des lieux de vie ;
- des réserves majoritairement exprimées par les parties prenantes, et par les membres du groupe d'experts sur le recours à une obligation vaccinale antigrippale chez les personnes âgées résidant en collectivité ;

Recommandation n° 1 : la HAS ne recommande pas la mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale annuelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité. Elle recommande le maintien de la recommandation vaccinale antigrippale existante, pour cette population, selon les mêmes modalités que celles prévues par le calendrier vaccinal en vigueur.

Compte tenu :

- des données épidémiologiques disponibles mettant en évidence :
  - un risque élevé de formes sévères de grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus, associé à une mortalité importante,
  - la survenue fréquente d'épisodes grippaux en EHPAD touchant des résidents âgés de 65 ans et plus, également associés à une mortalité élevée,
  - l'impact significatif de la grippe sur le système de soins chez les personnes âgées de 65 ans et plus, avec un recours accru aux consultations médicales, aux hospitalisations et aux services d'urgence au cours de la saison grippale ;

- de l'efficacité vaccinale améliorée par rapport aux vaccins standards, dans cette population, des vaccins haute dose et des vaccins adjuvantés ;
- du faible impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale, tous vaccins confondus ;
- du profil de sécurité des vaccins disponibles à ce jour, en faveur d'une sécurité de l'emploi dans cette population ;
- de la couverture vaccinale antigrippale élevée chez les résidents en EHPAD, estimée à 83,3 % en 2023-2024 et à 82,7 % en 2024-2025 ;

Recommandation n° 2 : la HAS recommande également de maintenir les mesures d'incitation à la vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus et de renforcer l'usage des moyens de prévention complémentaires. Les efforts nécessaires concernent aussi bien le fonctionnement des établissements que les personnes qui y accèdent.

Ainsi, la HAS insiste sur le respect par les établissements hébergeant des personnes âgées des mesures de prévention de la transmission des infections respiratoires :

- une bonne ventilation des espaces ;
- l'isolement des personnes malades ;
- un nettoyage des surfaces adéquat.

Par ailleurs, toute personne (professionnels, bénévoles, intervenants externes d'animation ou de soins et visiteurs) accédant à ces établissements doit s'assurer du respect :

- des mesures d'hygiène des mains ;
- du port du masque chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques ;
- des mesures d'hygiène respiratoire (tousser dans le coude, utilisation de mouchoirs jetables…).

Évaluation portant sur l'opportunité d'instaurer une obligation vaccinale antigrippale annuelle pour les professionnels

Au terme de son évaluation portant sur l'opportunité d'instaurer une obligation vaccinale antigrippale annuelle pour les professionnels, et au regard des éléments suivants :

- L'ampleur du fardeau sanitaire de la grippe saisonnière, caractérisée par :
  - un excès de mortalité toutes causes confondues important, estimé à plus de 17 600 décès pour la saison 2024-2025 ; les décès liés à la grippe concernent à 90 % des personnes âgées de 65 ans et plus, principalement celles de 75 ans et plus,
  - l'impact de la grippe sur la décompensation des pathologies chroniques, en particulier cardiaques ?
  - la présence, dans l'ensemble du système de santé, de personnes vulnérables exposées à un risque accru de formes graves de grippe ;
- l'impact significatif de la grippe sur le système de soins, se traduisant par :
  - des millions de consultations en médecine de ville chaque saison, ainsi que des dizaines de milliers d'hospitalisations et de passages aux urgences au cours de la saison grippale hivernale,
  - la mise en œuvre de mesures exceptionnelles, pouvant inclure des déprogrammations ou le déclenchement de plans blancs,
  - la diminution probable de l'incidence des absences professionnelles liées à la grippe chez les professionnels vaccinés ;

- le risque de transmission en milieu de soins et médico-social, des professionnels vers les personnes soignées ou hébergées ;
- des couvertures vaccinales antigrippales insuffisantes chez les professionnels malgré les recommandations existantes depuis de nombreuses années et les mesures mises en place jusqu'à présent pour augmenter la couverture vaccinale des professionnels ;
- l'écart important et persistant entre les taux de couverture vaccinale des professionnels en EHPAD (21 %) au cours de la saison 2024-2025, et ceux observés chez les résidents dans ces établissements (82,7 %). Cet écart est aussi observé entre les taux de couvertures vaccinales chez les professionnels exerçant en établissements de santé d'une part (20 %) et la population générale d'autre part (46,5 % tous âges confondus et 53,7 % chez les personnes de 65 ans et plus). Ces écarts soulèvent un enjeu de cohérence et de crédibilité des messages de prévention ;
- des couvertures vaccinales des professionnels inférieures au seuil de 70 % fixé dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance ;
- l'impact attendu d'une obligation vaccinale antigrippale :
  - l'impact observé des obligations vaccinales déjà en place en France, pour d'autres infections, sur l'amélioration des couvertures vaccinales ;
  - l'impact observé de l'obligation vaccinale antigrippale sur l'amélioration des couvertures vaccinales antigrippales observées à l'étranger (Finlande, États-Unis) ;
  - le bénéfice attendu d'une augmentation de la couverture vaccinale des professionnels sur la santé des personnes prises en charge ;
- la probable adhésion des professionnels et de la population générale à une telle obligation, rapportée par des enquêtes françaises publiées entre 2024 et 2025. Ainsi, en France métropolitaine, 68% des personnes de 65 ans et plus se déclarent favorables à une obligation vaccinale pour les professionnels de santé. En EHPAD, une enquête rapporte que 67,7 % des professionnels de santé interrogés (la moitié sont des médecins) sont favorables à une obligation les concernant ;
- le devoir d'exemplarité, de déontologie et de responsabilité professionnelle, ainsi que la nécessité d'assurer la protection des personnes prises en charge et la cohérence des messages de santé publique portés par les professionnels ;
- la reconnaissance, par les parties prenantes, de la nécessité de renforcer les actions visant à améliorer la couverture vaccinale des professionnels du secteur sanitaire et médico-social ;

Recommandation n° 3 : la HAS recommande la mise en place d'une obligation vaccinale annuelle contre la grippe pour les professionnels et les élèves et étudiants énumérés ci-dessous pour lesquels cette vaccination est actuellement recommandée dans le calendrier vaccinal, sauf contre-indication médicale reconnue. Sont concernés :

- **l'ensemble des professionnels de santé (salariés et/ou libéraux) ;**
- **les autres professionnels des établissements de santé, ainsi que les professionnels des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, en contact avec des personnes à risque de forme sévère de grippe.**

Par cohérence, la HAS recommande également la mise en place de la même obligation vaccinale pour l'ensemble des élèves et étudiants des filières médicales et paramédicales.

Pour les autres populations précédemment concernées par la recommandation vaccinale antigrippale annuelle, la HAS recommande de maintenir cette même recommandation.

La HAS rappelle que la définition des personnes à risque de forme sévère de grippe est disponible dans le calendrier vaccinal fixé par le ministère chargé de la Santé.

Priorisation du déploiement de l'obligation vaccinale antigrippale en EHPAD et USLD

Recommandation n° 4 : la HAS recommande que le déploiement de l'obligation vaccinale antigrippale puisse être mis en place en priorité dans les établissements hébergeant des populations particulièrement vulnérables, en particulier les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD), compte tenu des éléments suivants :

- la vulnérabilité des résidents en EHPAD, qui figurent parmi les personnes les plus à risque de formes graves de grippe ; environ 75 % d'entre eux ont 75 ans et plus. Ils sont par ailleurs exposés à des contacts particulièrement étroits, répétés et prolongés avec les soignants ;
- l'impossibilité de se soustraire au risque lié à la vie en collectivité, l'EHPAD constituant leur lieu de vie ;
- la part importante des infections respiratoires aiguës en EHPAD, représentant entre 87 % et 92 % des cas d'IRA observés dans les établissements médico-sociaux ;
- la survenue fréquente d'épisodes grippaux en EHPAD, affectant des résidents âgés de 65 ans et plus, associée à un risque élevé de formes graves et à une mortalité importante et cela malgré la couverture vaccinale élevée des résidents ;
- l'existence de données spécifiques aux EHPAD, montrant un effet probable de la vaccination des professionnels sur la protection des résidents, avec une diminution des infections respiratoires basses (RD ≈ −2 %) et de la mortalité toutes causes (RR ≈ 0,69) ;
- l'écart important entre la couverture vaccinale antigrippale des professionnels exerçant en EHPAD (21 %) et celle des résidents (82,7 %), soulevant un enjeu de cohérence et de crédibilité des messages de prévention ;
- les difficultés de mise en œuvre des autres mesures de prévention en EHPAD, liées notamment aux contraintes de la vie en établissement et à certaines activités (comme les repas), pouvant limiter le port du masque chez les résidents.

Recommandation n° 5 : la HAS recommande un déploiement progressif dans les autres lieux concernés par l'obligation vaccinale antigrippale (établissements de santé, autres établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, structures d'exercice libéral…) afin d'atteindre opérationnellement cet objectif d'obligation vaccinale pour l'ensemble des professionnels susmentionnés. La HAS recommande que ce déploiement progressif s'effectue sur une période de deux ans renouvelables un an, dans un cadre concerté, afin de garantir la faisabilité et l'acceptabilité de cette mesure de large portée.

Cette phase permettra de définir dans ces établissements et avec les acteurs locaux les professionnels concernés par l'obligation vaccinale et éventuellement des priorités en fonction du profil des patients accueillis (risque élevé de formes sévères de grippe). Des actions similaires pourront être menées au sein des structures d'exercice libéral, impliquant les acteurs locaux et régionaux. Pour l'application au sein des établissements, la HAS pourra apporter son appui scientifique au bon déroulement de cette phase et veillera à la progression de la couverture vaccinale dans les établissements de santé au travers d'indicateurs nationaux.

Ce déploiement devra s'accompagner au niveau national (sous l'égide du ministère chargé de la Santé) de :

- de la mise à disposition des vaccins (prise en charge à 100%, gestion des approvisionnements[2] et des ruptures de stocks, circuits logistiques, modalités de dispensation et d'administration des vaccins…) ;
- d'un système de surveillance permettant la traçabilité de la vaccination ;
- de modalités opérationnelles de contrôles/gestion des refus ;
- de la définition du cadre réglementaire adapté.

Articulation des présentes recommandations avec la législation en vigueur

Le II de l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique introduit par l'article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit : « Sous réserve d'une recommandation préalable de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, en dehors des établissements ou des organismes mentionnés au I ainsi que les personnes employées dans le même lieu d'exercice les exposant ou exposant les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination doivent être vaccinés contre la grippe. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les professions concernées et leurs lieux d'exercice en fonction des risques de contamination auxquels elles sont exposées ou qu'elles sont susceptibles d'induire pour les personnes dont elles ont la charge. »

La HAS précise que cette obligation vaccinale antigrippale pour les professionnels de santé libéraux devrait être mise en œuvre concomitamment à l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale pour les autres professionnels de santé, en application de la trajectoire de déploiement progressif susmentionnée.

1. Contexte

1.1. Saisine ministérielle sur une obligation vaccinale antigrippale

Le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles a saisi la Haute Autorité de santé (HAS) le 31 mars 2025 (Annexe 1) afin de recueillir son avis sur la pertinence de la mise en place d'une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière pour : – les professionnels de santé libéraux, les personnels des établissements de santé et médico-sociaux, y compris les soignants ; – les autres populations cibles de la recommandation vaccinale contre la grippe saisonnière, notamment les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La demande a été étendue dans une saisine complémentaire du 22 décembre 2025 (Annexe 2) afin que la HAS évalue la pertinence d'une obligation vaccinale antigrippale aux personnes employées dans les structures d'exercice libéral, les exposant ou exposant les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination.

Il est par ailleurs demandé à la HAS de prendre en compte les implications éthiques, juridiques et organisationnelles de l'instauration d'une éventuelle obligation vaccinale contre la grippe saisonnière pour les populations cibles citées ci-dessus.

Ces demandes visent à renforcer la protection des personnes vulnérables face à la grippe saisonnière, en réponse à des taux de couverture vaccinale encore insuffisants, notamment chez les soignants et les populations fragiles.

1.2. Principaux référentiels d'une obligation vaccinale

La vaccination soulève des enjeux éthiques spécifiques car les décisions individuelles ont des effets qui dépassent la seule personne vaccinée : elles influencent aussi le risque encouru par autrui et la protection collective.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obligation vaccinale (OV) est une politique qui impose la vaccination comme conditionnelle à l'accès à l'école, à participer à une activité et à certains emplois ou pour travailler dans certains environnements, tels que les soins de santé, sans toutefois impliquer une contrainte absolue. Bien que non coercitive au sens strict, l'obligation vaccinale limite la liberté individuelle de manière indirecte, en rendant la non-vaccination plus difficile par les conséquences qu'elle entraîne (réaffectation, suspension, restrictions d'accès, exclusion, etc.). Les régimes d'obligation incluent généralement un nombre restreint d'exemptions, principalement pour raisons médicales reconnues (1).

Plusieurs publications d'instances nationales (Comité consultatif national d'éthique, Haut conseil de la santé publique) (2, 3) et internationales (1, 4) ont formulé des principes directeurs permettant d'orienter le choix de rendre une vaccination obligatoire ou non, ainsi que la transition éthique d'une recommandation à une obligation vaccinale. Certains de ces principes s'appuient entre autres sur les enseignements tirés de la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Giubilini, bioéthicien spécialiste de l'éthique vaccinale (4), rappelle les deux grands principes qui structurent l'éthique des politiques vaccinales :

- la prévention des dommages (*harm prevention*) ;
- l'équité dans la contribution aux biens publics (*fairness*).

D'une part, ne pas se vacciner peut exposer d'autres personnes – notamment les plus vulnérables ou celles qui ne peuvent pas être vaccinées – à un risque évitable, ce qui peut justifier une attente morale,

voire parfois une contrainte. Selon l'auteur, si des mesures non coercitives (information, nudges, incitations) permettent d'atteindre l'objectif collectif, elles devraient être préférées à une obligation. Toutefois, l'efficacité des mesures volontaires peut être instable dans le temps, et l'objectif peut aussi être d'assurer une contribution équitable, pas seulement d'atteindre un seuil d'immunité. Il souligne par ailleurs l'importance croissante des débats sur l'objection de conscience et sur l'articulation entre responsabilités individuelles, collectives et institutionnelles dans la justification d'une éventuelle obligation vaccinale.

1.2.1. Principes d'une obligation vaccinale des professionnels

Dans son avis du 6 juillet 2023 portant sur la vaccination des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux (2), le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) conclut que « la question de l'OV pour les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux ne peut se poser qu'en dernier recours, c'est-à-dire :

- face à une situation sanitaire qui représente une menace majeure et brutale pour la population et qui peut remettre en cause le fonctionnement du système de soins ;
- même s'il persiste des incertitudes sur le plan scientifique quant à l'efficacité du vaccin, dès lors que les connaissances attestent au niveau populationnel des bénéfices documentés et que les risques individuels semblent faibles et font l'objet d'une vigilance étroite ».

Cette conclusion s'inscrit dans un raisonnement global visant à garantir la protection des patients et, le cas échéant, à prévenir une désorganisation du système de soins dans des situations sanitaires à fort impact. Cet enjeu concerne aujourd'hui tant la vaccination contre la Covid-19 que la vaccination antigrippale, qui répond chaque année aux mêmes impératifs de protection et de réduction des absences liées aux arrêts maladie.

Le CCNE précise qu'une telle décision, qui appartient aux politiques, ne peut être prise qu'à l'issue d'un processus clairement expliqué, débattu et accompagné auprès des structures de santé et des organisations professionnelles.

Aux enjeux éthiques pour la population générale s'ajoutent ceux propres aux professionnels de santé. Ainsi, la mise en place d'une obligation vaccinale chez les professionnels devrait s'appuyer sur les principes suivants :

- **protection individuelle des professionnels** en limitant le risque d'infection ou celui de développer une forme grave ;
- **protection des personnes soignées ou hébergées** dans une démarche de réduction des risques de transmission ;
- **existence d'un vaccin efficace et dont la balance bénéfices/risques est largement en faveur du vaccin** ;
- **contribution à l'immunité collective** ;
- **préservation du système de soins** en limitant le taux d'absences liées aux arrêts maladie et le maintien de la continuité des services ;
- **prise en compte des moyens de prévention existants** ;
- **garantie de la démocratie en santé** favorisant l'expression de tous les professionnels et experts du système de santé.

Dans l'appréciation de la légitimité d'une obligation vaccinale, le CCNE opère toutefois une distinction explicite entre **contexte courant** et **situation de crise sanitaire**, définissant cette dernière comme une situation grave, soudaine et désorganisatrice provoquée par un risque infectieux émergent, créant

une rupture des modes habituels de fonctionnement et nécessitant des décisions urgentes malgré l'incertitude scientifique.

> En contexte courant, le CCNE encourage l'information et l'incitation à la responsabilité visant à tout faire pour minimiser les risques pour les patients, en privilégiant le recours à des recommandations vaccinales.
>
> En cas de crise sanitaire, il estime que la décision politique d'avoir recours à une obligation légale de vaccination des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux peut être légitime (impératif de sécurité des soins et maintien d'un système fonctionnel).

Dans ce contexte, deux articles publiés en 2025, relevant d'analyses ponctuelles, exposent des arguments opposés en faveur et en défaveur de l'obligation vaccinale du personnel de soins intensifs.

Selon l'article de Girbes (5), la vaccination est une mesure de protection individuelle précieuse pour les professionnels de santé. Néanmoins, il considère que rendre obligatoires les vaccins contre la Covid-19 et la grippe pour le personnel des soins intensifs représente, pour une partie des professionnels, une approche incomplète de la lutte contre les infections. En outre, selon l'auteur, les preuves scientifiques à l'appui de la vaccination obligatoire des professionnels de santé sont extrêmement faibles et insuffisantes. Les arguments en défaveur de l'OV, avancés dans l'article, sont listés dans le Tableau 1.

Tableau 1. Arguments contre l'obligation vaccinale

Argument	Résumé
Preuves limitées de transmission	Les vaccins réduisent la gravité de la maladie mais ne préviennent pas clairement la transmission, surtout en réanimation avec équipement de protection individuelle (EPI) et protocoles.
Efficacité variable et déclinante	L'efficacité des vaccins Covid-19 diminue avec le temps ; celle de la grippe varie selon la saison et la souche.
Couverture pathogène incomplète	Se limiter à Covid-19 et grippe ignore d'autres virus respiratoires (VRS, parainfluenza, etc.).
Stratégie de contrôle insuffisante	Les obligations vaccinales ne remplacent pas l'exclusion symptomatique, l'hygiène, les EPI et les mesures environnementales.
Préoccupations éthiques	Les obligations vont à l'encontre de l'autonomie et du consentement éclairé, surtout sans fondement scientifique robuste.
Mesures alternatives disponibles	Éducation, tests, congés maladie, EPI et ventilation offrent des solutions efficaces et non coercitives.
Application sélective = hypocrisie	Cibler uniquement les soignants en réanimation est incohérent si les visiteurs et autres personnels ne sont pas inclus.
Précédents historiques non comparables	Les vaccins obligatoires antérieurs avaient une efficacité et une sécurité plus robustes et concernaient des maladies différentes.

À l'inverse, certains auteurs (6) défendent la vaccination obligatoire contre la Covid-19 et la grippe pour les professionnels en soins intensifs, considérant les patients pris en charge en réanimation particulièrement vulnérables et exposés à des risques graves en cas d'infection nosocomiale. Selon les auteurs, la vaccination des soignants apparaît comme une mesure de non-malfaisance et de bienfaisance, réduisant la probabilité de transmission et protégeant les patients. Les avantages de l'OV, avancés dans l'article, sont listés dans le Tableau 2.

Tableau 2. Avantages de l'obligation vaccinale

Avantages de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 et la grippe pour le personnel en unité de soins intensifs
Prévenir l'infection et la transmission
Assurer la sécurité des patients
Garantir la stabilité du personnel et éviter les pénuries de personnel
Réduire les épidémies coûteuses
Changer la mentalité et la culture vaccinale vers une acceptation plus large de l'immunisation dans les organisations de santé et la santé publique en général

Ces arguments en faveur de l'OV sont repris ou complétés par d'autres publications, à travers les notions :

- de **non-malfaisance** en réduisant, par la vaccination préalable, le risque de contamination non intentionnelle. Cela s'inscrit dans une responsabilité morale de contribuer à l'immunité collective (7, 8) ;
- d'**équité** : puisque l'immunité collective repose sur une contribution partagée via l'agrégation de vaccinations individuelles, il paraît juste de défendre l'obligation pour chacun de se faire vacciner comme une répartition équitable des efforts (7, 9) ;
- d'**autonomie individuelle** : bien que l'intégrité corporelle et le consentement soient essentiels, leur poids peut être relativisé face à des risques graves. L'obligation vaccinale n'implique pas la contrainte physique (injection forcée), mais peut s'accompagner de mesures proportionnées en cas de refus (7).

1.2.2. Principes d'une obligation vaccinale en population générale

Dans sa note de synthèse parue en 2022, l'OMS (1) retient pour évaluation explicite les sept considérations majeures suivantes dans le cadre de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 :

- nécessité et proportionnalité : la vaccination obligatoire ne devrait être envisagée selon l'OMS que si elle est nécessaire et proportionnée à la réalisation d'un ou plusieurs objectifs sociétaux ou institutionnels importants, le plus souvent, des objectifs de santé publique (comme interrompre les chaînes de transmission virale ; prévenir la morbidité et la mortalité ; protéger les populations à risque ; préserver la capacité des systèmes de soins aigus ou d'autres infrastructures critiques) ;
- l'obligation vaccinale ne peut ainsi être envisagée que comme un dernier recours, dans des contextes de menace majeure, et à condition que les restrictions de liberté soient proportionnées à l'objectif de protection des personnes vulnérables et du système de soins ;
- preuves suffisantes de la sécurité des vaccins ;
- preuves suffisantes de l'efficacité et de l'efficience du vaccin ;
- équité dans l'accès et la disponibilité ;
- confiance du public ;
- processus éthiques de prise de décision.

La décision de rendre une vaccination obligatoire ainsi que son éventuelle mise en œuvre doivent prendre en compte ces principes, tout en intégrant, comme le souligne le CCNE pour les professionnels, la prise en compte des moyens de prévention déjà disponibles, ainsi que la garantie d'une démocratie en santé.

Les considérations éthiques doivent être prises en compte en lien avec les dimensions scientifiques, médicales, juridiques et pratiques pertinentes, et analysées selon l'évolution des données probantes.

Selon le CCNE (2), l'obligation vaccinale fait partie des mesures collectives qui, d'un point de vue moral, vont à l'encontre de la règle générale du consentement libre et éclairé reposant elle-même sur le principe fondamental du respect de l'autonomie de la volonté des individus (par exemple, l'interdiction de fumer dans les lieux publics). L'obligation vaccinale peut être considérée comme une remise en cause de la liberté individuelle de chaque citoyen. Elle doit répondre, selon le CCNE, aux principes de non-malfaisance (protection des personnes vulnérables) et de justice distributive (en offrant théoriquement une égalité d'accès à une vaccination obligatoire quand les vaccins sont mis à disposition gratuitement). Elle diffère de la recommandation, qui s'appuie sur le respect de l'autonomie du sujet à décider pour sa santé et son corps et sur sa capacité à décider en fonction d'une information supposée existante, disponible et adaptée.

1.3. Obligations vaccinales actuelles en France

1.3.1. Obligations vaccinales chez les professionnels

En France, une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite[3].

L'OV des professionnels est encadrée par différents textes juridiques, parmi lesquels figurent notamment :

- l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique (CSP)[4], ainsi que l'arrêté pris en application (arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique) précisent les vaccinations obligatoires pour les étudiants des filières médicales et paramédicales et les personnes exerçant une activité professionnelle dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins ou hébergeant des personnes âgées et qui les expose ou expose les personnes prises en charge à des risques de contamination, et prévoient les catégories d'établissements et organismes concernés ;
- l'article L. 3111-1 du CSP[5] qui prévoit qu'un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues à l'article L. 3111-4.

Une obligation d'immunisation contre la grippe avait été instaurée dans cette population en janvier 2006, mais suspendue en mai 2006 avant sa mise en application, sur recommandation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) (10). Le CSHPF justifiait cette suspension notamment par :

- le fait que les obligations visées par l'article L. 3111-1 du CSP avaient comme objectifs de **protéger le personnel soignant et non les personnes dont il a la charge ;**
- **l'absence de surrisque démontré de grippe** saisonnière pour les professionnels de santé en période inter-pandémique ;

[3] Article L. 3111-4 – Code de la santé publique – Légifrance
[4] Article L. 3111-4 – Code de la santé publique – Légifrance
[5] Article L. 3111-1 – Code de la santé publique – Légifrance

- **le risque d'effets contre-productifs d'une obligation annuelle**, notamment une possible baisse d'adhésion, la multiplication de déclarations d'inaptitude ou la production de faux certificats ;
- le fait que la vaccination du personnel soignant contre la grippe **était en train d'augmenter d'après les derniers sondages.**

Le CSHPF recommandait par ailleurs que l'obligation vaccinale antigrippale soit activée en situation de pandémie grippale à virus mutant confirmé par l'OMS et l'autorité nationale, dès la disponibilité d'un vaccin adapté au virus pandémique. Il précisait que cette obligation puisse être étendue à l'ensemble des professionnels de santé, en fonction de la disponibilité du vaccin.

À la suite de cet avis, l'article 129 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est venu ajouter à l'article L. 3111-4 du CSP la notion d'intérêt collectif (et non seulement individuel) en justification de l'obligation vaccinale des personnels soignants, y compris donc pour la grippe : ajout par l'amendement n° 1918[6], présenté par M. Touraine au CSP L. 3111- 4, de la fin de phrase : « ou exposant les personnes dont elle est chargée ». Les professionnels de santé libéraux sont soumis à ces obligations uniquement durant leurs études (11)[7,8].

Plus récemment, la vaccination contre la Covid-19 a été rendue obligatoire en 2021 (12) pour certaines catégories de professionnels[9], puis suspendue en 2023 (13).

Par ailleurs, d'autres professions sont soumises à des OV particulières (14-16), comme les secours, services funéraires, justice et administration pénitentiaire, ou des vaccinations réglementaires[10] (3.6.6 Dispositions juridiques d'une obligation vaccinale), comme c'est le cas pour les militaires[11] (Annexe 3).

Il existe en France une OV spécifique pour les militaires, fondée sur les articles L. 4121-1, L. 4132-1 et D. 4112-13 du Code de la défense. Les militaires sont soumis à des obligations vaccinales, auxquelles s'ajoutent des schémas vaccinaux circonstanciels contre certains risques spécifiques (infections tropicales ou à transmission oro-fécale, rage, etc.) en prévision d'un départ éventuel en zone d'endémie.

1.3.2. Obligations vaccinales en population générale

Il n'existe actuellement **aucune OV chez les adultes en population générale, en France**. Seule la population pédiatrique fait l'objet d'obligations vaccinales (la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'infection à *Haemophilus influenzae* b, l'hépatite B, le méningocoque ACWY, le méningocoque B, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole) (14).

1.4. Vaccination antigrippale en France

1.4.1. Vaccins antigrippaux disponibles

Les produits suivants sont disponibles pour la campagne 2025-2026 (14, 17, 18).

[6] https://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2673/AN/1918.asp

[7] Article L. 3111-1 du Code de la santé publique (CSP). Chapitre Ier : Vaccinations (articles L. 3111-1 à L. 3111-11) – Légifrance

[8] Article L. 3111-4 du Code de la santé publique (CSP). Article L. 3111-4 – Code de la santé publique – Légifrance

[9] Les personnes exerçant leur activité dans les structures sanitaires et médico-sociales listées à l'article 12 de la loi du 5 août 2021, ainsi que les sapeurs-pompiers et les marins-pompiers des services d'incendie et de secours. S'agissant des établissements d'accueil du jeune enfant, établissements et services de soutien à la parentalité et de protection de l'enfance situés hors des structures susmentionnées, l'obligation vaccinale n'était applicable qu'aux professionnels et aux personnes dont l'activité comprend l'exercice effectif d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins attachés à leur statut ou à leur titre.

[10] Le pouvoir législatif fixe des règles générales, le pouvoir réglementaire en détaille l'application.

[11] Militaires | Vaccination Info Service

Vaccins dose standard (SD) inactivés trivalents, adultes et enfants à partir de 6 mois, fabriqués sur œufs embryonnés de poules :

- Vaxigrip ;
- Influvac.

Vaccin produit sur culture cellulaire, trivalent, adultes et enfants à partir de 2 ans :

- Flucelvax.

Vaccins haute dose et adjuvanté

Chez l'adulte de 65 ans et plus, les vaccins inactivés trivalents suivants sont recommandés, avec une utilisation préférentielle, les vaccins standards pouvant également être utilisés dans cette population (18) :

- Efluelda : haute dose (HD) ;
- Fluad : adjuvanté.

Par ailleurs, la HAS a recommandé le passage des vaccins antigrippaux de formulations quadrivalentes à trivalentes, en confirmant leur intégration dans la stratégie vaccinale dès la saison 2025-2026. Cette transition ne remet pas en cause leur efficacité vaccinale (19-23).

Durée de protection

La protection vaccinale contre la survenue de la grippe est atteinte dans les 10 à 14 jours après la vaccination. Sa durée de protection est de 6 mois ou moins : la vaccination doit être pratiquée tous les ans, à l'automne (pour la France métropolitaine), pour se protéger contre l'épidémie hivernale qui suit. Une seule injection est nécessaire. L'efficacité du vaccin est variable d'une année à l'autre. Le vaccin est d'autant plus efficace lorsque les types de virus de grippe choisis pour le formuler sont proches des souches qui circulent effectivement durant l'épidémie saisonnière (24).

1.4.2. Recommandations vaccinales actuelles contre la grippe saisonnière

En 2023, la HAS a publié des recommandations relatives aux obligations vaccinales applicables aux professionnels des secteurs sanitaire et médico-social (25). Ces recommandations portaient sur la vaccination contre plusieurs maladies infectieuses, avec pour objectif d'actualiser les avis existants et d'évaluer l'opportunité d'une obligation vaccinale pour certaines professions exposées pour la grippe.

Concernant la vaccination des professionnels contre la grippe saisonnière, la HAS préconisait que la recommandation de vaccination contre la grippe soit maintenue à l'identique pour les professionnels. La HAS regrettait en premier lieu la faible couverture vaccinale des professionnels, de l'ordre de 22 à 25,9 % en 2021-2022 (26), bien loin de l'objectif fixé à 70 %[12]. Cette faible couverture posait légitimement la question de l'obligation vaccinale. La HAS notait qu'elle avait pris connaissance des données internationales témoignant de l'impact considérable de l'instauration d'une obligation de vaccination antigrippale sur la couverture vaccinale des soignants (jusqu'à des taux supérieurs à 90 %). Elle avait également noté que plusieurs études suggéraient, mais avec un faible niveau de preuve, que l'augmentation de la couverture vaccinale des soignants contre la grippe pourrait réduire significativement le nombre d'infections et de décès chez les patients hospitalisés (fardeau nosocomial).

In fine, la HAS préconisait cependant que la recommandation de vaccination contre la grippe soit, à ce stade, maintenue à l'identique pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact

[12] Objectif fixé par la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance pour les professionnels de santé travaillant en établissements de santé.

régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère pour les raisons suivantes : l'efficacité inconstante selon les années de la vaccination antigrippale ; et l'insuffisance des données disponibles à ce jour sur le fardeau de la grippe nosocomiale chez les personnes prises en charge et sur l'impact de la vaccination des soignants sur ce fardeau (faible niveau de preuve des études et variabilité entre les études des seuils de couverture vaccinale permettant d'observer un impact).

Ainsi, selon le calendrier vaccinal (14), la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée chaque année :

- pour les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- pour les personnes à risque de forme sévère ou compliquée dès l'âge de six mois ;
- pour tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère ;
- elle peut être proposée aux enfants âgés de 2 à 17 ans.

Pour la saison 2024-2025, la couverture vaccinale contre la grippe a été estimée à :

- 53,7 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (27) ;
- 25,3 % chez les personnes à risque âgées de moins de 65 ans (27) ;
- 19,1 % chez les professionnels en ES (28) ;
- 21 % chez les professionnels en ESMS (29) (chapitre 3.5.1 Couverture vaccinale antigrippale).

Les couvertures vaccinales sont détaillées dans la section 3.5.1.1.

1.5. Obligations vaccinales contre la grippe saisonnière à l'international

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande la vaccination antigrippale annuelle des professionnels de santé comme mesure de sécurité des soins et de prévention des transmissions nosocomiales, sans instituer d'obligation universelle ; les soignants figurent parmi les groupes prioritaires aux côtés des personnes âgées, des femmes enceintes et des sujets à comorbidités (30-32).

L'OMS ne se prononce pas pour une vaccination obligatoire *versus* recommandée mais cite les considérations pouvant amener à rendre obligatoire la vaccination du personnel soignant et notamment les faibles couvertures vaccinales obtenues (3.5.6 Enseignements tirés de la pandémie de Covid-19).

Les politiques nationales s'articulent très majoritairement autour de recommandations ciblées (notamment pour les soignants) plutôt que d'obligations en population générale. Néanmoins, certains pays ont adopté des mesures plus contraignantes à l'égard des professionnels de santé (déclaration de refus, exigence de port du masque, réaffectations, voire obligation vaccinale).

1.5.1. En Europe

Le calendrier vaccinal de l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) contre la grippe saisonnière par État n'indique aucune obligation vaccinale en population générale dans les pays membres[13].

En ce qui concerne les professionnels dans le secteur de la santé (Tableau 3), des obligations vaccinales sont présentes en :

- **Finlande** : applique depuis 2017 un modèle de « semi-obligation » fondé sur la responsabilité légale des employeurs : seuls des professionnels vaccinés peuvent être affectés auprès de

[13] Vaccine Scheduler | ECDC

patients vulnérables. Les résultats de ce dispositif ont fait l'objet de plusieurs publications ; ils sont détaillés dans le chapitre 3.5.5. Les modalités de mise en œuvre et les résultats de ce dispositif ont été présentés par le professeur Hanna Nohynek (le compte-rendu de l'audition est présenté au chapitre 5 0) ;

- **Serbie** : une obligation vaccinale annuelle est instaurée afin de réduire la maladie et l'absence d'employés pendant la saison de la grippe, mais aussi de prévenir la transmission du virus du personnel aux patients chez des professionnels présentant des maladies chroniques ou au contact de personnes à risque.

1.5.2. En dehors de l'Europe

En dehors de l'Europe, aucune obligation vaccinale n'est recensée dans la population générale.

Certains pays ont mis en place des obligations vaccinales pour les professionnels dans les milieux de soins. Cependant, aucun pays n'a mis en place une obligation vaccinale contre la grippe au niveau national pour l'ensemble des personnels de santé ni pour des populations particulières de la population générale.

En ce qui concerne les professionnels dans le secteur de la santé (Tableau 3), des obligations vaccinales sont recensées en :

1. **Australie** : trois États ont mis en place des obligations vaccinales avec des modalités différentes en fonction des populations cibles. En Nouvelle-Galles du Sud, un acte administratif (*Policy Directive*[14]) (33) cible les personnels et étudiants d'une certaine catégorie[15] avec exemptions médicales et mesures de contrôle ; dans le Victoria, une directive ministérielle (34) fondée sur un cadre législatif impose l'obligation vaccinale aux personnels de santé de plusieurs secteurs, également avec exemptions et contrôles ; en Australie-Occidentale (WA) enfin, un acte administratif (*Policy Framework*[16]) (35) organise l'OV au sein de *WA Health* via une déclaration annuelle fortement incitative. La *Policy Directive* et le *Policy Framework* sont des actes administratifs d'organisation interne à des administrations. Il ne s'agit donc pas d'un cadre législatif, mais d'une décision relative au fonctionnement interne d'une administration.

---

[14] Ce document a été émis par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Galles du Sud (NSW). Le gouvernement de NSW a également publié un document détaillant comment il élabore et gère ces documents.

Ces *Policy Directives* définissent la position officielle du ministère de la Santé de NSW dans un domaine donné et fixent les attentes à l'égard des différentes entités du système de santé public pour la mise en œuvre des politiques publiques et le respect des normes minimales. Il ne s'agit pas de normes règlementaires mais bien d'un outil de gouvernance interne d'une administration, à vocation organisationnelle. Ces *Policy Directives* sont rendues obligatoires pour les différentes entités du système de santé public relevant du ministère de la Santé du NSW, notamment en raison des mécanismes de gouvernance et des conditions de financement auxquelles elles sont liées. Dans le contexte de ce document, la notion de *Policy Directive* doit se comprendre comme un instrument par lequel le ministère de la Santé du NSW traduit des politiques publiques en exigences administratives concrètes.

[15] Professionnels ayant un contact avec des patients ou tissus ou liquides biologiques dans *NSW Health* ; professionnels ayant un contact physique direct (patients/clients ; défunts/parties de corps ; sang/liquides/MI ; surfaces/équipements potentiellement contaminés (linge/instruments/seringues)) OU exposition respiratoire (face-à-face fréquent/prolongé ; accueil urgences/consultations ; travail prédominant en zone clinique : service/urgences/consultations ; fonctions de support ou passages fréquents : admin de service, transport patients, restauration livrant repas, maintenance) + stages cliniques (ClinConnect) + élèves du secondaire en apprentissage en zone clinique.

[16] Ce document a été émis par la direction de la Santé du gouvernement d'Australie-Occidentale. Son site internet nous donne une définition de ce que recouvre cette notion (https://www.health.wa.gov.au/About-us/Policy-Frameworks). Il y est notamment expliqué que : « En vertu de la section 26 de la loi de 2016 sur les services de santé, le directeur général peut publier des *Policy Frameworks* afin de garantir une approche cohérente d'une série de fonctions opérationnelles essentielles ». Il s'agit donc d'un document adopté en application d'une base législative explicite.

La section 26 du « *Health services act* » de 2016 (https://classic.austlii.edu.au/au/legis/wa/consol_act/hsa2016161/s26.html) détaille effectivement les conditions dans lesquelles le directeur général d'une direction d'un ministère (en l'espèce, le ministère de la Santé) peut adopter ces *Policy Frameworks*.

Dans le contexte de ce document, la notion de *Policy Framework* doit se comprendre comme un ensemble de règles adoptées par le directeur général d'une direction du ministère de la Santé, en application d'un pouvoir qui lui est octroyé par un acte législatif (qui est supérieur dans la hiérarchie des normes), et qui a pour objet d'harmoniser l'action de cette direction.

2. **États-Unis** : aux États-Unis, certains États ou hôpitaux ont mis en place une obligation vaccinale. Cette obligation concernait en 2017-2018 plus de 68 % du personnel hospitalier.
3. **Canada** : certaines provinces ont mis en place des mesures de vaccination ou de port de masque pour certaines catégories de population, dont les professionnels de santé.

Tableau 3. Obligations vaccinales contre la grippe saisonnière à l'étranger

Pays/Instance	Existence d'une OV	Année de publication	Indications
Australie (ATAGI) (36, 37)	Oui	2020-2026	Il n'existe pas d'obligation vaccinale à l'échelle nationale, mais certains États ont instauré leurs propres obligations
Nouvelle-Galles du Sud (NSW) (33)	Oui	2026	Une *Policy Directive* (pas de cadre législatif) définit l'OV pour les personnels et étudiants de catégorie A de *NSW Health*, avec possibilité d'exemption médicale mais mesures de contrôle si non-vaccinés
Victoria (34)	Oui	2025	Une **directive ministérielle** définit l'OV, notamment pour les personnels des hôpitaux publics/privés, ambulances, *Residential Aged Care Facility* (EHPAD) opérés par des hôpitaux et *Forensicare* (services de santé mentale médico-légale). Cela conformément à un cadre législatif complété par des directives ministérielles, avec possibilité d'exemption médicale mais mesures de contrôle si non-vaccinés
Australie-Occidentale (WA) (35)	Oui	2020	Une *Policy Framework* (pas de cadre législatif) définit l'OV au niveau du système *WA Health*, imposant une déclaration annuelle (vaccination, refus ou preuve préalable), avec une forte incitation organisationnelle
Canada (CCNI) (38)	Oui	-	Il n'existe pas d'obligation vaccinale à l'échelle nationale, mais certaines provinces comme le Québec ont instauré leurs propres obligations
Québec (MSSS) (39)	Non pour l'OV généralisée mais avec des sanctions possibles dans certaines situations	2013	Les professionnels de santé en contact avec les patients ont le devoir de se vacciner chaque année contre la grippe pour garantir la qualité des soins. Sans contre-indication, refuser ce vaccin peut être considéré comme un manquement à leur obligation de protéger les patients. Un travailleur de la santé qui refuse la vaccination doit être informé des risques et des conséquences possibles (écarté de certains patients, réaffecté ou retiré temporairement du travail en cas d'épisode de grippe) (40, 41)
États-Unis (CDC) (42-45)	Oui selon les États	2024	**À l'hôpital** Au total, 18 États imposent la vaccination contre la grippe aux **professionnels de santé hospitaliers**. Ces lois établissent des exigences en fonction du type d'hôpital et du type de vaccination requis. En outre, certaines lois étatiques autorisent des exemptions de vaccination. Concernant la grippe : – 17 États ont adopté des lois imposant la vaccination antigrippale des professionnels de santé dans les hôpitaux de manière générale

			– 10 États imposent des exigences en matière d'évaluation de la vaccination contre la grippe pour le personnel de santé hospitalier – 11 États exigent que les hôpitaux proposent la vaccination contre la grippe au personnel de santé – 8 États exigent que les hôpitaux s'assurent que le personnel de santé est vacciné contre la grippe – 3 États exigent que le personnel de santé hospitalier porte des masques chirurgicaux pendant la saison grippale s'il a été exempté ou a refusé la vaccination **En ambulatoire** – 11 États établissent des exigences en matière de vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins ambulatoires. Ces lois fixent des exigences en fonction du type d'établissement de soins ambulatoires et du type de vaccination requis et, dans certains États, autorisent certaines exemptions de vaccination – 9 États établissent des exigences en matière d'évaluation de la vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins ambulatoires – 4 États exigent que les établissements de soins ambulatoires proposent la vaccination contre la grippe aux professionnels de santé – 7 États exigent que les établissements de soins ambulatoires veillent à ce que les professionnels de santé soient vaccinés contre la grippe – 3 États exigent que les professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins ambulatoires portent des masques chirurgicaux pendant la saison grippale s'ils ont été exemptés de vaccination ou s'ils ont refusé de se faire vacciner – 8 États autorisent des exemptions médicales aux exigences en matière de vaccination **Unités de soins de longue durée** – 18 États imposent la vaccination contre la grippe à tous les professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins de longue durée – 5 États imposent explicitement la vaccination contre la grippe aux professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins de longue durée et en contact direct avec les patients
Finlande (*Ministry of Social Affairs and Health*) (46, 47)	Oui	2017	Le dispositif repose sur : – auto-déclaration de la vaccination dans un registre interne (les employeurs ne peuvent consulter les dossiers médicaux) – réaffectation obligatoire des personnels non protégés vers des postes sans contact patient – exceptions limitées (contre-indication médicale, pénurie critique, urgence de recrutement) – mise en œuvre large car les hôpitaux définissent eux-mêmes les « zones à risque », englobant la quasi-totalité des services

Serbie (48)	Oui	2020	OV annuelle instaurée afin de réduire la maladie et l'absence d'employés pendant la saison de la grippe, mais aussi prévenir la transmission du virus du personnel aux patients, chez les professionnels : – présentant des maladies chroniques – enceintes et personnels prenant en charge des femmes enceintes – en contact avec des patients à haut risque, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus

2. Objectif et méthode d'évaluation

La note de cadrage qui définit la méthodologie, le périmètre et les critères d'évaluation a été examinée par la commission technique des vaccinations (CTV) le 17 octobre 2025, puis validée par le Collège de la HAS le 22 octobre 2025 (49). Elle a ensuite été actualisée le 14 janvier 2026[17].

2.1. Objectif de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est d'apprécier la pertinence d'une OV contre la grippe saisonnière dans deux populations distinctes :

- les professionnels de santé et autres professionnels en contact régulier avec des personnes vulnérables ;
- en population générale, chez les populations les plus à risque de forme grave, au regard des données épidémiologiques (âge, vie en collectivité).

2.2. Périmètre de l'évaluation

2.2.1. Populations cibles

2.2.1.1. Professionnels de santé et autres professionnels en contact régulier avec des personnes vulnérables

La présente évaluation porte sur les professionnels suivants :

- ceux exerçant en établissement de santé (ES) et en établissement social et médico-social (ESMS), car susceptibles d'être visés par l'obligation vaccinale déjà en vigueur, sous réserve que l'établissement soit pris en compte par l'arrêté du 15 mars 1991 (50) et qu'ils soient exposés à un risque de contamination :
  - comme définis par l'article L. 3111-4 du CSP[18],
  - impliqués dans des soins d'hygiène et les aides à la vie quotidienne, lorsque leur activité les expose ou expose les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination ;
- ceux excerçant en milieux libéraux, comme définis par le Code de la santé publique. Pour rappel, ils ne sont pas visés par les obligations vaccinales fixées par l'article L. 3111-4 du CSP car leur autonomie d'exercice implique qu'ils n'exercent pas dans un établissement (sauf si le professionnel concerné exerce une activité le faisant entrer dans le cas prévu par l'article L. 3111-4 – exercice libéral en établissement de santé ou activité salariée) ; y compris les employés dans les structures d'exercice libéral les exposant ou exposant les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination ;
- au contact des personnes âgées de 65 ans et plus, impliqués dans des soins d'hygiène et les aides à la vie quotidienne, lorsque leur activité les expose ou expose les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination.

L'ensemble de ces professionnels relève déjà de la recommandation vaccinale antigrippale figurant dans **le calendrier vaccinal** en vigueur, qui concerne les professionnels de santé (y compris les étudiants), ainsi que pour tout personnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de

[17] Pour prendre en considération la saisine complémentaire adressée par la DGS le 22 décembre 2025.

[18] Article L. 3111-4 – Code de la santé publique – Légifrance

forme sévère de grippe (14). À ce titre, les étudiants des filières médicales et paramédicales entrent également dans le périmètre de l'évaluation.

La population potentiellement concernée par une OV antigrippale inclut notamment les professionnels de santé en activité, parmi lesquels, au 1er janvier 2025, on dénombre en France 237 214 médecins, 74 554 pharmaciens, 47 636 chirurgiens-dentistes, 25 760 sages-femmes (51). Concernant les professionnels paramédicaux, les dernières données consolidées indiquent qu'en 2021, environ 598 900 infirmiers (dont 98 600 exerçant en libéral) et 423 500 aides-soignants étaient en activité (52). Faute de données identifiées pour les autres catégories, leurs effectifs ne peuvent être estimés.

2.2.1.2. Population générale : populations les plus à risque de forme grave

La saisine du ministre porte sur les populations cibles de la recommandation vaccinale contre la grippe saisonnière en dehors des professionnels, notamment les résidents d'EHPAD.

La présente évaluation se concentre sur les personnes âgées de 65 ans et plus, résidant en collectivité.

Au 1er janvier 2026, on dénombre environ 15 millions de personnes âgées de 65 ans et plus[19].

Selon l'INSEE, la vie en institution est très minoritaire avant 80 ans : en 2018, 96 % des personnes âgées de 80 ans résident à domicile, et encore 79 % à 90 ans[20]. Ces données indiquent que la part des 65 ans et plus vivant en collectivité demeure faible. En appliquant, aux données démographiques de 2026, une estimation haute de 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en collectivité, cela représenterait environ 600 000 personnes, potentiellement concernées par une mesure d'obligation vaccinale antigrippale.

2.2.2. Critères d'évaluation

Les critères d'évaluation présentés dans le Tableau 4 seront pris en considération afin de formuler des conclusions qui tiennent compte des principaux fondements pour une obligation vaccinale.

Les implications éthiques et modalités d'implémentation organisationnelles et juridiques d'une éventuelle OV antigrippale annuelle n'ont pas fait l'objet d'une revue exhaustive de la littérature. Elles ont toutefois été abordées de manière transversale tout au long de l'analyse, notamment à travers les contributions d'experts et les auditions menées, dans les limites des missions de la HAS.

Tableau 4. Critères d'évaluation retenus chez les professionnels et chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité

Critères d'évaluation	Professionnels	Personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité
Problématique de santé	Tous modes et lieux d'exercice confondus, chez les professionnels : – de santé, – au contact des personnes âgées de 65 ans et plus, impliqués dans des soins d'hygiène et les aides à la vie quotidienne, lorsque leur activité les expose ou expose les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination	Chez les populations âgées de 65 ans et plus, résidant en collectivité
Balance bénéfices/risques des	– Efficacité vaccinale directe, prévention : • des cas de grippe confirmée	– Efficacité vaccinale directe, prévention : • des cas de grippe confirmée

[19] Insee. Population par sexe et groupe d'âges. Données annuelles 2026 https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474
[20] Insee. Seniors https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047723

vaccins antigrippaux	• des hospitalisations toutes causes • des pneumonies • des admissions en unités de soins continus (USC) – Impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale – Efficacité vaccinale indirecte, impact : • de la vaccination sur la transmission - en population générale - des cas de grippe nosocomiale - du taux de couverture vaccinale sur la transmission • de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées • du taux de couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées – Sécurité	• des hospitalisations toutes causes, pour causes respiratoires ou pour grippe biologiquement confirmée • des pneumonies • des hospitalisations en unité de soins continus • des cas de grippe nosocomiale • de la réduction du déclin fonctionnel • du risque d'évènements cardiovasculaires – Impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale – Efficacité vaccinale indirecte, impact : • de la vaccination des résidents sur le risque de transmission dans l'établissement • sur le risque de grippe nosocomiale • sur des épisodes d'infections groupées en établissements – Sécurité
Capacité du système de soins	– Impact de la vaccination des professionnels sur le taux d'absences liées aux arrêts maladie – Impact du taux de couverture vaccinale des professionnels sur le taux d'absences liées aux arrêts maladie	– Impact des cas de grippe sur les systèmes de soins et d'hébergement
Prévention	Prise en compte des moyens de prévention existants	
Acceptabilité d'une obligation vaccinale	Revue des motifs de refus de vaccination antigrippale	
Faisabilité de la mise en place d'une OV	Ressources humaines et logistiques, organisation du programme de vaccination, systèmes d'information, obstacles éventuels, gestion des refus	

Certains critères d'évaluation s'inscrivent dans des dimensions autres que cliniques ou épidémiologiques : le respect des principes de l'éthique de santé publique, la faisabilité de la mise en place d'une éventuelle obligation vaccinale et les capacités du système de soins relèvent des enjeux organisationnels et de l'acceptabilité d'une obligation vaccinale. Enfin, le critère de prévention constitue une dimension transversale, combinant des aspects organisationnels et éthiques, tout en reposant sur des données cliniques et épidémiologiques.

2.2.3. Critère non retenu dans l'évaluation

Le critère médico-économique n'a pas été évalué car l'OV viserait principalement à permettre la pleine application de la recommandation vaccinale antigrippale en vigueur, pour certaines des catégories concernées. Il est attendu que l'OV ait, d'une part, un impact financier associé aux ressources nécessaires pour vacciner un nombre plus important de personnes et, d'autre part, un impact économique mettant en regard ces coûts supplémentaires de mise en œuvre et les bénéfices attendus sur les cas de grippe évités (impacts cliniques, qualité de vie, soins évités, impacts sociétaux) par rapport aux stratégies actuelles d'incitation à la vaccination. Considérant les enjeux actuels de santé publique de la vaccination antigrippale, l'évaluation des impacts financiers et économiques est jugée non prioritaire dans le cadre de ce travail.

2.3. Méthode d'évaluation

La présente évaluation s'appuie sur les éléments analysés dans le rapport de la HAS publié en 2023 relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière. Ces éléments ont été repris et actualisés à partir des données scientifiques, épidémiologiques et contextuelles publiées depuis 2023[21], selon la méthodologie décrite ci-après (

Figure 1) :

- pour les critères balance bénéfices/risques des vaccins antigrippaux, capacité du système de soins ; acceptabilité de l'OV : une recherche systématique et une analyse critique de la littérature identifiée après 2023 (Annexe 5) ;
- pour les autres critères d'évaluation (situation épidémiologique, prévention, faisabilité, aspects éthiques) : une revue non systématique de la littérature (Annexe 5) ;
- recueil des points de vue des parties prenantes lors des auditions en séance plénière de la CTV ou des contributions écrites (Annexe 6) ;
- la constitution d'un groupe de travail incluant des experts externes, des patients et des usagers réunis en une séance à la HAS en vue de recueillir leurs positions sur les résultats de la littérature, la pratique française et le retour d'expérience des patients (Annexe 6) ;
  l'élaboration d'une première recommandation après examen du document de travail puis validation par la CTV et le collège d'orientation et information de la HAS. Pour une prise de décision transparente, la CTV a apprécié un niveau de confiance des données analysées selon les critères pris en compte (Annexe 4) ;
- une consultation publique après diffusion de cette première version de la recommandation ;
- l'intégration des contributions issues de la consultation publique, suivie de la finalisation du rapport, puis examen par la CTV et validation par le Collège délibératif de la HAS.

[21] Certaines publications scientifiques antérieures à 2023 ont été ajoutées manuellement à la recherche bibliographique et incluses car jugées pertinentes à intégrer dans l'évaluation.

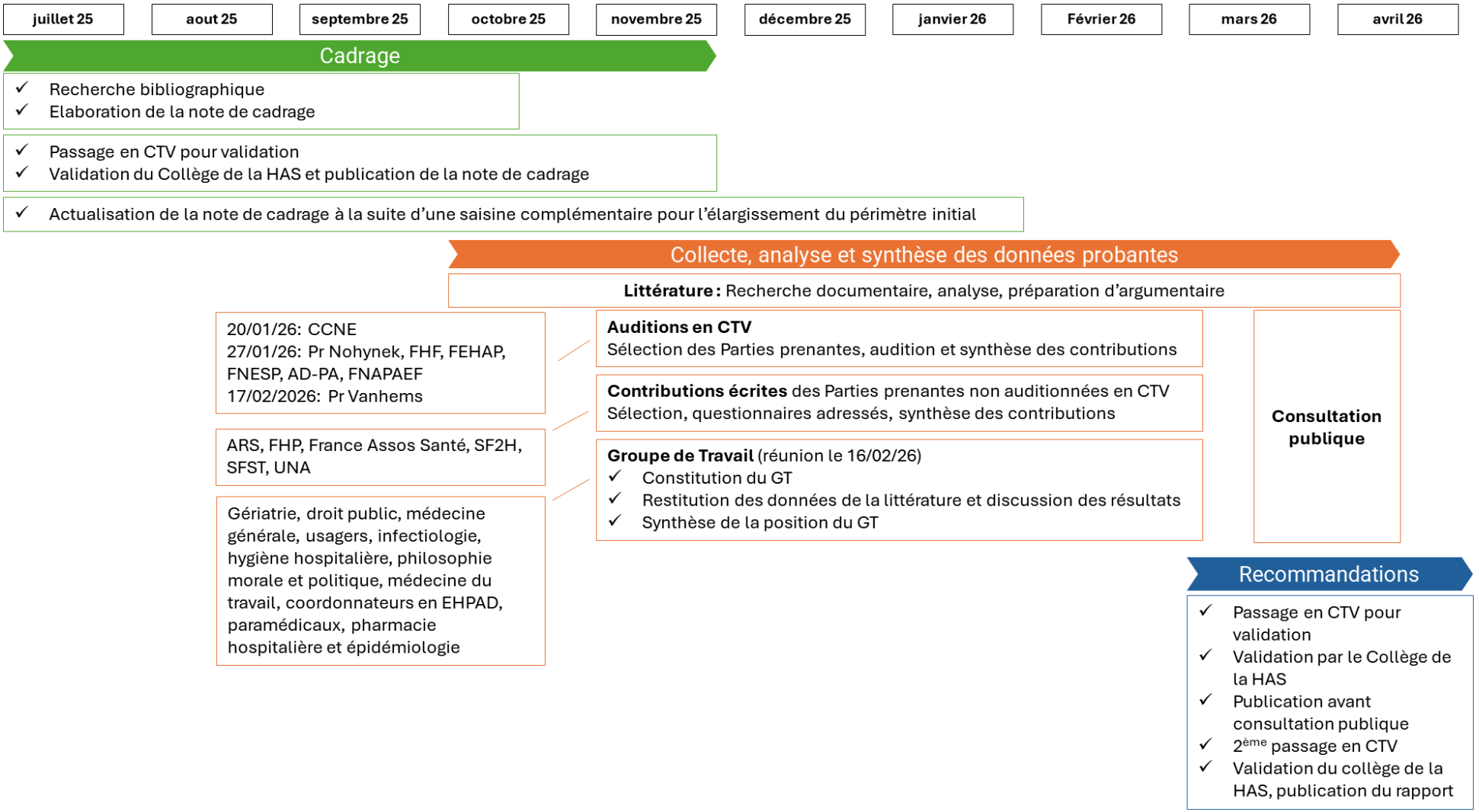

Figure 1. Étapes d'élaboration de la recommandation

3. Résultats d'analyse des critères d'évaluation

3.1. Problématique de santé

3.1.1. Caractéristiques cliniques de la maladie

La grippe saisonnière est une infection virale respiratoire hautement contagieuse causée par des virus influenza, principalement A, B de la famille *Orthomyxoviridae*. Elle affecte principalement les voies respiratoires supérieures et peut entraîner des complications chez les populations vulnérables (53). Les virus grippaux pénètrent par le rhinopharynx, ils se transmettent par voie aérienne et peuvent également se propager par des mains contaminées (54).

Durée et sévérité des symptômes : les symptômes apparaissent 1 à 4 jours après l'infection, incluant fièvre élevée, toux, maux de gorge, écoulement nasal, douleurs musculaires et fatigue extrême ; la fièvre dure typiquement 3 à 4 jours, mais la fatigue et la toux peuvent persister 1 à 2 semaines (54).

Gravité : la majorité des cas sont bénins et se résolvent sans traitement, mais des formes graves surviennent chez les enfants jeunes, personnes âgées, patients avec comorbidités, femmes enceintes et les personnes immunodéprimées, avec des risques de pneumonie, d'insuffisance respiratoire ou d'aggravation de maladies chroniques. Ces formes sévères peuvent nécessiter une hospitalisation, voire conduire au décès. Les épidémies de grippe exercent chaque année une forte pression sur les systèmes de santé (54).

La grippe saisonnière demeure une infection respiratoire hautement contagieuse pouvant entraîner des formes sévères, notamment chez les ≥ 65 ans. Si la majorité des cas sont bénins, les formes graves nécessitent fréquemment une hospitalisation et s'accompagnent de risques de pneumonie, d'insuffisance respiratoire ou d'aggravation de pathologies sous-jacentes, voire de décès.

3.1.2. Épidémiologie de la maladie en France

Pour caractériser la problématique de santé, la HAS s'est appuyée sur les données de surveillance de la grippe en France, essentiellement centralisées par Santé publique France (SpF) et provenant de plusieurs sources :

- données de médecine de ville : le réseau Sentinelles, le centre national de référence (CNR) des virus respiratoires, les départements universitaires de médecine générale (DUMG), ainsi que le réseau SOS Médecins ;
- données sur les passages aux urgences, les hospitalisations pour grippe/syndrome grippal et les cas graves de grippe admis en réanimation : le réseau d'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;

- données d'épisodes dans les ESMS : les ESMS signalent par SI-VSS les épisodes de grippe aux agences régionales de santé (ARS) et à SpF ;
- données de surveillance virologique : réseaux de laboratoires privés (RELAB) et Réseau national des laboratoires des centres hospitaliers pour la surveillance à l'hôpital (RENAL) ;
- données de mortalité : SpF analyse les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC).

Le fardeau de la grippe saisonnière a été longtemps sous-estimé en raison de l'absence ou de la faible utilisation des tests diagnostiques avant la pandémie de Covid-19, mais aussi parce que la grippe entraîne des hospitalisations et des décès souvent différés, secondaires à la décompensation d'une pathologie chronique sous-jacente.

Le fardeau de la grippe saisonnière est mieux mis en évidence ces dernières années du fait de l'utilisation plus fréquente de tests diagnostiques dans la période post-Covid-19.

La contribution de la grippe aux infections respiratoires aiguës (IRA) varie, selon les saisons hivernales, de 21 à 34 % en ville et de 7 à 12 % à l'hôpital, d'après les données de surveillance.

L'ensemble des données épidémiologiques disponibles est détaillé dans l'Annexe 10.

3.1.2.1. Impact de la grippe en médecine de ville

Le poids de la grippe saisonnière sur le recours aux soins en médecine de ville est variable d'une saison à l'autre. La saison 2024-2025 a été caractérisée par un impact élevé, avec :

- 2,7 millions de consultations pour syndrome grippal ;
- plus de 2 millions de cas de grippe estimés vus en médecine générale ;
- un taux d'incidence des IRA de 4 087/100 000 habitants (55).

La part des personnes de 65 ans et plus parmi les cas vus en ville semble augmenter d'une saison à l'autre (56-58) :

- 4,8 % en 2022-2023 ;
- 8,8 % en 2023-2024 ;
- 9,9 % en 2024-2025.

D'après les données du réseau SOS Médecins (55), au pic de l'épidémie de grippe pour la saison 2024-2025, l'activité pour grippe/syndrome grippal a atteint 27,8 %, dépassant le record du pic de 2022-2023 (25,4 %).

3.1.2.2. Impact de la grippe à l'hôpital

Le nombre de passages aux urgences pour grippe ou syndrome grippal varie fortement d'une saison à l'autre (55, 59, 60) :

- 110 918 en 2022-2023 ;
- 73 676 en 2023-2024 ;
- 158 259 en 2024-2025 (saison intense).

Les hospitalisations après passage aux urgences évoluent parallèlement au nombre de passages aux urgences (55, 59, 60) :

- 15 828 en 2022-2023 ;
- 14 025 en 2023-2024 ;
- 29 581 en 2024-2025.

Les personnes de 65 ans et plus représentent régulièrement plus de la moitié des hospitalisations après un passage aux urgences (55, 59, 60) :

- 54 % en 2022-2023 ;
- 56 % en 2023-2024 ;
- 60 % en 2024-2025.

Cette vulnérabilité est confirmée par les données du PMSI :

- sur la période 2012-2017, environ 20 000 hospitalisations ont été codées « grippe » chaque année. Elles confirment qu'environ 43 % (min : 28 % ; max : 69 %) des hospitalisations pour grippe concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, soit environ 8 600 hospitalisations par an (61) ;
- sur la période 2018-2023 (62), le nombre d'hospitalisations pour grippe chez les sujets de 65 ans et plus présente une forte variabilité interannuelle : 31 257 séjours en 2019, à une diminution marquée à 1 325 séjours en 2021, puis un rebond en 2022 avec 27 996 séjours ;
- une analyse complémentaire sur la seule saison 2022-2023 rapporte 51 573 hospitalisations pour grippe, dont 51 % chez les sujets de 65 ans et plus (63) ;
- les données du PMSI estiment le nombre d'hospitalisations codées grippe pour la saison 2024-2025 à 92 630 (53 357 pour la saison 2023-2024 et 57 683 pour la saison 2022-2023) (données non publiées, Santé publique France).

Concernant les cas graves admis en réanimation, les données issues d'un réseau de surveillance non exhaustif montrent (27, 59, 64, 65) :

- une part variable de la grippe au sein des IRA admis en réanimation : 52 à 76 % ;
- une proportion croissante des personnes âgées de 65 ans et plus parmi les cas graves :
  - 38 % en 2022-2023,
  - 41 % en 2023-2024,
  - 47 % en 2024-2025,
  - 56 % en 2025-2026 (jusqu'à semaine 11) ;
- les proportions de vaccinés parmi les cas graves sont :
  - environ 13-14 % des vaccinés pour les saisons 2022-2025,
  - 30 % en 2025-2026 (jusqu'à semaine 11).

3.1.2.3. Morbi-mortalité attribuée à la grippe

Impact de l'infection grippale sur la survenue de complications cardiovasculaires

L'association entre l'infection grippale et la survenue d'infarctus du myocarde (IDM) a fait l'objet d'une revue systématique de la littérature avec méta-analyse de Zhou et Feng, en 2025 (66). Sur la base de 17 études, une association significative entre les cas de grippe (confirmée ou syndromes grippaux) et les cas d'IDM a été mise en évidence avec un OR à 2,7 (IC 95 % : 1,28-5,72). Il a été mis en évidence un pic de survenue des IDM entre le 1er et 3e jour suivant le début de l'infection (IRR à 6,83 ; IC 95 % : 4,66-10,01). Les patients ayant un IDM avaient une évolution plus sévère que les autres pour la survenue de défaillance multiviscérale (OR : 2,90 ; IC 95 % : 2,79-3,01) et de mortalité (OR : 1,60 ; IC 95 % : 1,55-1,66). De plus, ces patients avaient une durée moyenne de séjour plus longue (8,8 jours *vs* 5,5 jours). Il convient de préciser que, dans toutes les études, les patients étaient âgés de plus de 40 ans, que les effectifs inclus dans les méta-analyses ne sont pas rapportés et qu'aucune analyse par groupes d'âge n'a été effectuée.

Déclin fonctionnel

Plusieurs études rapportent que la grippe est associée à un déclin fonctionnel chez les personnes âgées, en particulier les sujets fragiles ou institutionnalisés. L'étude de Barker *et al.*, menée en EHPAD et publiée en 1998, avait mis en évidence qu'un épisode grippal pouvait entraîner une perte durable d'autonomie et une détérioration des capacités fonctionnelles (67). Ces résultats ont été confirmés par des analyses de 2012 (68) rapportant que la grippe contribue significativement à la morbidité et à la perte de fonction chez les ≥ 65 ans, notamment en institution.

Mortalité

Les chiffres de mortalité attribuée à la grippe sont issus de l'analyse des données indiquées dans le certificat de décès avec cause de décès grippe et des analyses portant sur les excès de mortalité toutes causes durant la saison épidémique (Tableau 5.).

Durant la saison 2024-2025, la vague épidémique de grippe a entraîné un excès de mortalité toutes causes confondues estimé à plus de 17 600 décès pendant les 12 semaines de l'épidémie (55). Cette valeur est comparable avec les excès de mortalité toutes causes observés au cours des épidémies de grippe 2022-2023 (17 400) et 2017-2018 (17 600), inférieure à celle enregistrée en 2016-2017 (environ 20 700 décès), et supérieure à celle enregistrée en 2023-2024 (8 100). Les décès en excès survenus au cours de l'épidémie de grippe 2024-2025 concernaient dans plus de 90 % des cas des personnes de 65 ans et plus, principalement celles âgées de 75 ans et plus. Tous les décès en excès durant la saison épidémique ne sont pas spécifiquement attribuables à l'infection par un virus grippal. La mortalité reliée à l'infection grippale serait sous-déclarée comme cause initiale de décès, notamment lorsqu'elle intervient comme facteur déclenchant ou aggravant d'une pathologie sous-jacente.

Tableau 5. Mortalité en métropole liée à la grippe en France (décès déclarés par certificat électronique). Santé publique France (27, 59, 64, 65, 69)

Saison	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
Décès déclarés, N	147 141	161 427	187 999	NR
Décès déclarés en lien avec la grippe, n (%) – **Dont 65 ans et plus** – **75 ans et plus** – **65-74 ans**	1 505 (1,0 %) – 1 324 (88 %) – 1 137 (76 %) – 187	1 861 (1,2 %) – 1 643 (88 %) – 1 405 (75 %) – 258	4 925 (2,6 %) – 4 546 (92 %) – 4 023 (82 %) – 353 (7 %)	

La grippe représente un impact important pour le système de santé :

- en ville, elle représente environ 21 à 34 % des IRA et génère des millions de consultations à chaque saison hivernale (2,7 millions de consultations pour syndrome grippal en 2024-2025) ;
- à l'hôpital, elle entraîne des dizaines de milliers de passages aux urgences (158 259 en 2024-2025) et d'hospitalisations (29 581 en 2024-2025), principalement chez les personnes de 65 ans et plus.

  L'analyse des cas graves en réanimation montre une part croissante de personnes âgées de 65 ans et plus autour de 70 % des cas de personnes qui sont non vaccinées contre la grippe ;
- la grippe entraîne une morbi-mortalité importante (un excès de mortalité toutes causes confondues estimé à plus de 17 600 décès en 2024-2025). Les décès en excès survenus au cours de l'épidémie de grippe 2024-2025 concernaient dans plus de 90 % des personnes de 65 ans et plus, principalement celles âgées de 75 ans et plus.

3.1.2.4. Transmission en population générale

Des études expérimentales ont analysé la transmission de la grippe en population générale (revue non exhaustive).

Étude de Lai *et al*. (70) (2026) : il s'agit d'une étude de transmission contrôlée, conduite aux États-Unis en 2023-2024 en environnement de quarantaine, qui a évalué la survenue d'infections secondaires après exposition de volontaires sains à des personnes naturellement infectées par la grippe. Les analyses portant sur les cohortes avec donneurs grippés incluaient 11 receveurs (âge moyen 36 ans) exposés à 5 donneurs (âge moyen 21 ans ; virus A(H3N2) n = 3 et A(H1N1) n = 2) au cours de 23 séances d'exposition totalisant 82,2 heures. Le critère principal était le taux d'attaque secondaire (infection confirmée virologiquement, cliniquement ou sérologiquement).

Concernant le critère de jugement principal, aucune infection secondaire n'a été observée (89/89 échantillons PCR de receveurs négatifs), suggérant que les adultes non seniors sont peu transmetteurs de la grippe.

Cette étude a aussi rapporté que dans l'air expiré des donneurs, l'ARN viral était détecté dans 44 % des échantillons d'aérosols fins et un échantillon d'aérosols fins était positif en culture. Une contamination de surface était mise en évidence pour 1 prélèvement sur 23, également positif en culture. D'un point de vue méthodologique, les effectifs étaient très limités (n = 16) et la vaccination antigrippale n'était pas un critère d'exclusion chez les donneurs : parmi les 5 donneurs inclus, 2 déclaraient avoir été vaccinés contre la grippe dans les 6 mois précédant leur admission. Par ailleurs, l'expérimentation a été réalisée dans un environnement de quarantaine et une salle d'exposition dédiés, limitant l'extrapolation en vie réelle.

Des travaux expérimentaux antérieurs ont par ailleurs documenté l'excrétion de virus grippal dans l'air expiré chez des adultes infectés en population générale.

Étude de Yan *et al*. (71) (2018) : il s'agit d'une étude expérimentale américaine qui a évalué l'excrétion virale dans l'air expiré chez des adultes ayant une grippe saisonnière symptomatique, recrutés au sein d'une communauté universitaire. L'étude incluait 142 cas confirmés biologiquement, ayant fourni 218 échantillons d'air expiré collectés sur 30 minutes au cours des 3 premiers jours suivant le début des symptômes. La population était composée de jeunes adultes âgés en moyenne de 20 ans [19-21], dont 22 % (n = 31/142) déclaraient avoir reçu une vaccination antigrippale pour la saison en cours. Les prélèvements distinguaient les aérosols grossiers (> 5 µm) et les aérosols fins (≤ 5 µm), et étaient associés à des prélèvements nasopharyngés concomitants.

Les principaux résultats rapportent que de l'ARN viral était détecté dans 76 % des échantillons d'aérosols fins et dans 40 % des aérosols grossiers. Un virus grippal infectieux a été isolé par culture dans 39 % des échantillons d'aérosols fins testés (52/134 prélèvements), ainsi que dans 89 % des prélèvements nasopharyngés. Par ailleurs, parmi les séances de prélèvement réalisées en l'absence de toux observée, la présence de virus infectieux dans les aérosols fins était rapportée dans 48 % des cas.

Environ 15 % (n = 22/142) des personnes avaient été vaccinées au cours de la saison courante et de la saison précédente. Dans les modèles ajustés, l'excrétion d'ARN viral dans les aérosols fins était multipliée par 6,3 (IC 95 % : 1,9-21,5) chez les cas vaccinés sur deux saisons consécutives, comparativement aux cas non vaccinés sur ces deux saisons, suggérant que la vaccination n'empêche pas l'excrétion d'ARN viral. D'un point de vue méthodologique, les effectifs étaient très limités (n = 142, et n = 22 sur l'impact de la vaccination sur deux saisons consécutives). La culture virale n'était réalisée que pour la fraction des aérosols fins et l'étude ne comportait aucune évaluation de la transmission secondaire, limitant l'interprétation des résultats en termes de contagiosité.

Ces études sont de nature exploratoire. Elles ne remettent pas en cause le caractère contagieux de la grippe saisonnière, des travaux de 2026 (72) rappelant la transmissibilité en population générale, même au stade présymptomatique.

Menées en population générale, assimilable aux professionnels de santé, plusieurs études expérimentales rapportent que des adultes infectés par la grippe peuvent excréter de l'ARN viral dans l'air expiré, en particulier sous forme d'aérosols fins (jusqu'à 76 % des échantillons positifs), y compris en l'absence de toux (48 % des séances). Toutefois, dans une étude de transmission contrôlée, aucune infection secondaire n'a été observée chez les receveurs exposés (0/89 échantillons positifs). Ces études restent d'interprétation délicate compte tenu de leur caractère exploratoire ; elles ne remettent pas en cause le caractère contagieux de la grippe saisonnière.

3.1.2.5. Transmission nosocomiale de la grippe

Épidémiologie de la grippe nosocomiale

Synthèse des études examinées dans le rapport HAS 2023 et principales conclusions

- Une étude de Munier Marion *et al.* (73) rapporte, selon les signalements d'infections nosocomiales grippales transmis à SpF entre juillet 2001 et juin 2015, que les sources de notification sont essentiellement les EHPAD (24 %), les unités médicales (20 %), les unités de réadaptation (18 %) et les unités de soins de longue durée (18 %). Durant cette période ont été répertoriés :
  - 506 épisodes déclarés totalisant 7 861 cas ; en moyenne 11 cas/épisode ;
  - pour 388 notifications, 37 % des cas impliquent uniquement les patients, 1 % uniquement les soignants et 60 % les patients et les soignants ;
  - que l'acquisition en établissement est jugée certaine/probable dans 91 % des épisodes.

Chez les professionnels

- La même étude de Marion-Munier *et al.* rapporte des taux d'attaque compris entre 11 % et 59 % (73).
- Des valeurs similaires sont rapportées dans un rapport du HCSP de 2014 (13 %-23 %) (74). [Ces données suggèrent que les soignants sont un groupe particulièrement exposé par rapport à la population générale qui a un taux d'attaque moyen d'environ 4 % par saison, avec une variation de 3,5 à 4,7 % selon les années (75)].
- Une étude portant sur l'implication des professionnels de santé dans les maladies transmissibles suggère que les professionnels de santé non vaccinés sont la principale source de grippe nosocomiale (76).
- Une cohorte multicentrique (77) rapporte que 22,3 % des soignants ont contracté une infection grippale en 2016-2017, dont une large majorité asymptomatique ou paucisymptomatique, soulignant la possibilité de transmission à partir de cas pauci ou asymptomatiques.

Chez les patients

- Régis *et al.,* 2014 (78) : des données de surveillance en unité gériatrique à Lyon (2004-2009) ont rapporté 115 syndromes grippaux, dont 29,6 % nosocomiaux ; grippe confirmée dans

17,6 % des cas nosocomiaux. Les taux d'attaque pour les grippes nosocomiales confirmées étaient de 1,4 ; 0,4 ; 0,3 ; 0 ; et 0 pour les cinq années consécutives.

- El Guerche-Séblain *et al.,* 2021 (79) : cette étude de surveillance prospective menée à Lyon (2004-2017) chez des adultes hospitalisés en gériatrie (75,8 %), médecine (21,7 %) et chirurgie (2,5 %), incluant 756 patients présentant un syndrome grippal d'âge médian 85 ans, rapporte les résultats suivants :
  - 160 grippes confirmées (21,2 %), majoritairement grippe A (78,1 %), dont 39,4 % vaccinés ;
  - 35,6 % des cas confirmés acquis à l'hôpital ;
  - taux d'attaque : 13/10 000 patients hospitalisés (IC 95 % : 9,90-16,90) ;
  - incidence : 0,25/1 000 patients-jours (IC 95 % : 0,19-0,32).

Le rapport concluait : « Même si les données de surveillance disponibles pour documenter cette transmission nosocomiale de la grippe sont parcellaires, les données disponibles montrent que les personnels soignants peuvent présenter une grippe au sein des établissements de santé. Des taux d'attaque variables ont été rapportés chez les professionnels de santé, soulignant qu'ils constituent un groupe dont le risque d'infection grippale est probablement supérieur à celui de la population générale. Des données suggèrent que parmi les professionnels de santé non vaccinés, près de la moitié sont asymptomatiques ou paucisymptomatiques et continuent de travailler malgré leurs symptômes et peuvent ainsi être la principale source de grippe nosocomiale.

Dans une étude de surveillance prospective des cas de grippe nosocomiale menée en France de 2004 à 2017, parmi les patients adultes hospitalisés avec une grippe toutes origines confondues, 75,8 % des cas de grippe ont été constatés dans les services de gériatrie, 21,7 % dans les services de médecine et 2,5 % dans les services de chirurgie. Parmi les cas de grippe confirmés, 39,4 % avaient été préalablement vaccinés et 35,6 % des cas ont été acquis à l'hôpital. Le taux d'attaque était de 13 (IC 95 % : 9,90-16,9) pour 10 000 patients hospitalisés ; l'incidence des grippes nosocomiales était de 0,25 (IC 95 % : 0,19-0,32) pour 1 000 patients-jours pour la durée totale de l'étude. »

Analyses complémentaires

Des études mettent en évidence plusieurs déterminants majeurs de la transmission et du contrôle des IRA d'étiologie grippale en milieu hospitalier et gériatrique (Tableau 6).

Définitions et hétérogénéité des critères nosocomiaux

La revue de référence (80) montre une hétérogénéité dans les définitions appliquées aux infections nosocomiales respiratoires, avec des seuils de 48 à 196 h (médiane 72 h), des critères cliniques variables et un manque de standardisation, rendant la comparaison des études difficile.

Risque d'IRA nosocomiale, hétérogénéité inter-unités et surveillance

Des études menées au centre hospitalier universitaire (CHU) de Lyon montrent que le risque d'IRA contractée à l'hôpital est nettement plus élevé qu'en dehors de l'établissement. Une enquête prospective sur trois saisons (81) indique un ratio d'incidence hospitalier par rapport à la communauté de 1,95 (IC 95 % : 1,53-2,50). Les risques relatifs sont particulièrement élevés en cas de contact avec un soignant, un patient ou les deux (5,48, 17,96, 34,75 respectivement). L'analyse selon les unités révèle une grande disparité : une autre étude sur la même cohorte (82) montre que certains services de gériatrie présentent des ratios d'incidence standardisés très importants, atteignant 1 525,5 (IC 95 % : 866,4-2 686,2), ce qui met en évidence la fragilité propre au secteur gériatrique.

Une étude basée sur des données nationales de surveillance entre 2001 et 2015 (73) rapporte 7 861 cas notifiés sur 14 ans, dont 158 décès. De plus, l'utilisation de l'outil e-SIN a permis de réduire significativement le délai de déclaration des cas, passant de 37 jours à 13 jours, et a ainsi contribué à améliorer la qualité et la rapidité du signalement.

Ces constats convergent avec les recommandations de détection précoce, d'alerte et de confirmation rapide (virologie + phylogénie) pour raccourcir les délais de contrôle des épisodes en pratique (83).

Facteurs de risque individuels et structurels

Une étude de Munier Marion *et al.* a montré l'importance d'agir sur l'environnement de soins, notamment en limitant les chambres doubles, dont l'effet multiplicateur du risque est clairement établi (*Hazard Ratio* – HR 2,67) (84).

Les modèles individuels permettent d'éclairer les mécanismes de surrisque. Dans une publication de Payet *et al.* (85), 72 % des transmissions sont attribuées à une exposition à J-1 et le niveau de risque varie significativement en fonction du jour de contagiosité de la source (41 % à J-1, 19-25 % aux J1-J2). Une autre étude de Payet *et al.* (86) indique que 59 % des transmissions ont lieu de patient à patient, 41 % de soignant à patient, avec une proportion importante de transmissions présymptomatiques : 49 % pour les patients source et 82 % pour les soignants source. À noter que la taille de l'échantillon des cas patients est restreinte (n = 64), dont seulement 20 % ayant une grippe confirmée.

L'étude de Voirin *et al*. (87) met en évidence un surrisque modéré mais réel d'IRA en milieu hospitalier : 24 cas observés contre 18,07 attendus si les patients étaient restés en communauté (HR de 1,33 ; IC 95 % : 0,89-1,98). Le risque varie fortement selon les spécialités ($p < 0,01$) : il est nettement inférieur en chirurgie (HR 0,10) et en gynécologie (HR 0,04) par rapport à la médecine. L'âge constitue un déterminant majeur du risque, avec une augmentation progressive et significative : HR 4,04 chez les 35-64 ans et HR 14,35 chez les ≥ 65 ans. Enfin, l'exposition à un patient ou à un soignant infectieux est systématiquement associée à une augmentation significative du risque d'IRA nosocomiale.

Rôle des soignants et dynamique des contacts

L'étude de Oussaid *et al.* (88) analyse les contacts en gériatrie sur une période de 10 jours et recense plus de 5 200 contacts, montrant une forte intensité d'interactions. Hors du pic épidémique, les contacts infirmiers diminuent de 39 %, bien que l'exposition reste élevée. Six infirmiers identifiés comme « super-contacteurs » (représentant 15 % des soignants) concentrent 44 % des contacts, la plupart non vaccinés. Ces résultats soulignent que la gériatrie présente un risque élevé de transmission nosocomiale, en raison de la fréquence des soins, de la proximité et du rôle disproportionné de quelques soignants dans la dynamique de transmission. Des mesures des contacts, étendues sur des périodes plus longues avec populations plus larges, permettraient d'affiner encore la compréhension des dynamiques de transmission en milieu hospitalier (89).

Épidémiologie descriptive et confirmation virologique

L'étude de Régis *et al.* (90) a été menée sur trois saisons en court séjour, avec identification virologique des IRA chez les patients et les professionnels ; 276 participants ont été inclus dans l'étude (168 patients et 108 soignants). Les résultats rapportent une proportion élevée d'infections confirmées : 61 cas, soit 22 %, dont 28 % chez les patients et 45 % chez les soignants, sont des infections nosocomiales. Selon les synthèses ORION[22] (91), les taux d'attaque observés dans les épidémies publiées

[22] ORION signifie *Outbreak Reports and Intervention Studies Of Nosocomial Infection*.
C'est un standard méthodologique destiné à améliorer la qualité, la transparence et la comparabilité des études et rapports d'épidémies nosocomiales.

varient entre 11 et 59 %, mais ils peuvent être plus importants s'ils sont estimés sur des données avec confirmation virologique (32-53 %).

Tableau 6. Synthèse des études identifiées sur le fardeau de la grippe nosocomiale

1er auteur, année, référence	Méthode & population	Résultats principaux	Limites
Munier-Marion, 2017 (80)	Revue de littérature (2008-2016) + enquête (55 hôpitaux). 75 études incluses ; définition IRA/infection nosocomiale et seuils temps recueillis	Hétérogénéité forte des définitions des infections nosocomiales : 48-196 h (médiane 72 h) ; 53 % des études utilisent un seuil temps, 40 % définissent IRA cliniquement (fièvre ~ 38 °C, toux, odynophagie). Besoin de standardisation	Revue non systématique ; hétérogénéité de designs ; une seule base (PubMed) ; comparabilité limitée
Munier-Marion, 2016 (84)	Cohorte prospective hospitalière ; 93 patients (gériatrie) avec IRA confirmée ; comparaison chambres simples vs doubles	Incidence des infections nosocomiales 2,0 vs 0,7/100 PJ en double vs simple (p = 0,028) ; HR ajusté 2,67 (IC à 95 % : 1,05-6,76) pour la grippe en chambre double ; pas de différence de couverture vaccinale	Petite taille de l'échantillon ; possibles transferts de chambre ; facteurs confondants résiduels
Munier-Marion, 2017 (73)	Surveillance nationale des clusters d'infections nosocomiales/IRA (France) 2001-2015 ; 506 épisodes ; comparaison avant/après e-SIN	Cas notifiés : 7 861 (patients + HCP), 158 décès (létalité 2 %). Délai 1er cas → notification médian 37 j → 13 j après e-SIN (p < 0,001). Données plus complètes	Sous-déclaration probable ; définition de « cluster » variable ; nombre de cas par épisode sous-estimé (saisie au moment du signalement)
Vanhems, 2011 (81)	Prospective 3 saisons (2004-2007) ; 21 519 patients + 2 153 soignants ; infections nosocomiales cliniques + prélèvements	Ratio d'incidence hôpital vs communauté 1,95 (IC à 95 % : 1,53-2,50). RR IRA chez les patients exposés : soignant seul = 5,48 ; patient seul = 17,96 ; patient + soignant = 34,75 vs aucune exposition Taux d'attaque IRA nosocomiale : 3,0/1 000 patients	Basé surtout sur IRA (confirmations virus limitées)
Vanhems, 2014 (82)	Cohorte 3 saisons (1 100 lits, 36 unités) ; 21 519 patients ; comparaison ratio d'incidence standardisé hôpital/communauté, détection d'excès par unité	IRA nosocomiale : 64 cas (attaque 3/1 000 patients). 11 épisodes dans 7 unités. Ratio d'incidence standardisé dans les unités très hétérogènes ; en gériatrie, ratio d'incidence standardisé = 1 525,5 (IC à 95 % : 866,4-2 686,2) par saison	Confirmations virologiques peu nombreuses (cas IRA) ; étude monocentrique
Payet, 2013 (85)	Modèle individuel sur 3 saisons (21 519 patients ; 64 IRA incidentes) ; risque au jour/individu vs expositions observées/inobservées	Risque IRA associé aux expositions observées : 129,1/10 000 PJ ; distribution des expositions contributives : 72 % à J-1 ; par jour de contagiosité source : 41 % la veille, 19-25 % J1-J2 Risque d'IRA avec une exposition non observée : 0,8 à 4,3/10 000 PJ (hors/pendant épidémie)	Modèle suppose indépendance délai/jour de contagiosité ; pas de suivi post-sortie ; confirmations virologiques limitées
Payet, 2016 (86)	Modélisation attribuant les IRA nosocomiales selon source (patient vs soignants), observabilité (pré-symptomatique vs	Source infection nosocomiale : 59 % patient → patient ; 41 % soignant → patient Expositions J-1 : 80 % des transmissions	Estimations dépendantes hypothèses d'incubation/contagiosité ;

1er auteur, année, référence	Méthode & population	Résultats principaux	Limites
	symptomatique) et moment (J-1 vs J-2/5). Données Lyon (3 saisons)	La phase présymptomatique : 49 % (chez les patients)/82 % (chez les soignants). ➔ Poids majeur des transmissions en phase présymptomatiques.	contacts réels non mesurés
Eibach, 2014 (92)	Investigation d'épidémie en gériatrie (3 sections) avec séquençage ; 66 patients, 57 soignants	3 clusters distincts confirmés ; cas nosocomiaux (16 patients et 6 soignants) Taux d'attaque : patients 24 %, soignants 11 % Source : soignants → patient établie pour ≥ 2 clusters ; 1 décès (létalité 6,3 %)	Séquençage sur cas symptomatiques (charge virale suffisante) ; absence de suivi visiteurs ; taille de l'échantillon limitée
Régis, 2008 (90)	Étude 3 saisons (court séjour) ; 276 personnes (168 patients et 108 soignants inclus ; IRA (patients et soignants) avec virologie	61 grippes confirmées (22 %) ; caractère nosocomial chez 21 individus : 11/39 patients (28 %), 10/22 soignants (45 %) Définition de l'infection nosocomiale 24-48 h selon cas	Publication BEH ; seuil nosocomial variable
Voirin, 2011 (87)	Modèle de risque multiplicatif (patient-jour) ; inclut incidence communautaire et exposition à patients/soignants par unité	24 cas observés vs 18,07 attendus en communauté HR hôpital vs communauté : 1,33 (IC 95 % : 0,89-1,98) Risque différent selon les spécialités ($p < 0,01$) Chirurgie : HR 0,10 ; gynécologie : HR 0,04 (vs médecine) Risque augmente avec l'âge : 35-64 ans : HR 4,04 ; ≥ 65 ans : HR 14,35 Exposition à patients ou soignants infectieux = risque significativement accru	Résultats liés à la qualité de la surveillance et à l'imputation des expositions
Voirin, 2009 (91) (ORION)	Revue d'épidémies nosocomiales (28 rapports) selon ORION	Taux d'attaque patients souvent 11-59 % ; 32-53 % (étude avec confirmations systématiques) ; sous-détection et hétérogénéité de méthodes → besoin de standardisation et surveillance active	Rapports descriptifs, définitions variées ; biais de publication
Oussaid, 2016 (88)	Observation RFID (Radio Frequency Identification) en gériatrie (2 périodes : non épidémique vs pic) ; 21 médecins, 43 infirmiers, 56 patients ; comptage face-à-face	5 213 contacts (10 j) ; en période de pic épidémique : 6 « super-contacteurs » (15 % des effectifs des soignants) = 44,3 % des contacts ; - 39 % contacts infirmier-patient en pic mais exposition reste élevée ; vaccination plus basse chez super-contacteurs	Unité unique ; 2 périodes à 2 ans d'intervalle
Vanhems, 2016 (83) – Review	Revue narrative (déterminants prévention/contrôle) : diagnostics rapides, phylogénie pour lier patients-HCP, politiques de vaccination (volontaire vs obligatoire), variabilité de l'efficacité vaccinale ; vigilance et systèmes d'alerte recommandés	Recommandations de détection précoce, d'alerte et de confirmation rapide (virologie + phylogénie) pour raccourcir les délais de contrôle des épisodes en pratique	

Nouvelles données

Gustin *et al.* : il s'agit d'un modèle dynamique (93) basé sur les résultats d'une étude observationnelle prospective menée dans une unité gériatrique de court séjour à Lyon lors du pic grippal 2011-2012 mesurant les contacts interindividuels. Les interactions face-à-face (distance < 1 m, durée > 20 s) ont été enregistrées grâce à des badges électroniques (88, 94). La modélisation s'appuie sur les observations de 82 participants : 35 patients très âgés (âge moyen 89 ans), 32 soignants et 15 médecins, suivis pendant 10 jours. Quinze cas de grippe A(H3N2) ont été confirmés par PCR. Les données détaillées sur la fréquence, la durée et les partenaires des contacts ont permis d'estimer la probabilité de transmission, les taux journaliers et l'incidence simulée selon les catégories professionnelles. Selon la modélisation, les infirmiers représentent le groupe ayant le plus grand nombre cumulé de contacts, notamment entre eux et avec les patients. Les médecins ont moins de contacts mais ceux-ci étaient plus longs avec les patients. Le risque de transmission par contact était plus élevé pour les interactions patient-médecin que patient-infirmier, en raison de la durée plus importante des contacts médecin-patient ($1{,}64 \times 10^{-3}$ *vs* $1{,}17 \times 10^{-3}$). Le taux de transmission journalier était estimé à : 1,04/jour pour infirmier-patient, 0,38/jour pour médecin-patient, 0,34/jour pour infirmier-infirmier (malgré un temps de contact plus long pour les médecins).

La probabilité de transmission par contact mesure le risque d'un contact isolé, influencé par sa durée. En revanche, le taux journalier combine la fréquence, la durée et la répétition des contacts : les infirmiers ont beaucoup plus de contacts quotidiens avec les patients, ce qui explique leur rôle dominant dans la transmission.

Les auteurs soulignent que les infirmiers jouent un rôle central dans la dynamique de transmission de la grippe, du fait de la fréquence élevée des contacts avec les patients. La prévention ne peut se limiter à cibler les médecins ou les contacts jugés « à risque élevé » : elle doit inclure des mesures renforcées pour les infirmiers, notamment la vaccination et le respect des mesures barrières afin de protéger les patients âgés.

Cette modélisation présente certaines limites, les données utilisées proviennent d'une étude monocentrique, réalisée dans un service très sensibilisé à la prévention des infections nosocomiales. La taille d'échantillon est limitée et le nombre de cas incidents est faible. De plus, le modèle ne prend pas en compte la couverture vaccinale, l'efficacité vaccinale, les mesures barrières ou la transmission via les visiteurs.

Saadatian *et al.* (95) ont mené une étude test-négatif sur des données de surveillance prospective de 15 saisons (2004-2020) au CHU de Lyon, analysant les patients développant une IRA ≥ 72 h après l'admission, testés par PCR, et dont le statut vaccinal était documenté. Les cas étaient les IRA PCR-positives et les témoins les IRA PCR-négatives. Une analyse multivariée ajustée sur âge, sexe, vaccination et secteur d'hospitalisation rapporte que parmi les 296 patients inclus, 67 présentaient une grippe nosocomiale confirmée (6,1 %). La taille de l'échantillon est faible, limitant la puissance statistique et empêchant les analyses fines par saison ou par souche.

Une étude prospective cas-témoins de type test négatif, **Nosovirus, multicentrique,** a été initiée afin d'estimer le fardeau de la grippe nosocomiale. L'étude n'est pas terminée, les inclusions sont toujours en cours. Les résultats actuellement disponibles sont issus d'une analyse intermédiaire et ne sont pas exploitables à ce stade des inclusions.

Épidémiologie de la grippe dans les EHPAD

En France, selon les données transmises par SpF (Tableau 27), durant la saison 2024-2025, sur 3 764 épisodes d'IRA survenus en établissements médico-sociaux (EMS) et pour lesquels une recherche

étiologique a été réalisée, 40 % des signalements ont été exclusivement attribués à la grippe. Concernant les résidents d'EHPAD particulièrement, les données sont issues de déclarations réalisées de façon volontaire auprès des agences régionales de santé (ARS) et de SpF et ne sont donc pas exhaustives. Durant la période allant du 14 janvier 2023 au 4 juillet 2025, 14 670 signalements d'IRA en EHPAD ont été faits, dont 10 075 ont été clôturés. Parmi ceux-ci : l'étiologie Covid-19 seule a été retenue pour 5 833 épisodes, VRS seule pour 223 épisodes et aucune étiologie pour 981 épisodes.

Le nombre d'épisodes comprenant au moins la grippe identifiée a été de 2 418. Le nombre d'épisodes d'IRA ayant pour seule étiologie la grippe était de 1 582 épisodes, correspondant à 23 796 résidents malades, 1 397 résidents hospitalisés et 1 476 résidents décédés. Le nombre d'épisodes d'IRA ayant pour seule étiologie la grippe était de 1 582 épisodes, correspondant à 23 796 résidents malades, 1 397 résidents hospitalisés et 1 476 résidents décédés. Le nombre moyen de malades par épisode est estimé à 15, le taux d'attaque moyen par épisode a été estimé à 19,8 % (0,8 %-83 %), le taux d'hospitalisation moyen parmi les cas est de 6,4 % (1,3 %-82,2 %) et la létalité moyenne est de 6,1 % (0 %-72,7 %). La couverture vaccinale grippe moyenne des résidents a été estimée à 82,2 % (1,3 %-100 %).

Par ailleurs, ces clusters ont concerné 5 397 professionnels (données transmises par la cellule IRA de SpF). Chez ces professionnels, le taux d'attaque moyen par épisode est de 6,5 % (0 %-94,4 %) et la létalité est estimée à 0,1 % (0,0 %-33,3 %).

Au cours de la saison 2025-2026 (données collectées du 29 septembre 2025 au 15 février 2026), 2 999 épisodes de cas groupés des IRA ont été rapportés dans les EMS, dont 2 758 (95 %) au sein des EHPAD. Ces signalements ont été déclarés via le portail national des signalements du ministère de la Santé et de la Prévention.

Parmi l'ensemble de ces épisodes, des recherches étiologiques ont été menées sur 2 850 (95 %) épisodes. Un virus grippal était la seule étiologie dans 1 087 (38,1 %) d'entre eux, 905 (38,1 %) étaient exclusivement dus à la Covid-19 et 131 (10,8 %) au VRS (65).

En l'absence de système de surveillance exhaustif, les données disponibles sur la transmission nosocomiale de la grippe en France restent limitées et de faible niveau de preuve.

Les études analysées par la HAS en 2023 portent principalement sur des données de signalement ou des cohortes et rapportent des taux d'attaque variant entre 13,4 % et 23 % chez les professionnels de santé, soulignant qu'ils constituent un groupe dont le risque d'infection grippale est probablement supérieur à celui de la population générale. Les données issues d'une étude de surveillance indiquent que parmi les patients adultes hospitalisés avec une grippe toutes origines confondues, 75,8 % des cas de grippe ont été constatés dans les services de gériatrie, 21,7 % dans les services de médecine et 2,5 % dans les services de chirurgie.

Dans le cadre de la présente recommandation, la HAS n'a pas identifié d'étude prospective évaluant l'impact de la grippe nosocomiale.

Les données complémentaires analysées dans le cadre de cette recommandation sont issues de travaux de modélisation et d'études observationnelles, et sont de nature exploratoire. Ces données suggèrent une transmission nosocomiale de la grippe, avec un risque de grippe plus élevé qu'en communauté, d'importantes disparités entre services, des niveaux particulièrement élevés en gériatrie et une fréquence notable de transmissions présymptomatiques.

En outre, les définitions utilisées dans les études et les systèmes de surveillance (délai d'apparition des symptômes, critères cliniques et virologiques) sont hétérogènes, ce qui affecte la comparabilité des estimations. Par ailleurs, il n'est pas toujours possible de distinguer clairement les infections transmises par des professionnels de celles introduites par des visiteurs ou des patients eux-mêmes, notamment lorsqu'ils sont en chambre double, ce qui constitue une limite importante.

3.1.3. Impact de la grippe sur le système de soins

Chaque hiver, les épidémies de grippe exercent une pression forte sur le système de soins, comme détaillé dans le chapitre 3.1.2.

L'augmentation rapide de la circulation virale entraîne une intensification des passages aux urgences pour syndrome grippal et une hausse des complications respiratoires, mobilisant fortement les services hospitaliers. En parallèle, la médecine de ville, y compris les réseaux de soins non programmés tels que SOS Médecins, observe une hausse marquée des consultations. Dans les établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD, la grippe provoque régulièrement des épisodes groupés d'infections respiratoires, se traduisant par un recours accru aux filières hospitalières.

Cette tension peut conduire à des mesures exceptionnelles, telles que la déprogrammation d'interventions non urgentes et le déclenchement de plans blancs, comme observé en janvier 2025 lorsque 87 hôpitaux de la région Grand Est ont activé ce dispositif pour faire face à un afflux massif de patients (96). Les principales mesures sont les suivantes :

- **activation de plans blancs** dans plusieurs établissements du Grand Est, avec réorganisation des ressources, rappel de personnels et déprogrammation d'activités non urgentes ;
- **mise en place de cellules de crise territoriales** et d'un pilotage régional coordonné associant hôpitaux, médico-social et ville ;
- **déploiement d'alternatives à l'hospitalisation**, notamment via le renforcement de l'hospitalisation à domicile (HAD) et de l'oxygénothérapie à domicile, y compris en EHPAD ;
- **activation d'une cellule régionale d'appui à la recherche de lits de soins critiques** et suivi quotidien des tensions hospitalières ;
- **mesures de prévention et de régulation de la demande de soins**, incluant l'appel aux gestes barrières, à la vaccination antigrippale et au recours préalable au médecin traitant ou au 15 avant les urgences.

Le critère d'impact de la grippe sur le système de soins, non évalué en 2023, est documenté dans le présent rapport par quatre études observationnelles descriptives prospectives publiées entre 2023 et 2025 décrivant en particulier l'impact de la grippe sur les arrêts maladie liés à la grippe chez les professionnels de santé (Tableau 7). Ainsi, dans les quatre cohortes, la grippe serait responsable d'entre 2,6 % à 9,1 % des épisodes d'absences par an, avec une durée d'absence associée entre 3,6 et 9 jours, suggérant un impact organisationnel significatif pour les établissements hospitaliers selon les contextes étudiés. L'incidence saisonnière reste stable, autour de 9-10 cas pour 100 personnes-saisons. Les quatre études présentent des limites méthodologiques, comme l'absence de critères de jugement hiérarchisés ou l'auto-déclaration de l'absence qui introduit un risque de biais de mémoire. Par ailleurs, elles n'ont pas été menées en France, ce qui interroge sur la transposition des résultats.

Tableau 7. Études relatives à l'impact de la grippe sur les arrêts maladie liés à la grippe chez les professionnels de santé

Auteurs, année, référence	Pays	Population d'étude	Objectif de l'étude	Critère de jugement principal	Principaux résultats concernant la grippe	Commentaires méthodologiques
Maltezou *et al.*, 2025 (97)	Grèce	5 752 professionnels de santé (PS) dans 4 hôpitaux tertiaires Saison 2022-2023 (14/11/2022-28/05/2023)	Estimer l'efficacité du vaccin contre la grippe sur l'absentéisme lié à la grippe chez les professionnels de santé	Incidence des épisodes d'absentéisme imputés à une grippe confirmée en laboratoire et estimation de l'EV contre cet absentéisme	- 1 029 épisodes d'absentéisme dont 95 (9,2 %) liés à une grippe confirmée - 341/5 360 J d'absence imputables à la grippe - Durée moyenne 3,6 J pour la grippe *vs* 5,4 J pour les autres causes	Étude de cohorte prospective observationnelle Pas de détection systématique des infections (les PS symptomatiques sont testés) Critères de jugement non hiérarchisés
Maltezou *et al.*, 2025 (98)	Grèce	5 871 PS employés dans 4 hôpitaux tertiaires Saison 2023-2024 (13/11/2023-26/05/2024)	Estimer la morbidité et l'absentéisme associés au SARS-CoV-2 et à la grippe chez les PS	Nombre d'épisodes d'absentéisme, durée des absences et jours de travail manqués selon l'étiologie	- 88 cas de grippe (sur 5 871 PS, soit 1,5 %) Grippe = 11,6 % des épisodes d'absentéisme (sur 759 au total) - 334/3 434 J d'absence imputables à la grippe Durée moyenne d'absence : 3,8 ± 1,1 J	Cohorte prospective observationnelle Pas de détection systématique des infections Critères de jugement non hiérarchisés
Azziz-Baumgartner *et al.*, 2023 (99)	Pérou	2 968 PS employés dans 5 centres hospitaliers Saisons grippales 2016-2019	Quantifier l'incidence des IRA, de la grippe et du VRS confirmés et décrire le présentéisme et l'absentéisme associés chez les PS	Incidence des IRA et des infections grippales/RSV confirmées par RT-PCR, ainsi que taux de présentéisme et d'absentéisme associés à ces épisodes	147 cas de grippe (sur 2 968 PS et sur 5 750 épisodes toutes causes, soit 2,6 %) Durée médiane de la grippe : 7 J [6-11] Incidence : 10 cas/100 personnes-années	Étude de cohorte prospective observationnelle Présentéisme et absentéisme auto-rapportés (biais de mémoire/déclaration) Critères de jugement non hiérarchisés
Azziz-Baumgartner *et al.*, 2024 (100)	Israël	2 505 PS employés dans 2 centres hospitaliers Saisons grippales 2016-2019	Quantifier l'incidence des IRA et le présentéisme et l'absentéisme qui leur sont associés	Incidence des IRA et des infections grippales/RSV confirmée par RT-PCR, ainsi que taux de présentéisme et d'absentéisme associés à ces épisodes	206 cas de grippe (sur 3 202 IRA) Durée médiane de la grippe : 9 J [7-14] Incidence : 9,1 cas de grippe confirmée/100 personnes-saisons (IC 95 % : 5,8-14,2)	Étude de cohorte prospective observationnelle Présentéisme et absentéisme auto-rapportés (biais de mémoire/déclaration) Critères de jugement non hiérarchisés

					23 308 heures d'absence cumulées pour grippe (IC 95 % : 21 985-24 631 heures) Incidence absentéisme lors d'une IRA grippale : 4,8/100 personnes-saisons (IC 95 % : 2,6-8,8)	

EV : efficacité vaccinale ; IRA : infection respiratoire aiguë ; J : jours ; PS : professionnels de santé

Chaque année, la grippe affecte fortement les systèmes de soins tant en médecine de ville qu'à l'hôpital. Face à l'épidémie de grippe observée en janvier 2025, l'ARS Grand Est a appelé à la vigilance collective pour protéger les plus vulnérables et soulager les hôpitaux de la région.

Selon des études observationnelles menées à l'étranger, la grippe représente entre 2,6 % et 9,1% des arrêts maladie dans certains pays, avec des absences de 3,6 à 9 jours, ce qui a un impact organisationnel sur les établissements hospitaliers. Cette tension peut conduire à des mesures exceptionnelles, telles que la déprogrammation d'interventions non urgentes et le déclenchement de plans blancs.

3.1.4. Utilisation et coûts des soins de santé

En France, l'impact économique annuel de la grippe est estimé entre 1 et 2 milliards d'euros. Cette estimation prend en compte à la fois les coûts directs liés aux soins de santé et les coûts indirects liés à la perte de productivité, à l'absentéisme et aux complications pouvant survenir (101).

Les coûts directs englobent les dépenses de santé en ville et à l'hôpital. Ce critère n'avait pas été évalué lors des travaux de 2023 ; les données présentées ci-dessous sont issues de sources postérieures :

- les consultations médicales représentent un montant évalué entre 50 et 100 millions d'euros par an. La grippe occasionne en effet un important recours aux médecins généralistes et spécialistes lors des épidémies hivernales : environ 1 million de consultations annuelles sont attribuées à cette infection (102) ;
- les hospitalisations constituent un autre poste de dépense significatif, compris entre 100 et 200 millions d'euros chaque année. On estime qu'environ 20 000 personnes sont hospitalisées pour des complications de la grippe, ces prises en charge pouvant nécessiter des soins intensifs et des traitements lourds, en particulier pour les personnes âgées ou présentant des facteurs de risque (69).

Conclusion sur le critère de problématique de santé

La grippe saisonnière est une infection respiratoire aiguë contagieuse et fréquente pouvant entraîner des formes sévères, notamment chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les formes sévères de la grippe saisonnière nécessitent fréquemment une hospitalisation et s'accompagnent de risques de pneumonie, d'insuffisance respiratoire ou d'aggravation de pathologies chroniques, pouvant conduire au décès.

La grippe saisonnière est responsable chaque année d'un important recours aux soins :

- en ville, elle constitue une part importante des infections respiratoires aiguës et génère chaque année plusieurs millions de consultations (environ 2,7 millions de consultations en ville durant la saison 2024-2025) ;

- à l'hôpital, la grippe est à l'origine d'environ 20 000 hospitalisations chaque saison (données 2012 à 2017). Durant la saison 2024-2025, plus de 150 000 passages aux urgences et plus de 29 000 hospitalisations après passage aux urgences ont été enregistrés, dont 60 % concernaient des personnes de 65 ans et plus.

La morbi-mortalité liée à la grippe reste élevée, affectant très majoritairement les personnes âgées de 65 ans et plus, chez lesquelles se concentrent l'essentiel des complications et des décès en excès. Durant la saison 2024-2025, la vague épidémique de grippe a entraîné un excès de mortalité toutes causes confondues estimé à plus de 17 600. En France, le fardeau économique annuel de la grippe est estimé entre 1 et 2 milliards d'euros.

En population générale, des études expérimentales de nature exploratoire rapportent qu'une excrétion d'ARN viral peut être observée dans les aérosols chez des adultes infectés (jusqu'à 76 %, dont 48 % sans toux).

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent la population la plus à risque de forme sévère : elles représentent plus de 90 % des décès attribuables à la grippe au cours des épidémies 2011-2020. Les EHPAD sont particulièrement concernés par les épidémies de grippe : entre janvier 2023 et juillet 2025, 1 582 épisodes d'IRA à grippe unique ont concerné 23 796 résidents, entraînant 1 397 hospitalisations et 1 476 décès. Ces épisodes entraînent une morbidité notable chez les patients hospitalisés et des perturbations organisationnelles dans les établissements, notamment en raison des cas de grippe chez les professionnels (le taux d'attaque moyen par épisode est de 6,5 %), particulièrement en période épidémique. La vie en collectivité accroît fortement le risque de transmission et les résidents présentent une vulnérabilité accrue du fait de l'âge avancé, de la dépendance et des comorbidités.

En France, il n'existe pas de système de surveillance exhaustif de la grippe nosocomiale. Les données disponibles indiquent que les professionnels sont plus exposés aux infections respiratoires, avec des taux d'attaque allant de 13 % à 23 %, ce qui représente au moins trois fois le niveau observé dans la population générale. Les données relatives aux modes de contamination suggèrent que le risque d'IRA contractée à l'hôpital est nettement plus élevé qu'en dehors de l'établissement avec des transmissions possibles soignant-patient, patient-soignant, entre soignants, et entre patients (en particulier en chambre double), probablement facilitées par la proportion importante d'infections asymptomatiques ou paucisymptomatiques chez les soignants. Ces données rapportent en outre que, parmi les patients hospitalisés pour grippe, 75,8 % des cas sont recensés en gériatrie, suivie de la médecine (21,7 %) et de la chirurgie (2,5 %). Toutefois, ces résultats relatifs à la transmission nosocomiale sont à interpréter avec prudence car ils reposent sur des données de faible niveau de preuve.

3.2. Balance bénéfices/risques des vaccins antigrippaux

Spécifiquement pour le critère balance bénéfices/risques, l'analyse s'appuie, d'une part, sur un rappel des conclusions des précédents rapports de la HAS relatifs à efficacité vaccinale (18, 25) et, d'autre part, sur une revue systématique de la littérature. Cette revue a permis d'identifier les publications portant sur l'efficacité des vaccins contre la grippe publiées après le rapport de la HAS relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe, soit entre le 1er janvier 2023 et le 16 décembre 2025. La recherche a inclus les revues systématiques avec méta-analyses, les essais cliniques randomisés, les études observationnelles, ainsi que les rapports de recommandations publiés sur la vaccination antigrippale. Une sélection sur titre et abstract a été réalisée dans un premier temps et a été suivie d'une sélection sur texte intégral selon les critères de jugement prédéfinis. Les revues systématiques les plus récentes sont retenues en plus des dernières données de vie réelle des réseaux de surveillance français et européens. Les études incluses dans les revues systématiques sélectionnées n'ont pas été analysées individuellement. Certaines études rapportent plusieurs critères de jugement susceptibles de relever de plusieurs sous-parties.

Concernant la sécurité, les données de l'ANSM ont été intégrées. Au sujet de la vaccination répétée, une revue de la littérature a été réalisée.

Le diagramme de sélection des études sur l'efficacité vaccinale et la sécurité est détaillé dans la Figure 2.

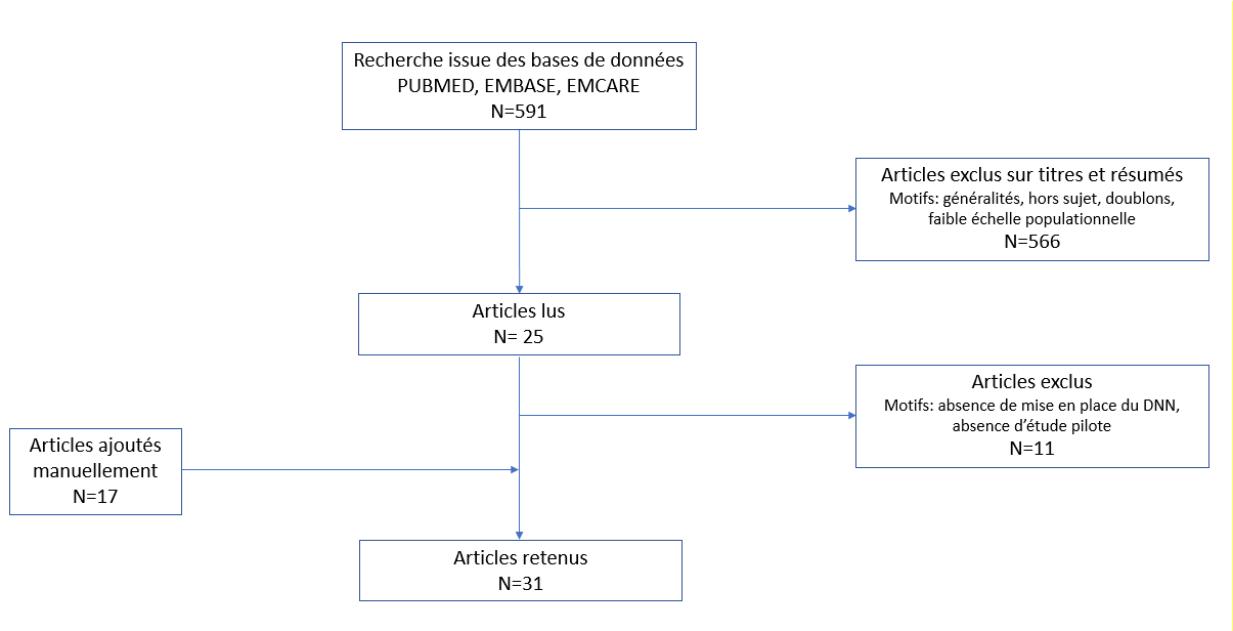

Figure 2. Diagramme de sélection des études sur l'efficacité et la sécurité des vaccins antigrippaux

3.2.1. Données d'efficacité vaccinale

L'efficacité directe du vaccin contre la grippe est difficile à évaluer avec précision. Elle est variable d'une année à l'autre selon le degré de concordance entre les souches en circulation et celles incluses dans le vaccin, elle dépend également des caractéristiques des populations vaccinées – notamment l'âge, l'état de santé sous-jacent, l'empreinte immunologique –, qui peuvent influencer la capacité à produire une réponse immunitaire optimale, comme c'est le cas chez les personnes immunodéprimées.

Ce chapitre est structuré en cinq sous-parties distinctes afin de faciliter la compréhension des différentes dimensions de l'efficacité vaccinale (EV) contre la grippe, selon la population :

1. **Efficacité vaccinale directe chez les professionnels**
2. **Efficacité vaccinale indirecte chez les professionnels**
3. **Efficacité vaccinale directe chez les personnes âgées de 65 ans et plus**
4. **Efficacité vaccinale indirecte chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité**
5. **Efficacité vaccinale directe chez les professionnels et en population générale en prévention de cas de grippe contractée en milieu de soins**

Pour chaque critère, la conclusion des précédentes évaluations de la HAS est rappelée le cas échéant, puis les données issues de la nouvelle recherche bibliographique sont présentées.

3.2.1.1. Efficacité vaccinale directe chez les professionnels

Il s'agit de l'analyse des données sur l'efficacité vaccinale, en utilisant notamment celles issues de la population âgée de 18 à 64 ans. Les professionnels étant inclus dans cette tranche d'âge et en

l'absence de données spécifiques les concernant, ces données permettent d'estimer leur bénéfice direct attendu de la vaccination. Ce point prend en considération les critères de jugement suivants :

- EV en prévention des cas de grippe confirmée ;
- EV en prévention des hospitalisations toutes causes ;
- EV en prévention de la survenue d'une pneumonie ;
- EV en prévention de l'admission en unité de soins continus ;
- impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale.

Aucune étude n'a été par ailleurs identifiée sur les autres professionnels ciblés par la saisine.

Efficacité vaccinale en prévention des cas de grippe confirmée

Rappel des études examinées dans le rapport HAS 2023 et principales conclusions

En 2023, la HAS a retenu quatre études, dont trois méta-analyses, des données de surveillance, ainsi que la conclusion d'un rapport du HCSP publié en 2016. Ces données rapportent que l'efficacité directe de la vaccination antigrippale chez les adultes en bonne santé, y compris les professionnels, est modérée et très variable selon la concordance entre souches vaccinales et circulantes.

Études en population générale

- Une étude sur les données françaises provenant du réseau Sentinelles a estimé l'efficacité vaccinale vis-à-vis des syndromes grippaux sur 10 ans (1995-2005) (103) et a montré que l'efficacité vaccinale varie chez les personnes de moins de 65 ans de 42 à 76 %.
- Les données européennes (I-MOVE) rapportent une EV de 36 % (IC 95 % : 13-53) tous âges confondus lors de la saison 2021-2022 et de 41 % chez les 15-64 ans (104).
- Les données françaises en vie réelle (SpF) pour la saison 2021-2022 estiment une EV globale tous âges confondus à 42 % (IC 95 % : 15-61) (105).
- Les méta-analyses montrent des EV de : 59 % (IC 95 % : 51-67) (106), 59 % (IC 95 % : 53-64) chez 71 221 participants (107), 67 % (IC 95 % : 45-79) (108).
- Le HCSP avait estimé l'efficacité de la vaccination chez l'adulte comme modérée, ne dépassant pas 70 %, et pouvant atteindre 20 % lorsque les souches virales contenues dans le vaccin différaient des souches circulantes (3).
- Enfin, des études expérimentales, dites de challenge[23], estiment une EV contre infection confirmée de 43 % (IC 95 % : 8-79) (109).

Études chez le personnel soignant

- Une étude observationnelle prospective cas-témoin (*test-negative design*), réalisée lors de 5 saisons consécutives (2005-2009), rapporte l'analyse des données de 150 soignants ayant eu un syndrome grippal, parmi lesquels 27 (18 %) avaient des grippes confirmées et 42 (28 %) étaient vaccinés. Dans cette étude, le taux d'efficacité vaccinale chez les professionnels de santé a été estimé à 88,5 % (IC 95 % : 39-98) (110) *versus* 42 % (IC 95 % : - 39 à 76) pour les patients hospitalisés (âge médian 80 ans ; 69,5 % avaient plus de 65 ans) dans le même secteur hospitalier. Cette étude suggère une efficacité vaccinale plus élevée chez les professionnels de santé, mais cette différence n'est pas statistiquement significative, notamment en raison de la taille limitée des effectifs.

Au total, en l'absence de corrélat de protection et du fait de la nécessaire adaptation des vaccins aux souches circulantes, l'efficacité directe du vaccin contre la grippe est particulièrement difficile à

[23] Une étude de challenge est une étude où des volontaires vaccinés sont exposés au virus dans des conditions contrôlées afin de mesurer directement la protection conférée par le vaccin.

évaluer avec précision, d'autant qu'elle varie chaque année en fonction de l'adéquation entre les souches virales circulantes et les souches vaccinales et en fonction des populations, de l'âge ou des terrains médicaux sous-jacents (comme l'immunosuppression) pouvant affecter la capacité des sujets vaccinés à répondre de façon optimale au vaccin. Les études publiées sont en outre de qualité méthodologique variable (puissance limitée, définitions imprécises des cas, etc.).

D'après les résultats issus d'une étude française menée sur dix saisons grippales, l'efficacité vaccinale globale contre l'infection grippale confirmée en laboratoire est estimée à 42 % mais varie selon les souches en cause. Certaines années, l'efficacité des vaccins antigrippaux est non détectable. Ces résultats sont cohérents avec plusieurs méta-analyses récentes et avec les conclusions du HCSP en 2016, qui avait conclu à une efficacité modérée de la vaccination antigrippale chez l'adulte, ne dépassant pas 70 %, et pouvant n'atteindre que 20 % lorsque les souches virales contenues dans le vaccin différaient des souches circulantes.

Données nouvellement identifiées

Au total, quatre références évaluant l'efficacité vaccinale en prévention des cas de grippe ont été analysées : il s'agit de trois références rapportant des données en vie réelle et d'une méta-analyse.

Estimation de l'efficacité vaccinale contre les cas de grippe issue de données en vie réelle au niveau européen saison 2025-2026 (semaines 41-49 de l'année 2025) (111)

L'étude européenne I-MOVE a estimé l'EV globale sur la base de 866 cas de grippe confirmée (93 % âgés de moins de 65 ans, 54 % d'enfants) et de 4 165 cas-contrôles en soins primaires. **L'EV a été estimée à 44 % (IC 95 % : 25-59)**, 52 % (IC 95 % : 29-69) contre la souche A(H3N2) et 16 % (IC 95 % : - 43 à 54) contre la souche A(H1N1)pdm09.

Estimation de l'EV contre les cas de grippe issue de données d'efficacité en vie réelle en France

L'EV contre les cas de grippe confirmée a été évaluée à partir des données de laboratoires du réseau RELAB qui comprend 1 600 laboratoires de biologie médicale de proximité répartis sur l'ensemble du territoire français.

Durant la **saison 2023-2024** (112), 504 543 participants ont été inclus dont 286 000 âgés de 18 à 64 ans (56 %). Au total, 39 089 tests étaient positifs (12 %). Le nombre de patients ayant un statut vaccinal renseigné était de 32 740 (21 %). Le critère d'inclusion était la réalisation d'une PCR virus influenza chez un patient non hospitalisé. Seules les données des patients ayant connaissance de leur statut vaccinal ont été incluses dans l'étude (non vaccinés ou vaccinés depuis plus de 15 jours et moins de 6 mois avant le test). **L'EV a été estimée à 52,9 % (IC à 90 % : 48,9-56,8) chez les 18-64 ans**.

Durant la saison 2024-2025 (113)

Au total, 77 704 personnes ont été incluses et ont toutes été retenues pour l'estimation de l'EV. L'EV globale contre les infections grippales confirmées par RT-PCR, estimée selon un *test-negative design*, était de 45 % (IC 95 % : 41-48) chez les personnes vaccinées dans les 15 jours à 6 mois avant le test.

Durant la saison 2025-2026 (semaines 44-49, 2025) (114)

Au total, 98 900 participants ont été inclus, dont 24 267 retenus pour l'estimation de l'EV. L'estimation de l'EV globale contre les cas de grippe confirmée (selon un *test-negative design*) chez les personnes vaccinées était de 36,4 % (IC 95 % : 29,7-42,5), soit 45,1 % chez les 18-64 ans et 57,2 % chez les 0-17 ans.

Données issues de la revue systématique de Martins *et al.*, 2023 (115) (Tableau 8)

Cette revue systématique a évalué l'efficacité des vaccins antigrippaux chez les 15-64 ans pour prévenir les cas de grippe confirmée. En prenant en compte les données de 9 essais contrôlés randomisés, **l'EV a été estimée par l'analyse à 48 % (IC 95 % : 42-54)**. L'EV a été estimée à 55,4 % (IC 95 % : 43,2-64,9) si souche circulante prédominante incluse dans la composition du vaccin, et à 39,3 % (IC 95 % : 23,5-51,9) dans les autres cas.

Dans les études observationnelles de type cas-témoins (*test-negative design*), l'EV sur la prévention des cas de grippe confirmée a été estimée à 39,9 % (IC 95 % : 31-48), 45,1 % (IC 95 % : 38,7-50,8) si concordance entre la souche majoritaire circulante et le vaccin.

Efficacité vaccinale en prévention des hospitalisations pour grippe confirmée

Synthèse des études examinées dans le rapport HAS 2023 et principales conclusions

Seule la revue Cochrane de Demicheli *et al.* (107) a été citée. Les auteurs ont conclu à l'absence d'efficacité sur la prévention des hospitalisations toutes causes chez l'adulte sain, ce risque passant de 14,7 % chez les sujets non vaccinés à 14,1 % chez les sujets vaccinés, soit une efficacité non significative d'environ 4 % [IC à 95 % : - 8 % à 15 %], les auteurs ont jugé le niveau de preuve faible.

Données nouvellement identifiées

Dans le cadre de la présente recommandation, une revue systématique avec méta-analyse publiée par Yegorov *et al.* en 2025 (116) a été incluse pour actualiser l'analyse réalisée en 2023 sur ce critère de jugement (Tableau 8). Les auteurs de cette méta-analyse (165 études cas-contrôles) ont examiné l'efficacité des vaccins antigrippaux contre les formes sévères chez les 18-65 ans. Les principaux résultats rapportent une EV en prévention des hospitalisations estimée à 38 % (IC 95 % : 33-43).

Le niveau de preuve est jugé faible en raison des limites méthodologiques des études observationnelles incluses dans la méta-analyse.

Efficacité vaccinale en prévention de la survenue d'une pneumonie

Ce critère n'a pas été évalué en 2023.

Données nouvellement identifiées

Dans la méta-analyse de Yegorov *et al.* (2025) décrite ci-dessus même (116), l'EV en prévention de la survenue d'une pneumonie de grippe confirmée est estimée à 42 % (IC 95 % : 35-45).

Efficacité vaccinale en prévention de l'admission en unité de soins continus

Ce critère n'a pas été évalué en 2023.

Données nouvellement identifiées

L'EV en prévention de l'admission en unité de soins continus est estimée à 83 % (IC 95 % : - 31 à 98) dans la méta-analyse de Yegorov *et al.* (116) (différence non significative).

Impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale

Une revue systématique de la littérature a été réalisée sur la période 2015-2026 et a permis d'identifier quatre publications portant sur l'évaluation de la vaccination antigrippale répétée sur l'efficacité vaccinale en population générale ou en population âgée de moins de 65 ans :

- une revue systématique avec méta-analyse (RSMA) évaluant l'efficacité vaccinale selon l'historique vaccinal ;
- trois études portant sur l'immunogénicité après vaccinations répétées, dont deux spécifiquement menées chez les professionnels de santé.

Les principales caractéristiques et résultats des études incluses sont présentés dans le Tableau 9 :

1. La RSMA de Jones-Gray *et al.* (2023) (117) : revue systématique avec méta-analyse incluant 83 études observationnelles, couvrant les saisons grippales 2007-2008 à 2018-2019, dont 41 intégrées aux méta-analyses, comparant l'efficacité vaccinale entre la vaccination au cours de la saison courante en plus de la saison précédente (2 vaccinations) et une vaccination limitée à la saison courante seule, le critère de jugement étant l'efficacité vaccinale contre la grippe confirmée. Les méta-analyses ont estimé que l'EV diminue de 7 à 18 % dans le groupe de personnes vaccinées la saison courante et la saison précédente comparativement à celles vaccinées uniquement la saison courante. Cette diminution est observée pour les virus A(H1N1)pdm09 (ΔEV - 9 %), A(H3N2) (ΔEV - 18 %) et, dans une moindre mesure, pour l'influenza B (ΔEV - 7 %), avec une certitude des preuves faible. Les auteurs ont conclu que ces résultats ne remettent pas en question la recommandation de vaccination annuelle, compte tenu des limites méthodologiques des études observationnelles incluses et du faible niveau de preuve.
2. Les études d'immunogénicité chez les professionnels de santé ont montré que les vaccinations répétées sont associées à des titres d'anticorps post-vaccination plus faibles.
   - L'étude de Sullivan *et al.* (2025) (118) : il s'agit d'une étude de cohorte prospective conduite en Australie au sein de six hôpitaux publics, incluant des professionnels de santé âgés de 18 à 64 ans. Les analyses portent sur 595 participants vaccinés en 2020 et 1 031 participants vaccinés en 2021, suivis sur deux saisons grippales consécutives (2020 et 2021). Pour chaque participant, l'historique vaccinal antigrippal des cinq saisons précédant l'inclusion a été recueilli. Cette étude a montré que, pour les virus A(H1N1)pdm09 et A(H3N2), l'augmentation des titres d'anticorps mesurés 14 jours après la vaccination diminuait en fonction du nombre de vaccinations antigrippales reçues au cours des années précédant l'inclusion. Les titres avant vaccination étaient plus élevés chez les sujets ayant un historique vaccinal répété, traduisant un effet de niveau initial élevé. Cette étude n'a pas évalué l'efficacité vaccinale clinique, les résultats portant exclusivement sur des critères d'immunogénicité.
   - L'étude de Trieu *et al.* (2025) (119) : il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale conduite en Norvège au *Haukeland University Hospital* (Bergen), incluant 250 professionnels de santé (soit 929 personnes-années de suivi, dont 181 participants ayant complété l'étude), suivis sur quatre saisons grippales consécutives (2010-2011 à 2013-2014) après une vaccination pandémique A(H1N1)pdm09 en 2009. Cette étude a montré une augmentation progressive des titres des anticorps avant la vaccination suivante, jusqu'à un plateau entre 3 et 5 ans pour le virus A(H1N1) ainsi qu'une diminution progressive des titres à 21 jours post-vaccination avec l'augmentation du nombre de vaccinations antérieures. Elle a aussi montré que les anticorps ont une meilleure durabilité après trois vaccinations ou plus. Ces données n'ont pas été associées à une efficacité clinique.
   - L'étude de Zhong *et al.* (2026) (120) : il s'agit d'une étude de cohorte communautaire prospective conduite à Hong Kong, au sein d'une cohorte populationnelle, incluant des adultes âgés de 18 ans et plus. Pour les analyses d'immunogénicité, 180 participants ayant reçu un vaccin antigrippal inactivé au cours des saisons 2021-2022 et 2022-2023 ont été inclus. Les participants étaient classés selon leur historique vaccinal antigrippal au cours des six saisons précédentes (0 vaccination, 1-2 vaccinations ou ≥ 3 vaccinations). Cette étude a montré que les sujets ayant un historique vaccinal répété présentaient des titres d'anticorps pré-vaccinaux plus élevés et une augmentation plus faible des titres HAI après vaccination, mesurée entre 14 et 60 jours post-vaccination. En revanche, les titres d'anticorps mesurés à

180 jours post-vaccination étaient comparables entre les groupes, avec des différences inférieures à un facteur 2. Cette étude a été menée dans un contexte d'absence de circulation grippale à Hong Kong, ne permettant aucune évaluation de l'efficacité vaccinale clinique, les résultats portant exclusivement sur des critères d'immunogénicité.

Tableau 8. Efficacité vaccinale chez les 15-64 ans issue des revues de la littérature avec méta-analyses publiées entre 2023 et 2025

Auteurs, année, référence	Population/Types de vaccins utilisés	Critères Efficacité vaccinale	Résultats	Conclusions	Commentaires
Martins *et al.*, 2023 (115)	15-64 ans Tous types de vaccins : – Inactivés, vivants atténués – Tri et quadrivalents	**Grippe confirmée microbiologiquement**	**Études incluses en 2013 et 2023 :** – **EV études contrôlées (n = 9) :** 48 % (IC à 95 % : 42-54) ; 55,4 % (IC à 95 % : 43,2-64,9) si souche circulante prédominante incluse dans la composition du vaccin ; 39,3 % (IC à 95% : 23,5-51,9) dans les autres cas **EV études cas témoins (faible niveau de preuve) (n = 123) :** 39,9 % (IC à 95 % : 31-48), 45,1 % (IC à 95 % : 38,7-50,8) si concordance entre la souche majoritaire circulante et le vaccin ; 35,1 % (IC à 95 % : 29-40,7) dans les autres cas	Le principal facteur déterminant de l'EV est la concordance des souches circulantes et vaccinales	Nombre faible d'études randomisées contrôlées ne permet pas d'établir une comparaison entre les résultats des études contrôlées et les études cas témoins L'hétérogénéité des études est proche de 100 %
Yegorov *et al.*, 2026 (116)	18-65 ans Tous types de vaccins : – Inactivés ou vivants – Tri et quadrivalents – Avec ou sans adjuvants	**Grippe confirmée microbiologiquement :** Hospitalisation Pneumonie Nécessité soins intensifs	– EV en prévention des hospitalisations (n = 21) : 38 % (IC à 95 % : 33-43) – EV en prévention de la survenue d'une pneumonie (n = 3) : 42 % (IC à 95 % : 35-45) – EV en prévention de l'admission en unité de soins continus (n = 1) : 83 % (IC à 95 % : - 31 à 98) L'efficacité était meilleure vis-à-vis des souches AH1N1 comparativement à celle vis-à-vis des souches AH3N2 et lors des saisons où la concordance des souches circulantes et vaccinales était maximale	EV en prévention de : – Hospitalisations et des pneumonies : 38-42 % – Formes sévères de grippe : EV modérée EV meilleure si souche AH1N1 et lors des saisons où il existe une concordance entre souche circulante et souche vaccinale	L'EV 83 % pour les admissions en unité de soins continus est non concluante : IC très large, incluant des valeurs négatives, traduit une incertitude majeure (faible nombre d'évènements, manque de puissance) Faible niveau de confiance dans les résultats, en raison des limites inhérentes aux études observationnelles

Tableau 9. Impact de la vaccination répétée en population générale et chez les professionnels de santé issu d'une revue de la littérature avec méta-analyses publiées en 2023 et d'études d'immunogénicité

Auteurs, année, référence	Type d'étude – Population – Stratégies	Critères étudiés	Résultats	Conclusions/limites
Jones-Gray *et al.*, 2023 (117)	Revue systématique + méta-analyse ; 83 études obs. (41 incluses dans MA) ; saisons grippales 2007-2008 à 2018-2019 Tous âges confondus (enfants, adultes, âgés) Différentes comparaisons des EV : - vaccination courante seule - courante + précédente - précédente seule - non vacciné	Efficacité vaccinale contre grippe confirmée (A(H1N1)pdm09, A(H3N2), B)	ΔEV saison courante et précédente – saison courante seule : • A(H1N1)pdm09 : ΔVE - 9 % (IC 95 % : - 16 à - 1 ; 19 études ; I^2 = 0 % ; certitude faible) • A(H3N2) : ΔVE - 18 % (IC 95 % : - 26 à - 11 ; 30 études ; I^2 = 7 % ; certitude faible) • Influenza B : ΔVE - 7 % (IC 95 % : - 14 à 0 ; 22 études ; I^2 = 0 % ; certitude faible)	Les données ne remettent pas en question la politique vaccinale annuelle Certitude faible/très faible (GRADE) liée au schéma des études (observationnelles) ; risque de biais (confusion, statut vaccinal auto-reporté, données manquantes). Pas d'estimation par âge, les études incluses portent sur l'ensemble des tranches d'âge. Hétérogénéité élevée des résultats des méta-analyses. Informations non disponibles de manière systématique dans les études sur correspondance entre la souche circulante et la souche vaccinale, dont non intégrées dans les résultats des MA.
Sullivan *et al.*, 2025 (118)	Cohorte prospective incluant des professionnels de santé 18-64 ans Vaccinés : n = 595 (2020) et n = 1 031 (2021) Âge médian 39 (2020)/40 (2021)	Immunogénicité (titres *Hemagglutination Inhibition Assay* – HAI) post-vaccination (moyenne géométrique des titres des anticorps GMT J14)	Diminution du GMT post-vaccinal à J14 associée à chaque vaccination antérieure supplémentaire (facteur multiplicatif) : A(H1N1) - 2020 0,83 (0,79-0,87) - 2021 0,79 (0,76-0,84) A(H3N2) - 2020 0,93 (0,90-0,97) - 2021 0,87 (0,83-0,91)	Tendance (GMT J14) : diminution des titres post-vaccination avec l'augmentation des vaccinations antérieures Étude spécifique aux professionnels de santé Réponses anticorps diminuées après vaccinations répétées Pas de données d'EV clinique ; auto-déclaration des vaccinations
Trieu *et al.*, 2025 (119)	Cohorte longitudinale professionnels de santé ; n = 250 Tous vaccinés en 2009 par vaccin pandémique A(H1N1)pdm09 adjuvanté ; suivis sur 4 saisons	Immunogénicité (titres HAI, séroprotection)	Comparaison groupes vaccinés (1 saison *vs* 2 saisons consécutives) : les participants vaccinés uniquement la saison courante et ceux vaccinés la saison courante et la saison	Titres pré-vaccinaux en hausse puis plateau (3-5), réponse à J21 décroissante, durabilité accrue après ≥ 3 vaccinations

	grippales consécutives (2010-2011 à 2013-2014) Âge médian 38 ans Groupes comparés : vaccination saison courante + précédente, courante seule		précédente présentaient, après vaccination, des titres HI/HAI supérieurs au seuil de séroprotection (titre HI = 40) dans les deux groupes En revanche, lorsque la même souche est administrée sur > 3 saisons consécutives, le pic de réponse post-vaccination est atténué (*blunting*) malgré des titres pré-vaccin plus élevés	Les infections grippales sont identifiées uniquement sur la base de critères sérologiques, sans confirmation clinique ou virologique
Zhong *et al.*, 2026 (120)	Cohorte communautaire ≥ 18 ans ; n = 180 ; comparaison selon l'historique vaccinal antigrippal sur les 6 saisons précédentes (0, 1-2, ≥ 3 doses)	Immunogénicité : titre des anticorps (GMT) et les augmentations moyennes en facteurs multiplicatifs des titres des anticorps (MFR) entre l'avant-vaccination et jusqu'à 60 jours après la vaccination antigrippale, pour les saisons 2021-2022 puis 2022-2023	Les vaccinés répétés présentent des titres pré-vaccination plus élevés, une augmentation post-vaccinale plus faible (MFR réduit), mais une décroissance des anticorps plus lente, conduisant à des titres similaires à 6 mois par rapport aux primo-vaccinés (différences ≤ 2 fois le titre)	Cohorte de taille limitée (n = 180), prélèvements post-vaccination hétérogènes (jusqu'à 60 jours), absence de circulation grippale limitant l'extrapolation aux saisons avec infections, vaccinations antérieures auto-rapportées, et évaluation limitée aux anticorps HAI sans corrélation clinique directe

L'efficacité du vaccin contre la grippe est difficile à évaluer précisément, car elle dépend de l'adéquation des souches vaccinales et virales, ainsi que de facteurs individuels comme l'âge ou l'état de santé.

Les données issues du rapport HAS 2023 sur l'EV directe en prévention des cas de grippe confirmée reposent sur :

- 1 étude observationnelle prospective cas-témoin (*test-negative design*) spécifiquement menée chez le personnel soignant (n = 150). Cette étude suggère une efficacité vaccinale élevée (88,5 % IC à 95% : 39-98) chez les professionnels de santé, mais elle est associée à une grande incertitude (intervalle de confiance très large, faible nombre de professionnels vaccinés) ;
- 5 études en population générale qui rapportent les résultats suivants : 2 méta-analyses (EV globale : 59 % et 67%), 3 études (France et Europe) en vie réelle (EV : 41 % à 76 % chez les < 65 ans et 42 % tous âges confondus).

L'EV directe contre la grippe confirmée chez l'adulte est modérée, avec un niveau de certitude faible à modéré, l'estimation élevée rapportée spécifiquement chez les professionnels de santé reposant sur une étude de faible niveau de preuve.

Dans le cadre de la présente recommandation, les principales nouvelles données sur l'EV directe en prévention des cas de grippe confirmée reposent sur 4 études en population générale :

- 1 méta-analyse (EV : 39,9 % à 48 %) ;
- 3 études en vie réelle dont 1 étude européenne (EV entre 44 % et 53 %).

Bien qu'aucune nouvelle étude spécifique des professionnels de santé n'ait été identifiée, l'ensemble des études retenues confirme une efficacité vaccinale modérée contre les cas de grippe confirmée et une variabilité importante selon les souches circulantes. Ces estimations sont issues d'études avec des niveaux de preuve faibles à modérés.

En prévention des hospitalisations pour grippe confirmée et de la survenue de pneumonie, une méta-analyse de 2026 rapporte une EV de 38 % et 42 %, respectivement.

Concernant l'impact d'une vaccination répétée annuellement sur l'EV, 4 études ont été retenues :

- 1 méta-analyse rapportant des réductions d'EV chez les personnes vaccinées de manière répétée, comparativement à celles vaccinées uniquement la saison courante. Ces baisses sont estimées entre - 7 % et - 18 % selon les souches, ces estimations reposant sur un niveau de preuve faible (designs observationnels, hétérogénéité élevée dans le nombre de répétitions et des populations incluses). Les auteurs soulignent que ces résultats ne remettent pas en cause la recommandation de vaccination antigrippale annuelle ;
- 3 études d'immunogénicité menées chez les professionnels de santé, rapportant des titres d'anticorps post-vaccinaux plus faibles mais avec maintien de la séroprotection (maximum sur 6 ans de suivi avec nombre variable de vaccinations) ; ces résultats relèvent d'un niveau de preuve faible et ne permettent pas d'établir de corrélation directe avec l'efficacité clinique.

3.2.1.2. Efficacité vaccinale indirecte chez les professionnels

Il s'agit de l'analyse des bénéfices indirects liés à la vaccination observés au sein de la population professionnelle. Ce point prend en considération les critères de jugement suivants :

- impact de la vaccination sur la transmission en population générale ;
- impact de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées ;
- impact du taux de couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées.

Impact de la vaccination sur la transmission en population générale

Ce critère correspond à la réduction du risque d'infection chez des sujets non vaccinés contacts de personnes vaccinées, tous âges confondus, **hors contexte de soins.**

Synthèse des études examinées dans le rapport HAS 2023 et principales conclusions

Deux revues de la littérature avec méta-analyse ont été analysées :

- Mertz *et al.* (2016) (121) : cette méta-analyse évaluait l'effet protecteur de la vaccination antigrippale *vs* l'absence de vaccination chez les sujets contacts tous âges confondus :
  - 9 essais cliniques randomisés contrôlés ont été inclus réalisés dans le cadre familial, scolaire ou communautaire et avaient pour groupe « vaccinés » les enfants (sauf dans une étude) : la méta-analyse n'a pas mis en évidence d'effet significatif sur le critère de survenue d'infections grippales chez les sujets contacts (OR : 0,62 ; IC à 95 % : 0,34-1,12) ;
  - 4 études observationnelles dont les enfants représentaient toujours le groupe « vaccinés ». Les résultats de la méta-analyse ont montré une réduction significative de l'infection grippale chez les sujets contacts des sujets vaccinés (OR : 0,57 ; IC 95 % : 0,43-0,77). L'hétérogénéité inter-études était très élevée (I^2 = 98 %).

- Friedman *et al.* (2019) (122) : cette revue de la littérature a permis d'identifier très peu d'études sur l'évaluation de l'efficacité indirecte de la vaccination antigrippale chez les adultes, en population générale ; les études publiées ont principalement évalué l'effet indirect de la vaccination des enfants sur l'entourage familial. Bien que les études incluses dans l'analyse aient rarement rapporté des résultats exclusivement positifs et significatifs, la plupart des études incluses dans la revue de la littérature rapportaient au moins un résultat suggérant que la vaccination du groupe cible (ici, les enfants) réduisait les conséquences de la grippe dans un autre groupe.

Deux études ont rapporté une efficacité vaccinale indirecte chez l'adulte (EVI) :

- Malosh *et al.* (2021) (123) : cette étude compare les cas de grippe survenant chez des personnes non vaccinées (EVI) vivant dans des foyers de différents niveaux de couverture vaccinale :
  - EVI : 15,6 % (IC 95 % : - 21,4 à 41,3) foyers à couverture vaccinale modérée à importante [51-99 %] par rapport à des foyers non vaccinés ;
  - EVI : 2,4 % (IC 95 % : - 24,9 à 24,6) foyers à couverture vaccinale faible [> 0-50 %] par rapport à des foyers non vaccinés.

  En conclusion, les auteurs indiquent qu'il n'y a pas eu de réduction significative de l'incidence de cas de grippe dans les modèles non ajustés et ajustés.
- Arinaminpathy *et al.* (2017) (124) : il s'agit d'un modèle dynamique de transmission couplé à une approche bayésienne pour estimer l'impact direct et indirect de la vaccination antigrippale aux États-Unis sur huit saisons (2005-2013). Le modèle suggère qu'en conditions de couverture vaccinale modérée et d'une EV ≤ 60 %, la vaccination annuelle aurait évité environ 135 millions d'infections grippales.

Le rapport HAS 2023 indique que peu d'études quantifient l'EVI en population générale chez des adultes vaccinés : la majorité des études identifiées concernent des enfants, qui représentent le groupe de sujets vaccinés.

Données nouvellement identifiées

Krauland *et al.* (125) (2025) : à l'aide d'un modèle de transmission de la grippe, les auteurs ont simulé la dynamique de l'infection dans une population synthétique d'environ 1,2 million d'individus. La population simulée est représentative du comté d'Allegheny (États-Unis) et inclut toutes les tranches d'âge. Le modèle tient compte des milieux de vie (foyers, écoles, lieux de travail, quartiers) et explore de manière systématique les effets combinés de trois paramètres clés :

1. la transmissibilité, exprimée par un taux de reproduction (Rt) effectif variant d'environ 1,3 à 1,9 pour des scénarios de grippe saisonnière, et jusqu'à des valeurs plus élevées pour des scénarios de forte transmission ;
2. l'efficacité vaccinale, entre 40 % et 60 % ;
3. la couverture vaccinale variant entre 22 % et 71 %.

Les auteurs estiment le fardeau de grippe évitée par la vaccination, en distinguant explicitement les bénéfices directs chez les personnes vaccinées et les bénéfices indirects chez les personnes non vaccinées.

Plusieurs scénarios ont été simulés :

- scénarios de grippe saisonnière (Rt entre 1,4 et 1,9 ; EV à 40 % ; couverture vaccinale à 51 %) : la vaccination diminue nettement le nombre de cas (réduction de 32,9 % à 41,5 %, avec un effet dépendant du niveau de transmission ;
- scénarios de faible transmissibilité (Rt de 1,43 ; EV entre 40 % et 60 % ; couverture vaccinale à 51 %) : l'impact protecteur augmente lorsque l'efficacité vaccinale est plus élevée (réduction de 41,5 % à 70,3 %) ;
- très faible transmissibilité (Rt de 1,33 ; EV forte ; couverture vaccinale élevée) : une couverture vaccinale élevée renforce fortement la réduction du nombre de cas (réduction de 57,5 % à 88,6 %) ;
- forte transmissibilité (Rt ≥ 2 ; EV à 40 % ; couverture vaccinale à 51 %) : les bénéfices indirects s'atténuent puis disparaissent, la protection ne concernant plus que les personnes vaccinées, même lorsque l'efficacité vaccinale restait élevée.

Par ailleurs, les résultats montrent :

- le rapport ratio de la diminution du nombre de cas de grippe non-vaccinés/vaccinés est toujours > 1, confirmant que les vaccinés sont davantage protégés que les non-vaccinés, quel que soit le scénario (Rt 1,43 → 1,88 selon les modèles) ;
- lorsque l'EV augmente ou que la transmissibilité est plus faible, le bénéfice indirect devient plus visible, avec des réductions allant jusqu'à 70 % selon les combinaisons d'efficacité/couverture vaccinales ;
- en revanche, lorsque Rt devient très élevé (2,0-3,9), l'indirect s'atténue puis disparaît : l'incidence dans les non-vaccinés reste très élevée (taux d'attaque entre 93,6 % et 96,6 %), et le bénéfice concerne essentiellement les vaccinés eux-mêmes.

Grijalva *et al.* (2024) (126) : il s'agit d'une étude prospective de transmission en milieu familial, visant à estimer le risque d'infection grippale secondaire après introduction du virus dans un foyer et

l'efficacité vaccinale antigrippale pour prévenir ces infections. L'étude, menée aux États-Unis sur 3 saisons grippales consécutives (2017-2020), a inclus 699 cas primaires de grippe confirmée biologiquement (343/699, soit 49,1 % étaient vaccinés), d'âge médian 13 [7-38] ans, et 1 581 contacts familiaux (792/1 581, soit 50,1 % vaccinés), d'âge médian 31 [10-41] ans, suivis quotidiennement pendant 7 jours. Les contacts ont réalisé des prélèvements nasaux quotidiens, indépendamment de la présence de symptômes, analysés par RT-PCR.

Au total, 356 contacts (22,5 %) ont eu une infection grippale confirmée au cours du suivi, dont 7 % (n = 24) asymptomatiques. Chez les contacts non vaccinés, le risque global d'infection secondaire était estimé à 18,8 % (IC 95 % : 15,9-22,0), avec 14,0 % (IC 95 % : 11,4-17,2) chez les 18-49 ans et 20,4 % (IC 95 % : 14,7-27,4) chez les ≥ 50 ans. L'efficacité vaccinale globale contre les infections secondaires, toutes souches confondues, était estimée à 21,0 % (IC 95 % : 1,4-36,7). Aucune efficacité vaccinale significative n'a été mise en évidence contre les infections secondaires dues aux virus grippaux de type A (EV : 5,0 % ; IC 95 % : - 22,3 à 26,3). Une efficacité vaccinale significative était observée contre les infections secondaires à virus grippaux de type B (EV : 56,4 % ; IC 95 % : 30,1-72,8).

D'un point de vue méthodologique, cette étude porte sur des effectifs restreints dans certaines analyses entraînant un manque de puissance. De plus, les cas index étaient recrutés parmi des patients consultant pour une grippe confirmée en soins ambulatoires, ce qui peut limiter la généralisation aux foyers avec cas primaires paucisymptomatiques ou asymptomatiques.

Impact de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées

Ce critère correspond à la réduction du risque d'infection ou de formes sévères de la grippe chez des sujets non vaccinés contacts de professionnels vaccinés, **en contexte de soins.**

Synthèse des études examinées dans le rapport HAS 2023 et principales conclusions

Les données suivantes ont été analysées par la HAS.

1. Une revue systématique de la littérature de Ahmed *et al.* (127) incluant quatre essais cliniques randomisés en clusters portant sur la vaccination grippe des personnels de santé travaillant auprès de personnes de 60 ans et plus (128-131) en plus de quatre études observationnelles :

- l'analyse groupée des essais randomisés (niveau de preuve jugé faible par les auteurs) montrait une association entre vaccination du personnel et :
  - une baisse de la mortalité toutes causes de 0,71 (IC 95 % : 0,59-0,85) et une baisse des syndromes grippaux chez les résidents de 0,58 (IC 95 % : 0,46-0,73), avec un niveau de preuve modéré selon les auteurs,
  - une baisse du nombre d'hospitalisations toutes causes et de celles de cas de grippe confirmée qui n'était pas significative ;
- l'analyse des études observationnelles montrait que la vaccination du personnel était associée à une baisse des syndromes grippaux et des cas de grippe confirmée chez les résidents. L'effet de la vaccination était plus important pendant la période de surveillance de la grippe avec un risque relatif de 0,6 (IC 95 % : 0,4-0,8) que pendant la période de circulation du virus avec un risque relatif de 0,8 (IC 95 % : 0,6-0,99).

Les auteurs ont conclu que la vaccination du personnel pouvait améliorer la sécurité des patients.

2. Une revue systématique de la littérature de Dolan *et al.* (132) portant sur l'impact de l'incitation à la vaccination des professionnels sur les patients les plus à risque d'infections respiratoires compliquées. Vingt articles ont été retenus, la majorité des études avaient été faites

dans des établissements pour personnes âgées (n = 11) et comportaient des biais leur conférant un niveau de preuve limité. Pour autant, les auteurs notaient que pour tous les critères considérés, la direction de l'effet allait toujours dans le sens d'un probable effet de la vaccination du personnel sur les patients.

3. Une revue Cochrane de Thomas *et al.* a été publiée en 2016 (133). Elle vise à déterminer l'effet de proposer la vaccination contre la grippe aux soignants sur l'incidence de la survenue de grippe confirmée en laboratoire, de pneumonie, de décès par pneumonie et d'hospitalisations pour pathologie respiratoire chez les résidents de 60 ans et plus vivant en établissements de soins de longue durée. Cette revue a inclus les mêmes essais cliniques que la revue de Ahmed *et al.* (128-131) en plus d'une étude observationnelle. La population des soignants inclus dans cette revue avait des couvertures vaccinales entre 48 % et 70 % dans les groupes « intervention » de ces études et de 3,5 à 31,8 % dans les groupes « contrôle ». Les méta-analyses réalisées dans cette publication rapportent que le fait de proposer la vaccination antigrippale aux soignants :

- n'a pas d'effet sur le nombre de patients qui développent une grippe confirmée en laboratoire par rapport à ceux qui sont hospitalisés dans des établissements dans lesquels la vaccination contre la grippe n'est pas proposée aux soignants (différence de risque RD = 0 ; IC 95 % : - 0,03 à 0,03, niveau de preuve faible) ;
- permet probablement de diminuer les infections respiratoires basses des patients de 6 % à 4 % (RD = - 0,02 ; IC 95 % : - 0,04 à 0,01, niveau de preuve modéré) ;
- a peu ou pas d'effet sur le nombre d'hospitalisations des patients pour pathologie respiratoire (RD = 0 ; IC 95 % : - 0,02 à 0,02, faible niveau de preuve) ;
- les effets sur la mortalité n'ont pas été estimés en analyse groupée compte tenu de la forte hétérogénéité statistique entre les études, ce qui a été critiqué car les études contrôlées randomisées retenues et analysées dans la revue Cochrane 2016 avaient toutes pour objectif principal de mesurer la mortalité toutes causes confondues des résidents selon l'incitation à la vaccination des personnels soignants.

4. Les quatre études contrôlées randomisées retenues et analysées dans les revues de Ahmed *et al.* (127), Dolan *et al.* (132) et par la Cochrane (133) ont été analysées séparément : ces études avaient toutes pour objectif principal de mesurer la mortalité toutes causes confondues des résidents selon l'incitation à la vaccination des personnels soignants. Aucune étude autre sur le critère de la mortalité n'ayant été identifiée par la HAS en 2023 via la recherche documentaire portant sur les études publiées à partir de l'avis du HCSP de 2014, et ces essais cliniques étant cités à de nombreuses reprises dans la littérature scientifique, leurs résultats sont résumés ci-après.

   Les établissements étaient répartis en deux groupes : ceux dans lesquels avaient lieu des interventions pour incitation et facilitation de la vaccination grippe des personnels soignants et ceux sans intervention. Les résultats concernant la mortalité n'ont pas été étudiés en analyse poolée dans la méta-analyse, compte tenu de la forte hétérogénéité entre les études (taille et direction de l'effet très variables), conduisant les auteurs de la méta-analyse à indiquer un très faible niveau de preuve des études évaluant ce critère. Sur ce critère, en comparant les établissements avec intervention et ceux sans intervention, deux études de Potter *et al.* (128) et Lemaitre *et al.*, 2009 (129), retrouvent une baisse significative de 7 % (IC 95 % : 1-13) et 20 % (IC 95 % : 4-34), une étude (Hayward *et al.*, 2006 (130)) retrouve une baisse significative sur une seule des deux années étudiées (5 % ; IC 95 % : 2-7) et une (Carman *et al.*, 2000 (131)) retrouve une baisse de mortalité non significative en analyse globale ajustée sur l'ensemble des variables. À noter que dans l'étude de Potter *et al.* (128),

la vaccination a aussi été proposée aux résidents pour lesquels la couverture vaccinale a atteint 88,8 % (*versus* 0,2 % dans les établissements contrôles), ce qui a pu contribuer à diminuer l'incidence de la mortalité dans les établissements « intervention » dans cette étude et limite ainsi l'interprétation sur l'efficacité de la seule vaccination des soignants. Deux études (Carman *et al.*, 2000 (131) et Lemaitre *et al.*, 2009 (129)) ont étudié la corrélation entre la couverture vaccinale des personnels soignants et le taux de mortalité des résidents avec des résultats contradictoires. À noter que la mortalité liée à la grippe ou à ses complications a été analysée par Potter *et al.* (128) et Lemaitre *et al.* (129). Les résultats sont détaillés dans la méta-analyse de la Cochrane de 2016 (133) et montrent une différence de risque non statistiquement différente dans les services proposant la vaccination *versus* les autres, que les patients soient vaccinés ou non.

Tableau. Études contrôlées randomisées retenues dans la méta-analyse de la revue Cochrane de Thomas *et al.*, 2016 (133) sur la vaccination des personnels de santé travaillant en établissements de longue durée pour personnes de 60 ans et plus

1er auteur, année, référence	Lieu et année de réalisation de l'étude	Méthodes	Critère de jugement principal	Critères de jugement secondaires	Résultats
Potter, 1997 (128)	Royaume-Uni 1994-1995	Groupe intervention = offre active de vaccination des soignants (6 établissements) Groupe contrôle (n = 6)	Incidence de la grippe chez les résidents	- Infections respiratoires basses - Décès toutes causes confondues	- CV 61 % dans les établissemer sant la vaccination - Réduction de la mortalité global tients vaccinés et non vaccinés e dromes grippaux chez les patients uniquement
Carman, 2000 (131)	Royaume-Uni, 1996-1997	Groupe intervention = offre active de vaccination des soignants (10 établissements) Groupe contrôle (n = 10)	Mortalité des résidents toutes causes confondues	Taux d'infections grippe prouvée	- CV PS : 50,9 % vs 4,9 % dans le - Après ajustement, pas de corréla la CV des soignants et le taux de toutes causes - Pas de différence de nombre d grippe prouvés (5,4 % dans les avec programme de vaccination dans les autres ES)
Hayward, 2006 (130)	Royaume-Uni 2003-2004 et 2004-2005	Groupe intervention = offre active de	Mortalité des résidents	- Survenue d'un	- CV PS : 48 % vs 5,9 % dans 2003-2004 et 43,2 % vs 3,5 % da en 2004-2005

		vaccination des soignants (22 établissements) Groupe contrôle (n = 22)	toutes causes confondues	syndrome grippal - Recours à un service médical	- En 2003-2004 : baisse de la mortalité toutes causes confondues dans le groupe intervention (p = 0,002), baisse des syndromes grippaux (p = 0,004), des consultations (p = 0,08) et hospitalisations (p = 0,009) pour syndrome grippal - En 2004-2005 : aucune différence sur aucun des critères de jugement	
Lemaitre, 2009 (129)	France 2006	Groupe intervention = offre active de vaccination des soignants (20 établissements) Groupe contrôle (n = 20)	Mortalité des résidents toutes causes confondues	-Taux d'hospitalisation des résidents - Survenue d'un syndrome grippal	- CV PS : 69,9 % vs 31,8 % dans le GC - En analyse multivariée, réduction de 20 % de la mortalité toutes causes (p = 0,02) - Corrélation entre CV PS et mortalité toutes causes des résidents (p = 0,007) - Baisse des syndromes grippaux (p = 0,007) et des arrêts maladie (p = 0,03) dans le groupe vacciné	

5. Une analyse critique de l'état des connaissances proposée par de Serres *et al.* (134) :

– les quatre essais cliniques randomisés de Potter, Carman, Hayward et Lemaitre (128-131) servent régulièrement d'arguments pour la promotion de la vaccination et/ou son obligation pour les professionnels de santé.

- Résultats contradictoires des méta-analyses :
  - Ahmed *et al.* concluent à une efficacité modérée de la vaccination des professionnels de santé pour protéger les patients ;
  - Thomas *et al.* (Cochrane 2016) jugent les preuves insuffisantes pour démontrer un bénéfice patient.
- Limites méthodologiques : ces études utilisent des critères de substitution (syndrome grippal, décès toutes causes) plutôt que des cas RT-PCR confirmés, ce qui limite la solidité des conclusions.
- Incertitudes majeures : le risque de grippe attribuable aux soignants et la fraction évitable par leur vaccination demeurent inconnus.

  → Position de de Serres : les données sont insuffisantes pour justifier une obligation vaccinale, mais elles n'excluent pas la promotion de la vaccination volontaire et d'autres mesures (éviction, masque…).
- Réponse de Hayward : il défend la vaccination des professionnels de santé comme un levier important pour réduire la transmission aux patients vulnérables.

Sur ces bases, le rapport concluait qu'en milieu de soins, les études évaluant l'impact de la vaccination des professionnels de santé pour protéger les patients sont difficiles à réaliser, en particulier en milieu hospitalier, et présentent de nombreux risques de biais. L'interprétation de ces études est rendue difficile du fait de la variabilité de l'efficacité des vaccins antigrippaux d'une année sur l'autre, et de la sévérité de l'épidémie grippale également variable d'une année sur l'autre. La majorité des études sont anciennes et ont été réalisées dans des établissements de longue durée et dont les résultats sont difficilement extrapolables à tous les services de soins de court et moyen séjour.

Nouvelles données

Une seule référence a été identifiée dans le cadre du présent rapport. Il s'agit de la mise à jour de la revue systématique avec méta-analyse de Thomas *et al.*, 2025 (135), réalisée par la Cochrane, incluse en 2023 dans le rapport HAS (publiée en 2025, date d'arrêt d'inclusion des articles au 22 août 2024). Il s'agit d'une mise à jour d'une revue datant initialement de 2006 (mise à jour aussi en 2010, 2013 et 2016). Cette revue avait pour objectif d'évaluer les effets de la vaccination des professionnels de santé travaillant dans des établissements de soins de longue durée contre la grippe sur la survenue d'évènements liés à la grippe chez les résidents âgés de 60 ans ou plus.

La méthode de cette revue est conforme aux standards MECIR (*Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews*) et en respectant les recommandations PRISMA 2020 pour le *reporting*. La qualité méthodologique a été analysée selon la grille AMSTAR II (Tableau 21, Annexe 8).

Les auteurs précisent les différences avec la revue précédente de 2016 :

- restriction aux essais randomisés contrôlés (une étude observationnelle avait été incluse dans l'analyse réalisée en 2016) ;
- modification des critères de jugement, avec réintroduction de la mortalité toutes causes ;
- expression des résultats en risque relatif (RR) plutôt qu'en différences de risque absolu.

La comparaison entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées proposant une vaccination antigrippale aux soignants et ceux ne la proposant pas a mis en évidence les résultats suivants (Tableau 10) :

- peu ou pas d'effet sur le nombre de résidents développant une grippe confirmée (de 5 % à 4 %) (RR 0,87 ; IC 95 % : 0,46-1,63 ; 2 études, 752 participants ; niveau de preuve faible) ;
- légère réduction des infections respiratoires basses associée à la vaccination des soignants (6 % *versus* 4 %) (RR 0,70 ; IC 95 % : 0,41-1,20) (une seule étude sur 1 059) ; l'intervalle de confiance est compatible à la fois avec une réduction cliniquement pertinente et avec une légère augmentation du risque lorsque l'effet est exprimé en termes absolus (2 % à 7 %). La prise en compte du clustering pour ce critère élargit encore l'intervalle de confiance, conduisant à un niveau de preuve très faible (RR ajusté 0,72 ; IC 95 % : 0,28-1,85) ;
- peu ou pas d'effet sur les hospitalisations pour pathologie respiratoire (RR 1,02 ; IC 95 % : 0,82-1,27 ; 1 étude, 3 400 participants ; niveau de preuve faible) ;
- les données sont insuffisantes pour déterminer un effet sur la mortalité par infection respiratoire basse chez les résidents : 2 % des résidents sont décédés dans chaque groupe (RR 0,82 ; IC 95 % : 0,45-1,49 ; 2 études, 4 459 participants ; niveau de preuve très faible) ;
- réduction de la mortalité toutes causes (RR 0,69 ; IC 95 % : 0,60-0,80 ; 4 études, 8 468 participants ; niveau de preuve modéré).

Tableau 10. Analyses groupées de la revue systématique de Thomas *et al.*, 2025 (135), par critère de jugement

Critères	Résultats principaux (étude, population)	Modèle statistique	Niveau de confiance GRADE	Interprétation
1. Grippe confirmée biologiquement	RR 0,87 [0,46-1,63] (2 essais, n = 752)	Mantel-Haenszel, effets aléatoires I^2 = 0 % (peu informatif avec n = 2)	Faible	Très faible nombre d'évènements et faible puissance statistique ; IC très larges compatibles avec bénéfice, absence d'effet ou effet délétère ; hétérogénéité méthodologique importante

	CV intervention : entre 50,9 et 60,7 %			
2. Infection respiratoire basse	RR 0,70 [0,41-1,20] (1 essai, n = 1 059) CV intervention : 60,7 %	Pas de pooling (mono-étude) NA	Faible*	Critère non spécifique de la grippe (confusion étiologique) ; résultat issu d'un seul essai ancien ; ajustement du cluster élargissant fortement l'IC (RR 0,72 [0,28-1,85]) ; imprécision majeure limitant toute conclusion
3. Hospitalisation pour pathologie respiratoire	RR 1,02 [0,82-1,27] (1 essai, n = 3 400) CV intervention : 68,6 %	Pas de pooling (mono-étude) NA	Faible	Absence totale de signal d'efficacité ; données provenant d'un seul essai ; critère fortement dépendant des pratiques locales d'hospitalisation ; résultat robuste directionnellement mais isolé
4. Décès par infection respiratoire basse	RR 0,82 [0,45-1,49] (2 essais, n = 4 459) CV entre 60,7 et 68,6 %	Mantel-Haenszel, effets aléatoires I^2 = 56 %	Très faible	Hétérogénéité modérée (I^2 = 56 %) avec directions d'effet discordantes ; définitions hétérogènes de la cause de décès entre études ; résultat non robuste après ajustement du cluster ; très forte incertitude causale
5. Mortalité toutes causes	RR 0,69 [0,60-0,80] (4 essais, n = 8 468) CV intervention entre 30,4 et 68,6 %	Mantel-Haenszel, effets aléatoires I^2 = 18 %	Modéré	Effet non expliqué par les critères spécifiques de la grippe (absence d'effet sur influenza, LRTI, hospitalisations) ; incohérence biologique majeure ; forte plausibilité de biais résiduels (absence d'aveugle, contamination, différences basales de fragilité) ; co-interventions non mesurées susceptibles d'expliquer l'effet observé

RR ajusté 0,72 ; IC 95 % : 0,28-1,85 → niveau de confiance très faible après ajustement
CV : couverture vaccinale

Impact du taux de couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées

Synthèse des études examinées dans le rapport HAS 2023 et principales conclusions

Les données suivantes ont été analysées par la HAS.

1- Étude de Williams *et al.* en 2021 (Canada) (136) : il s'agit d'une cohorte prospective multicentrique. Les auteurs ont analysé la corrélation entre le taux de couverture vaccinale des professionnels de santé et l'incidence des grippes nosocomiales dans deux hôpitaux de soins aigus canadiens, durant six saisons consécutives (2013-2014 à 2018-2019). Les estimations suivantes ont été rapportées :

- des couvertures vaccinales des professionnels de 65-70 % ne semblent pas réduire le nombre d'infections nosocomiales (effet non significatif) ;
- une tendance apparaît à partir d'une couverture vaccinale de 75 % (IRR : 0,65 ; IC 95 % : 0,39-1,08, p = 0,096) mais non significative ;
- une couverture vaccinale ≥ 80 % est associée à une réduction du risque, avec un intervalle de confiance large (IRR : 0,28 ; IC 95 % : 0,089-0,89).

2- Étude de Frenzel *et al.* en 2016 (États-Unis) (137) : les auteurs ont évalué l'effet de la mise en place d'une obligation vaccinale sur la couverture vaccinale du personnel de santé et sur la survenue de grippes nosocomiales. Les estimations suivantes ont été rapportées :

- la mise en place d'une obligation vaccinale a fait passer la couverture vaccinale des soignants de 56 % en 2006-2007 à 94 % en 2013-2014 (+ 38 %, p < 0,0001) ;
- la proportion de grippe nosocomiale a diminué de façon significative au cours de cette même période passant de 6 % en 2006-2007 à 2,3 % en 2013-2014 (p = 0,045), avec une association significative avec la couverture vaccinale des personnels, notamment le personnel de soins (p = 0,043) ;
- chez les patients immunodéprimés ayant un cancer, l'augmentation de la couverture vaccinale des soignants était significativement associée à une réduction des cas de grippe nosocomiale (p = 0,0497).

3- Étude de Dionne *et al.* en 2016 (États-Unis) (138) : les auteurs ont évalué l'effet de la mise en place d'une obligation vaccinale sur la couverture vaccinale du personnel de santé et sur la survenue de grippes nosocomiales. Les estimations suivantes ont été rapportées : la mise en place d'une obligation vaccinale chez les soignants en 2011 a permis d'augmenter la couverture vaccinale (de 47 % à 90 %) (p < 0,001), cela était associé à :

- une baisse de la grippe nosocomiale durant la première année de 9 % à 4,9 % avec une couverture vaccinale passant de 47 % à 56,5 % ;
- il n'a pas été constaté de diminution supplémentaire des infections nosocomiales au cours des années suivantes (4,3 %, 5,2 %, 4,8 % : la diminution globale sur la période d'étude entre la première et dernière année n'était pas significative (p = 0,282) alors que la couverture vaccinale est passée de 56,5 à 89,9 % ;
- aucune association n'a été observée entre le niveau de couverture vaccinale et la survenue de grippes nosocomiales (OR = 0,990 ; IC 95 % : 0,970-1,011), suggérant un effet de seuil à 50 % au-delà duquel l'augmentation du taux de couverture vaccinale peut ne pas avoir d'effet supplémentaire significatif.

4- Étude de Wei *et al.* en 2020 (Singapour) (139), évaluant le lien entre le taux de couverture vaccinale des professionnels de santé et l'incidence des grippes nosocomiales. Selon les estimations : aucune association significative n'a été retrouvée entre la couverture vaccinale des soignants (comprise entre 48,8 % en 2013 et 77,1 % en 2018) et les cas de grippe nosocomiale (RR = 0,89 ; IC 95 % : 0,69-1,15 ; p = 0,37).

5- Étude d'Amour *et al.* en 2022 (France) (140) : il s'agit d'une étude cas-témoins, évaluant le risque de grippe nosocomiale chez les patients hospitalisés par rapport au taux de couverture vaccinale des personnels soignants. Les estimations suivantes ont été rapportées :

- la couverture vaccinale médiane des professionnels était plus basse dans les services avec cas de grippe nosocomiale (14 % *vs* 18 %, p = 0,02) ;
- aucune association entre le risque de grippe nosocomiale chez les patients et une couverture vaccinale des professionnels de santé n'a été observée avec une couverture vaccinale ≥ 20 % (ORa = 2,19 ; IC 95 % : 0,22-21,9) ni ≥ 30 % (ORa = 0,29 ; IC 95 % : 0,02-5,68) (estimations ajustées) ;
- une association significative a été observée entre le risque de grippe nosocomiale chez les patients et une couverture vaccinale des professionnels de santé pour une couverture vaccinale supérieure ou égale à 40 % (ORa = 0,07 ; IC 95 % : 0,01-0,78) (estimations ajustées).

Cette étude suggère qu'un seuil minimal de 40 % de couverture vaccinale du personnel de santé est nécessaire pour observer un impact significatif sur le risque de grippe nosocomiale chez les patients.

6- Étude d'Amodio *et al.* en 2014 (Italie) (141) : les auteurs ont analysé le risque de syndrome grippal nosocomial chez les patients admis dans un hôpital de soins aigus en fonction de la couverture vaccinale antigrippale du personnel soignant. Les estimations suivantes ont été rapportées :

- au cours de la période étudiée, la couverture vaccinale des soignants a fortement diminué, passant de 13,2 % en 2005-2006 à 3,1 % en 2011-2012 (p < 0,001) ;
- parallèlement, la fréquence des syndromes grippaux nosocomiaux chez les patients a augmenté de 1,1 ‰ à 5,7 ‰ au fil des saisons (OR : 0,97 ; IC 95 % : 0,94-0,99) ;
- le risque de syndrome grippal nosocomial était significativement plus faible lorsque la couverture vaccinale des soignants était élevée (réduction de 3 % ; IC 95 % : 1-6), suggérant qu'une meilleure couverture vaccinale pourrait réduire ces infections.

Sur la base de ces données, la conclusion était que : les études présentaient toutes de nombreux risques de biais, rendant l'interprétation des résultats délicate. Néanmoins, toutes les études (à l'exception d'une) retrouvent un impact de la vaccination des soignants pour réduire les infections nosocomiales grippales chez les patients, quand le taux de couverture des professionnels augmente, et ce même si les seuils définis par les auteurs diffèrent.

Données nouvellement identifiées

Aucune nouvelle donnée n'a été identifiée dans le cadre de ce rapport.

En milieu de soins, les études évaluant l'impact de la vaccination des professionnels de santé pour protéger les patients sont difficiles à réaliser, en particulier en milieu hospitalier, et présentent de nombreux risques de biais. L'interprétation de ces études est rendue difficile du fait de la variabilité de l'efficacité des vaccins antigrippaux d'une année sur l'autre, et de la sévérité de l'épidémie grippale également variable d'une année sur l'autre.

Impact de la vaccination sur la transmission en population générale

Les estimations issues du rapport HAS 2023 portaient sur 4 publications, dont 1 méta-analyse et 1 modélisation. Les études publiées ont principalement évalué l'effet indirect de la vaccination des enfants sur l'entourage familial.

Dans la méta-analyse, bien que peu d'études rapportent un effet significatif (OR = 0,62 ; IC 95 % : 0,34-1,12), la majorité rapportent toutefois un effet indirect, suggérant que la vaccination des enfants réduit les conséquences de la grippe chez les contacts non vaccinés (OR = 0,57 ; IC 95 % : 0,43-0,77). Cette méta-analyse évaluant principalement la vaccination des enfants, elle reste d'interprétation délicate par rapport à l'EV indirecte des professionnels de santé.

Dans le cadre de la présente recommandation, 2 nouvelles études ont été identifiées, dont une modélisation. Les principaux résultats de cette dernière indiquent qu'avec un Rt 1,4-1,9, une EV de 40-60 % et une couverture vaccinale d'environ 51 %, la réduction globale des cas de grippe se situe entre 32,9 % et 41,5 %, l'effet indirect diminuant lorsque la transmissibilité augmente (Rt ≥ 2). L'étude de transmission en milieu familial est également de faible niveau de preuve ; elle rapporte que l'impact de la vaccination antigrippale sur la transmission secondaire est limité.

Impact de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées

Les estimations issues du rapport HAS 2023 portaient sur 3 publications, dont 2 méta-analyses et 1 revue systématique :

– Ahmed *et al.* (2014) rapportent :
  - sur une analyse groupée d'ECR en clusters, une baisse de la mortalité toutes causes et une baisse des syndromes grippaux chez les résidents, avec un niveau de preuve modéré ;
  - sur les études observationnelles, que la vaccination du personnel était associée à une baisse des syndromes grippaux et des cas de grippe confirmés chez les résidents [RR entre 0,6 (0,4-0,8) et 0,8 (0,6-0,99)].

Les données de la revue Cochrane (Thomas *et al.* 2016) indiquent que la vaccination des soignants :
  - n'a pas d'effet sur le nombre de résidents qui développent une grippe confirmée en laboratoire par rapport à ceux qui vivent dans des établissements dans lesquels la vaccination contre la grippe n'est pas proposée aux soignants (RD = 0 ; IC 95 % : - 0,03 à 0,03, niveau de preuve faible) ;
  - permet probablement de diminuer les infections respiratoires basses des résidents de 6 % à 4 % (RD = - 0,02, niveau de preuve modéré) ;
  - a peu ou pas d'effet sur le nombre d'hospitalisations des résidents pour pathologie respiratoire (RD = 0 ; IC 95 % : - 0,02 à 0,02, niveau de preuve faible).

Dans le cadre de la présente recommandation, une actualisation de la méta-analyse Cochrane (Thomas *et al.*) incluse dans les précédents travaux HAS a été identifiée. Les principales données rapportent que la vaccination des soignants :
  - a peu ou pas d'effet sur le nombre de résidents développant une grippe confirmée passant de 5 % à 4 % (RR 0,87 ; IC 95 % : 0,46-1,63, niveau de preuve faible) ;
  - a peu ou pas d'effet sur les hospitalisations des patients pour pathologie respiratoire (RR 1,02 ; IC 95 % : 0,82-1,27, niveau de preuve faible) ;
  - a un effet probable sur la réduction des infections respiratoires basses (RD = 0,70 ; IC 95 % : 0,41-1,20, niveau de preuve modéré) et sur la mortalité toutes causes (RR 0,69, IC 95 % : 0,60-0,80, niveau de preuve modéré).

– Les ECR inclus sont anciens et ont été réalisés dans des établissements de longue durée et dont les résultats sont difficilement extrapolables à tous les services de soins de court et moyen séjour. De plus, leur objectif principal était de mesurer la mortalité toutes causes confondues des résidents selon l'incitation à la vaccination des personnels soignants.

La mise à jour de la Cochrane n'a pas inclus les études observationnelles mais l'interprétation reste limitée, notamment par l'absence d'effet sur les critères spécifiques de la grippe.

Impact de la couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées

Les données issues du rapport HAS 2023 portaient sur 6 études. Au total, 5 études sur 6 rapportent un effet de la vaccination des soignants pour réduire les infections nosocomiales grippales chez les patients, quand le taux de couverture des professionnels augmente, et ce même si les seuils définis par les auteurs diffèrent. Bien que les résultats soient variables en fonction des études, ils rapportent que les premières réductions significatives interviennent à partir d'une couverture vaccinale ≥ 80 % (IRR 0,28 ; IC 95 % : 0,089-0,89). À l'inverse, d'autres travaux suggèrent un seuil plus bas, avec un impact détecté à partir de 40 % (ORa 0,07 ; IC 95 % : 0,01-0,78).

Ces résultats, reposant sur des études observationnelles hétérogènes exposées à d'importants risques de biais, ne permettent pas de conclure sur un seuil de couverture vaccinale efficace.

Dans le cadre de la présente recommandation, aucune nouvelle donnée n'a été identifiée sur ce critère.

3.2.1.3. Efficacité vaccinale directe chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité

Il s'agit de l'analyse de l'efficacité directe de la vaccination antigrippale dans la population des 65 ans et plus, tous vaccins confondus. Ce point prend en considération les critères de jugement suivants :

- EV en prévention des cas de grippe confirmée ;
- EV en prévention des hospitalisations toutes causes, pour causes respiratoires ou pour grippe biologiquement confirmée ;
- EV en prévention des hospitalisations en unité de soins continus pour grippe confirmée ;
- EV sur la réduction du taux de déclin fonctionnel ;
- EV sur la prévention des évènements cardiovasculaires ;
- impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale.

Il convient de préciser que les données d'efficacité vaccinale présentées dans ce chapitre concernent l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus, quel que soit leur lieu de résidence, et ne sont donc pas spécifiques aux personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité, qui constituent la population visée par la présente recommandation.

Efficacité vaccinale en prévention des cas de grippe confirmée

L'efficacité vaccinale (tous vaccins confondus) chez les personnes âgées de 65 ans et plus a été estimée dans plusieurs publications.

Données d'efficacité en vie réelle en France

L'EV est évaluée à partir des données de laboratoires du réseau RELAB qui comprend 1 600 laboratoires de biologie médicale de proximité (BIOGROUP et Cerballiance), répartis sur l'ensemble du territoire français.

➔ **Durant la saison 2023-2024** (112)

Au total, 504 543 participants ont été inclus dont 218 000 sujets âgés de 65 ans plus (44 %). Les tests ont été positifs dans 39 089 cas (12 %). Le critère d'inclusion était la réalisation d'une PCR virus influenza chez un patient non hospitalisé. Seules les données des patients ayant connaissance de leur statut vaccinal ont été incluses dans l'étude (non vaccinés ou vaccinés depuis plus de 15 jours et moins de 6 mois avant le test). Le nombre de patients ayant un statut vaccinal renseigné était de 32 740 (21 %). L'EV a été estimée à 42,0 % (IC 95 % : 36,6-46,9) chez les 65 ans et plus.

➔ **Pour la saison 2024-2025** (113)

Une étude cas-témoins a été réalisée sur une cohorte de 77 704 patients issue du réseau RELAB de laboratoires de proximité. Un sous-ensemble d'échantillons séquencés (n = 2 119 patients) a permis d'estimer l'EV sur les cas de grippe confirmée. La couverture vaccinale était de 45 % chez les patients âgés de 65 ans et plus.

L'EV globale a été estimée à 44 % (IC 95 % : 41-48) et à 25,1 % (IC 95 % : 18,2-31,5) chez les personnes de 65 ans et plus.

➔ **Durant la saison 2025-2026 (semaines 44-49, 2025)** (114)

L'estimation ponctuelle de l'EV (selon la méthode de *test-negative design*) était de 27,7 % (n = 5 451 cas de grippe, n = 18 816 témoins, IC 95 % : 16,7-37,3). Cette EV était de 25,1 % à la même période durant la saison 2024-2025 (IC 95 % : 18,2-31,5). On note une tendance à l'augmentation mais la différence n'est pas significative avec le chevauchement des IC 95 %. Les auteurs évoquent l'effet de vaccination répétée avec la même souche A(H1N1)pdm09 depuis 2023-2024, l'effet de cohorte de naissance, l'immunité pré-saisonnière, l'indisponibilité des vaccins adjuvanté et à haute dose la saison dernière.

Données issues de la revue systématique de Guo *et al.* en 2024 (142) (Tableau 11)

Cette revue évalue l'efficacité des vaccins antigrippaux par tranche d'âge pour la prévention des cas de grippe confirmée.

L'EV sur la prévention du nombre de cas de grippe confirmée est estimée par l'analyse de 191 études observationnelles entre 2017 et 2022 : 30,6 % (IC 95 % : 26,2-34,8) chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Tableau 11. Efficacité vaccinale chez les sujets âgés de 65 ans et plus issue des revues de la littérature avec méta-analyse publiées entre 2023 et 2025

Auteurs, année, référence	Population	Critères efficacité vaccinale	Résultats	Conclusions
Yegorov *et al.*, 2026 (116)	Enfants et adultes	Hospitalisation, pneumonie, nécessité soins intensifs et/ou assistance ventilatoire, décès Études cas-contrôles	– EV en prévention des hospitalisations (n = 78) : 29 % (IC à 95 % : 25-33) – EV en prévention de la survenue d'une pneumonie (n = 3) : 45 % (IC à 95 % : 21-62) – EV en prévention de l'admission en unité de soins continus (n = 2) : 53 % (IC à 95 % : 28-69) L'efficacité était meilleure vis-à-vis des souches AH1N1 comparativement à celle vis-à-vis des souches AH3N2 et lors des saisons où la concordance des souches circulantes et vaccinales était maximale.	La vaccination saisonnière contre la grippe a une efficacité modérée sur la prévention des formes sévères de grippe, et principalement vis-à-vis de AH1N1 et lors des saisons où il existe une concordance entre souche circulante et souche vaccinale.
Guo *et al.*, 2024 (142)	Enfants et adultes	Influence de l'âge sur EV cas de grippe microbiologiquement confirmés	191 études cas-contrôles entre 2017 et 2022 : – EV en prévention cas de grippe : 30,6 % (IC à 95 % : 26,2-34,8) chez les plus 65 ans	Hétérogénéité élevée des études. Efficacité modérée en prévention des cas de grippe, diminuant avec l'âge.

EV (tous vaccins confondus) en prévention des hospitalisations toutes causes, pour causes respiratoires ou pour grippe biologiquement confirmée

En Europe, modélisation de l'EV sur les hospitalisations : en population âgée (≥ 65 ans), les estimations européennes coordonnées par l'ECDC indiquent que sur la saison 2024-2025, la vaccination antigrippale a évité en moyenne 26 à 41 % des hospitalisations sur l'ensemble de la période de circulation (du 5 août 2024 au 1er juin 2025), avec une hétérogénéité marquée entre pays (jusqu'à 48-70 points d'hospitalisations évitées selon les scénarios) (143). Les résultats reposent sur un ensemble de modèles harmonisés (efficacité vaccinale contre infection symptomatique fixée à 40 %, transmissibilité

« typique » *vs* majorée de 10 %) appliqués à des données de surveillance (consultations pour syndrome grippal et positivité grippale) collectées à l'échelle européenne.

EV sur les hospitalisations (tous vaccins confondus), données issues de la revue systématique de Yegorov *et al.* (116) (Tableau 11)

Sur la base de 78 études cas-témoins, l'EV en prévention des hospitalisations était estimée à 29 % (IC 95 % : 25-33).

EV en prévention de la survenue de la pneumonie (tous vaccins confondus)

Dans la même analyse de Yegorov *et al.* (116) (Tableau 11), l'EV en prévention de la survenue d'une pneumonie était estimée à 45 % (sur la base de 3 études cas-témoins) (IC 95 % : 21-62).

EV en prévention des hospitalisations en unité de soins continus pour grippe confirmée (tous vaccins confondus)

Dans la méta-analyse de Yegorov *et al.* (116), l'EV en prévention de l'admission en unité de soins continus était de 53 % (sur la base de 2 études cas-témoins) (IC 95 % : 28-69).

EV sur la réduction du taux de déclin fonctionnel

Aucune étude n'a été identifiée.

Néanmoins, la littérature suggère, de manière indirecte, que la vaccination antigrippale pourrait contribuer à limiter le risque de déclin fonctionnel, en réduisant les formes sévères et les hospitalisations (144). Une revue générale, publiée en 2025, rappelle que la vaccination antigrippale, en prévenant les agressions systémiques aiguës, contribue à préserver les réserves fonctionnelles, retarder la progression de la fragilité et maintenir la qualité de vie chez les personnes âgées (145).

EV sur le risque d'évènements cardiovasculaires

Une revue systématique de la littérature réalisée par Addario *et al.* en 2023 (146) a mis en évidence dans 28/33 études un effet protecteur de la vaccination grippe sur la survenue d'un évènement cardiovasculaire (tels insuffisance cardiaque et insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme type fibrillation auriculaire, hospitalisation pour cause cardiaque, chez les sujets de 65 ans et plus). Le vaccin antigrippal montre un effet protecteur cardiovasculaire : il réduit les exacerbations cardiovasculaires et les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires (HR 0,84 ; IC 95 % : 0,76-0,93), diminue le risque d'infarctus du myocarde dans la majorité des dix études (aOR 0,79-0,84), avec un effet renforcé lorsque les souches vaccinales sont bien appariées ou en cas de stratégie combinée pneumocoque + grippe (HR 0,52 ; IC 95 % : 0,38-0,71). Il contribue également à une baisse du risque de maladie coronarienne (ischémique) dans certains sous-groupes et certaines saisons (OR 0,746 ; IC 95 % = 0,595-0,937 ; HR 0,65 ; IC 95 % = 0,54-0,78) et offre une forte protection contre les syndromes coronariens aigus (aHR 0,41-0,48, jusqu'à 0,20 après ≥ 4 vaccinations). L'effet est particulièrement marqué chez les personnes âgées, avec une relation dose-réponse et une robustesse globale des résultats, malgré quelques exceptions dans des populations fragiles ou de petit effectif.

Impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale

Une revue systématique de la littérature a été réalisée et a permis d'identifier deux publications portant sur l'évaluation de la vaccination antigrippale répétée sur l'efficacité vaccinale en population âgée de plus de 65 ans (Tableau 12) :

1. La RSMA de Jones-Gray *et al.* (2023) (117) décrite dans la section 3.2.1.1 a montré une diminution relative de l'EV de 7 à 18 % chez les personnes (tous âges confondus) vaccinées

deux saisons consécutives (A(H1N1) - 9 %, A(H3N2) - 18 %, influenza B - 7 %), avec un niveau de preuve faible, sans remettre en cause la vaccination annuelle.

2. L'étude test-négatif de Yang *et al.* (2024) (147) est une étude *test-negative* cas-témoins conduite chez des personnes âgées de ≥ 60 ans sur quatre saisons grippales en Chine (2018-2019 à 2021-2022). Elle comparait 1 976 cas de grippe confirmée à 1 976 témoins, en fonction de l'historique vaccinal sur deux saisons consécutives (vaccination de la saison courante seule, vaccination sur deux saisons consécutives, vaccination limitée à la saison précédente ou absence de vaccination). Le critère de jugement étant la grippe confirmée en laboratoire. L'étude n'a pas mis en évidence de diminution significative de la protection conférée par la vaccination antigrippale de la saison courante chez les sujets vaccinés sur deux saisons consécutives, comparativement à ceux vaccinés uniquement la saison courante (ORa 1,22 ; IC 95 % : 0,94-1,58). En revanche, l'absence de vaccination de la saison courante, qu'il s'agisse d'une vaccination limitée à la saison précédente (ORa 1,56 ; IC 95 % : 1,15-2,10) ou d'une absence de vaccination sur deux saisons (ORa 3,39 ; IC 95 % : 2,80-4,09), est associée à un risque accru d'influenza confirmé. Les auteurs concluent que ces résultats soutiennent la recommandation de vaccination annuelle chez les personnes âgées, tout en soulignant les limites inhérentes au design observationnel et au risque de confusion résiduelle.

Tableau 12. Impact de la vaccination répétée en population générale et chez les personnes âgées de plus de 60 ans

Auteurs, année, référence	Type d'étude – Population – Stratégies	Critères étudiés	Résultats	Conclusions/limites
Jones-Gray *et al.*, 2023 (117)	Revue systématique + méta-analyse ; 83 études obs. (41 incluses dans MA) ; saisons grippales 2007-2008 à 2018-2019 Tous âges confondus (enfants, adultes, âgés) Différentes comparaisons des EV : - vaccination courante seule - courante + précédente - précédente seule - non vacciné	Efficacité vaccinale contre grippe confirmée (A(H1N1)pdm09, A(H3N2), B)	ΔEV saison courante et précédente – saison courante seule : • A(H1N1)pdm09 : ΔVE - 9 % (IC 95% : - 16 à - 1 ; 19 études ; I² = 0 % ; certitude faible) • A(H3N2) : ΔVE - 18 % (IC 95 % : - 26 à - 11 ; 30 études ; I² = 7 % ; certitude faible) • Influenza B : ΔVE - 7 % (IC 95 % : - 14 à 0 ; 22 études ; I² = 0 % ; certitude faible)	Les données ne remettent pas en question la politique vaccinale annuelle Certitude faible/très faible (GRADE) liée au schéma des études (observationnelles) ; risque de biais (confusion, statut vaccinal auto-reporté, données manquantes). Pas d'estimation par âge, les études incluses portent sur l'ensemble des tranches d'âge. Hétérogénéité élevée des résultats des méta-analyses. Informations non disponibles de manière systématique dans les études sur correspondance entre la souche circulante et la souche vaccinale, dont non intégrées dans les résultats des MA.
Yang *et al.*, 2024 (147)	Étude test-négatif cas-témoins, ≥ 60 ans, saisons 20182019 à 2021-2022 ; appariement 1:1 hôpital + date de test ; ajustement PS + régression logistique	Efficacité vaccinale sur les cas de grippe confirmée	Courante + précédente *vs* courante seule : ORa 1,22 (0,94-1,58) Précédente seule *vs* courante seule : ORa 1,56 (1,15-2,10) Non vacciné 2 saisons *vs* courante seule : ORa 3,39 (2,80-4,09)	La vaccination sur deux saisons consécutives n'est pas associée à une diminution significative de la protection par rapport à la vaccination de la saison courante seule. Étude observationnelle limitée à deux saisons, sans sous-typage virologique.

Place des vaccins haute dose et adjuvanté chez les personnes âgées de 65 ans et plus

Rappel des principaux résultats du rapport HAS 2025 (148)

Depuis mai 2025, la HAS recommande que les vaccins Efluelda et Fluad soient utilisés préférentiellement chez les personnes de 65 ans et plus par rapport aux vaccins à dose standard disponibles dans cette population, dans le cadre de la stratégie vaccinale française vis-à-vis de la grippe saisonnière. Cette recommandation préférentielle n'exclut pas les vaccins à dose standard de la stratégie vaccinale antigrippale des personnes âgées de 65 ans et plus. Elle a été établie sur la base d'une efficacité vaccinale relative supérieure pour les vaccins adjuvantés et les vaccins haute dose par rapport aux vaccins standards.

Concernant l'efficacité vaccinale relative (EVr) des vaccins HD *versus* SD (quadrivalents et trivalents)

- Sur le premier critère de jugement, à savoir la réduction du nombre de décès : pas d'estimation de l'efficacité vaccinale relative pour les décès uniquement liés à la grippe (confirmée en laboratoire ou pas) :
  - les estimations de l'efficacité vaccinale relative sur les décès toutes causes : deux estimations rapportées : une différence non significative issue de la méta-analyse de Skaarup *et al.* (149) (2 % [- 2 ; 5]) et une estimation significative dans le cadre de l'essai clinique DANFLU1 (49 % [11 ; 71]) (0,3 % dans le groupe vaccin HD contre 0,7 % dans le groupe vaccin SD) ;
  - l'EVr sur la réduction des décès liés à la grippe ou aux pneumonies variait de - 4 % [- 98 ; 89] à 36 % [10 ; 62] et, sur la réduction des décès associés à une maladie cardiorespiratoire, de 1 % [- 12 ; 15] à 25 % [12 ; 38]. Ces estimations sont issues d'une seule étude : Young-Xu *et al*. (150).
- Sur le deuxième critère de jugement, à savoir la réduction du nombre d'hospitalisations, deux méta-analyses dont une qui ne prend en compte que les essais randomisés (Skaarup *et al.*) montrent une meilleure protection des vaccins HD. Pour Skaarup *et al.* (149), la réduction des hospitalisations pour pneumonie ou grippe et des hospitalisations toutes causes chez les ≥ 65 ans était respectivement de 23 % [12 ; 33] et 7 % [4 ; 10]. Lee *et al.* (151) rapportent une efficacité supérieure du vaccin HD entre 11 % [7 ; 15] et 28 % [12 ; 40] selon le critère. Une étude (Bricout *et al.* (152)) rapporte une efficacité supérieure du vaccin HD de 23 % [8 ; 36]. Une autre étude (Johansen *et al*. (153)) rapporte une EVr de 64 % [24 ; 85] des hospitalisations pour grippe (non confirmée en laboratoire)/pneumonie. Deux études (Doyle *et al.* (154), repris dans la revue systématique de l'ECDC, et Yaron *et al*. (155)) rapportent des résultats non significatifs. Une dernière étude (Paudel *et al*. (156)) rapporte des résultats qui varient en fonction de la saison et période grippale considérée, l'EVr variant de - 9 % [- 24 ; 4] à 17 % [14 ; 20].
- Sur le troisième critère de jugement, à savoir la réduction du nombre de passages aux urgences : une seule estimation de l'efficacité vaccinale relative à 10 % [7 ; 14] (Lee *et al*. (157)). À noter que le critère de jugement dans la méta-analyse combinait à la fois les hospitalisations et les passages aux urgences pour grippe ou pneumonie.
- Sur le quatrième critère de jugement, à savoir la réduction du nombre de cas de grippe confirmés en laboratoire, trois études rapportent des résultats d'estimation de l'efficacité vaccinale relative :

- la méta-analyse de Lee *et al.* (157) estime cette EVr à 14 % [4 ; 23] ;
- la revue systématique de l'ECDC (158) estime cette EVr à 24 % [11 ; 36]. À noter que la différence absolue du risque de survenue des cas de grippe entre les vaccins HD et les vaccins SD est estimée à 0,5 % ;
- la dernière étude, de Paudel *et al.* (156), présente une EVr variant de - 9 % [- 24 ; 4] à 17 % [14 ; 20], dépendant de la saison et de la période grippale considérée.

– Sur le cinquième critère de jugement, à savoir le nombre de cas de grippe non confirmés en laboratoire ou consultations pour syndrome grippal : une estimation de l'EVr de 14 % [4 ; 23] est retrouvée (Lee *et al.* (157)). Il faut cependant noter que, dans cette étude, les cas de grippe probables ont été groupés aux cas de grippe confirmés en laboratoire.
– Sur le sixième critère de jugement, à savoir le taux de déclin fonctionnel, aucune étude rapportant une estimation de l'EVr n'a été identifiée. Dans sa précédente recommandation, la HAS avait identifié une étude où le résultat était non significatif.

Concernant l'efficacité vaccinale relative (EVr) des vaccins ADJ *versus* SD (quadrivalents et trivalents)

– Sur le premier critère de jugement, à savoir la **réduction du nombre de décès** : l'efficacité vaccinale relative des vaccins adjuvantés comparés aux vaccins à dose standard (trivalents ou quadrivalents) sur la réduction du nombre de décès (toutes causes, pour causes respiratoires ou pour grippe biologiquement confirmée) n'a pas été rapportée dans les études susmentionnées.
– Sur le deuxième critère de jugement, à savoir la **réduction du nombre d'hospitalisations** :
- une étude (Pott *et al*. (159)) rapporte une estimation de l'effet des vaccins adjuvantés non significative : OR = 0,9 [0,7 ; 1,0] ;
- quatre études rapportent des EVr sur la réduction des hospitalisations et passages aux urgences variant de 3,6 % [0,7 ; 6,4] à 13,4 % [5,1 ; 21,1] (160-163) ;
- l'étude de Amaral de Avila Machado *et al*. (161) rapporte des résultats non significatifs : aHR = 0,88 [0,7 ; 1,1]. Concernant les autres motifs d'hospitalisation, les EVrs varient de 8,9 % [6,5 ; 11,2] (Levin *et al*. (164)) à 59,2 % [14,6 ; 80,5] (Domnich *et al.* (165)).

– Sur le troisième critère de jugement, à savoir la **réduction du nombre de passages aux urgences** : les résultats sont identiques à ceux du deuxième critère de jugement. Les deux critères étant confondus dans les analyses.
– Sur le quatrième critère de jugement, à savoir la **réduction du nombre de cas de grippe confirmés en laboratoire**, trois études ont permis d'estimer l'effet des vaccins adjuvantés :
- dans l'étude de O Murchu *et al.* (166), les résultats sont non significatifs variant de 42 % [- 8 ; 69] à 19 % [- 10 ; 41]. L'étude de Gravenstein *et al.* (167) rapporte une estimation non significative également (OR : 0,76 [0,56 ; 1,02]) ;
- dans la revue systématique de l'ECDC (158), la majorité des estimations étaient non significatives. Seule l'étude de Rondy *et al.* rapporte des estimations de l'EVr significatives sur la souche A/H3N2 (88 % [51 ; 100]) et B (87 % [30 ; 100]).

– Sur le cinquième critère de jugement, à savoir le **nombre de cas de grippe non confirmés en laboratoire ou consultations pour syndrome grippal**, quatre études rapportent des estimations significatives de l'EVr : de 20,8 % [18,4 ; 23,2] à 76 % [59 ; 97] (160, 166-168).
– Sur le sixième critère de jugement, à savoir le **taux de déclin fonctionnel**, une étude rapporte une différence non significative du score ADL : - 4 % [- 35 ; 19] (169).

Données nouvellement identifiées

Quatre articles (170-173) ont été publiés à partir des résultats des essais cliniques randomisés DANFLU-2 et GALFLU et 2 études observationnelles (174, 175) ont été identifiées et analysées depuis la publication de la recommandation de la HAS consacrée à la place des vaccins haute dose et adjuvanté.

L'EVr des vaccins HD en prévention des hospitalisations liées à la grippe est variable en fonction des études, elle s'étend de 5,9 % (IC à 95 % : - 2,1 ; 13,4 ; effet non significatif) à 27,4 % (IC à 95 % : 19,8 ; 34,3 ; estimation significative).

Le présent rapport s'intéressant à l'efficacité vaccinale tous vaccins confondus, les principaux résultats de ces études sont décrits en Annexe 9.

Il convient de rappeler que la population des personnes âgées de 65 ans et plus n'a pas été prise en compte dans le rapport de la HAS datant de 2023 relatif à l'obligation vaccinale, puisqu'il s'agissait des professionnels.

Dans le cadre de la présente recommandation, les principales nouvelles données sur l'EV directe en prévention des cas de grippe confirmée reposent sur une méta-analyse et quatre études :

– 1 méta-analyse : EV : 30,6 % ;
– 4 études en vie réelle (France) : EV : 25,1 % à 42 %.

Ces données indiquent une EV directe réduite chez les personnes âgées, avec un niveau de preuve faible (méta-analyse d'études observationnelles), probablement en lien avec l'immunosénescence.

La méta-analyse d'études observationnelles rapporte une EV de 29 % pour la prévention des hospitalisations toutes causes, 45 % pour les pneumonies et 53 % pour les admissions en unités de soins continus.

Concernant les évènements cardiovasculaires, une revue systématique rapporte une diminution du risque d'infarctus du myocarde observée dans la majorité des dix études analysées (aOR entre 0,79 et 0,84). Ces résultats, reposant sur des études observationnelles hétérogènes exposées à d'importants risques de biais, ne permettent pas de conclure.

Concernant l'impact d'une vaccination répétée annuellement sur l'EV, 2 études ont été retenues :

– 1 méta-analyse décrite au chapitre 3.2.1.2, rapportant des réductions estimées de - 7 % et - 18 % selon les souches, ces estimations n'étant pas spécifiques des personnes âgées ≥ 65 ans et reposant sur un niveau de preuve faible (designs observationnels, hétérogénéité élevée dans le nombre de répétitions et des populations incluses). Les auteurs soulignent que ces résultats ne remettent pas en cause la recommandation de vaccination antigrippale annuelle ;
– 1 étude observationnelle rapporte que la vaccination sur 2 saisons consécutives n'est pas associée à une diminution significative de la protection par rapport à la vaccination de la saison courante seule. À noter, cette étude observationnelle est limitée à 2 saisons, sans sous-typage virologique.

En 2025, la HAS a recommandé l'utilisation préférentielle des vaccins haute dose et adjuvanté chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sur la base d'une EVr supérieure à celle des vaccins standards, notamment sur les hospitalisations. Bien que l'objectif du présent rapport ne soit pas de comparer

l'efficacité des vaccins haute dose et adjuvanté par rapport aux vaccins standards, de nouvelles données ont été identifiées. Leur analyse ne remet pas en cause les conclusions antérieures de la HAS.

3.2.1.4. Efficacité vaccinale indirecte chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité et lors d'une hospitalisation

L'efficacité vaccinale indirecte chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité correspond à la réduction du nombre d'épisodes d'épidémies nosocomiales.

Rappel des principaux résultats du rapport HAS de 2025 relatif à la vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus

L'étude de Gravenstein *et al*. en 2021 portait sur 777 établissements : 387 établissements dans lesquels le vaccin adjuvanté est administré et 390 établissements dans lesquels le vaccin SD est administré. Dans les établissements administrant le vaccin SD, 162 épisodes de clusters ont été recensés, dont 140 confirmés en laboratoire, contre 133 épisodes (dont 115 confirmés en laboratoire) dans le groupe ayant reçu le vaccin adjuvanté. Dans le groupe vaccin adjuvanté, une réduction de 17 % du nombre d'épisodes d'épidémies nosocomiales était observée, qu'ils soient confirmés en laboratoire (RR = 0,83 ; IC 95 % : 0,63-1,06) ou non documentés (RR = 0,83 ; IC 95 % : 0,65-1,05). Après ajustement, cette diminution atteignait 22 % pour les clusters confirmés (RR = 0,78 ; IC 95 % : 0,60-1,02) et 21 % pour l'ensemble des clusters (RR = 0,79 ; IC 95 % : 0,61-0,99) (167).

Données nouvellement identifiées

Aucune nouvelle étude n'a été identifiée.

Les données issues du rapport HAS 2025 (relatif à la vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus) sur l'efficacité indirecte chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en collectivité proviennent principalement de l'essai clinique de Gravenstein *et al.* (2021), qui a rapporté une diminution de 22 % des épisodes d'épidémies de grippe nosocomiale en EHPAD lorsque les résidents recevaient un vaccin adjuvanté plutôt qu'un vaccin standard (RR environ 0,78-0,83 avec des intervalles de confiance larges). Ces résultats sont de nature exploratoire, la mesure du nombre de clusters n'étant pas prévue au protocole. L'étude présente par ailleurs des données manquantes et des biais liés à l'absence de procédure d'insu.

Dans le cadre de la présente évaluation, la mise à jour de la revue de la littérature n'a pas permis d'identifier de nouvelles données sur l'efficacité indirecte dans cette population.

3.2.1.5. Efficacité vaccinale directe en prévention des cas de grippe contractée en milieu de soins

Ce critère vise à évaluer l'efficacité vaccinale directe chez les professionnels et en population générale pour prévenir des cas de grippe survenant chez des personnes exposées dans un milieu de soins, indépendamment de leur statut professionnel ou de patient. Il permet de documenter si la vaccination protège l'individu vacciné contre une grippe associée aux soins ; à distinguer des critères portant sur l'effet indirect de la vaccination des professionnels sur les patients.

En particulier chez les personnes âgées ≥ 65 ans en collectivité, il s'agit de l'EV de sa propre vaccination (et non celle du soignant) sur le risque d'infection nosocomiale.

L'EV directe en prévention des cas de grippe nosocomiale a été estimée dans le cadre d'une étude cas-témoins (95) utilisant des données de surveillance hospitalière active multicentrique, pendant 15 saisons grippales (2004-2020). Les cas étaient définis par la survenue d'un syndrome grippal avec une PCR nasopharyngée positive pour virus influenza, au moins 72 heures après l'admission à l'hôpital et devaient avoir connaissance de leur statut vaccinal (déclaratif). En 15 ans de surveillance, 333 patients d'âge médian de 85 ans ont développé un syndrome grippal après 72 heures d'hospitalisation dont 67 (6,1 %) avec une PCR grippe positive. Les contrôles étaient des patients avec syndrome grippal après 72 heures et PCR grippe négative. La moyenne d'âge des cas et des contrôles était de 85 ans. Le taux de vaccination des contrôles (65,5 %) était plus élevé que celui des cas (44,8 %), p = 0,002. Le risque d'acquisition de grippe nosocomiale était réduit de 58 % par la vaccination (OR : 0,42 ; IC 95 % : 0,22-0,79). Cette étude présente les limites suivantes : nombre faible de cas par saison, recueil déclaratif du statut vaccinal avec risque de mauvaise classification.

Par ailleurs, 2 études non publiées, Nosogrippe et Nosovirus, ont été portées à la connaissance de la CTV par le **Pr P. Vanhems lors de son audition en séance plénière le 17 février 2026.**

Nosogrippe (hôpital Édouard Herriot (HEH)/Hospices civils de Lyon (HEH/HCL)) : il s'agit d'une étude de surveillance continue menée à l'HEH depuis 2004 (hors années Covid-19), portant sur les cas de grippe nosocomiale observés chaque saison, ainsi que sur les couvertures vaccinales des patients et des soignants. Les résultats de cette étude rapportent une réduction du risque de grippe nosocomiale chez les patients et soignants vaccinés : 46/256 (18 %) cas de grippe chez les patients vaccinés contre 51/162 (31 %) chez les patients non vaccinés (p = 0,001) avec un OR brut = 0,48 (0,30-0,76), et 17/141 (12 %) de cas de grippe chez les soignants vaccinés contre 49/199 (25 %) chez les soignants non vaccinés (p = 0,004) avec un OR brut = 0,42 (0,23-0,77).

Nosovirus a été initiée en 2024 sous l'égide de l'ANRS-MIE à la suite de la publication du rapport de la HAS en juillet 2023 portant sur l'actualisation des obligations vaccinales des professionnels. L'objectif principal de cette étude est de caractériser les infections respiratoires virales acquises en milieu de soins (IRVAS) – causées par la grippe, le VRS ou le SARS-CoV-2 –, de décrire la couverture vaccinale antigrippale (des patients et des soignants) et d'en estimer l'impact sur le risque de grippe associée aux soins. Il s'agit d'une étude prospective cas-témoins de type test négatif (*test-negative design)*, multicentrique (Bordeaux, Dijon, Paris, Rennes, Lyon). Les cas sont confirmés par PCR oro/nasopharyngée, des analyses logistiques exprimées par *Odds ratios* (OR ajustés) sont prévues pour les saisons épidémiques de 2024-2025 et 2025-2026 (en cours). L'étude n'est pas terminée, les inclusions sont toujours en cours. Les résultats disponibles actuellement sont issus d'une analyse intermédiaire et ne sont pas exploitables à ce stade.

➔ Les inclusions durant la saison 2024-2025 sont restées limitées et tardives, en dehors du centre lyonnais, et souvent postérieures au pic épidémique. Ces résultats présentent des limites, notamment une puissance encore insuffisante, avec des effectifs faibles. La poursuite des inclusions en 2025-2026 permettra potentiellement de disposer d'estimations plus précises.

Résultats intermédiaires au 31/12/2025

- Chez les patients (Tableau 19) :
  - la couverture vaccinale est plus élevée en gériatrie *vs* autres services (68 % *vs* 33 % ; p < 0,01) ;

- la proportion de sujets vaccinés était de 41 % parmi les cas et 58 % parmi les témoins, sans différence statistiquement significative (p = 0,23) ;
- estimation du risque ajusté de grippe nosocomiale chez les patients non vaccinés : OR = 3,09 (IC 95 % : 0,92-10,45), traduisant une tendance à un risque accru chez les non-vaccinés, mais avec un intervalle de confiance large recouvrant 1, en raison de la faible puissance statistique à ce stade.

Tableau 13. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les patients en fonction de leur statut vaccinal

Population totale : 78 patients (âge médian 84 ans)	% vaccinés	% non-vaccinés
Cas grippe confirmée, n = 17	41 % (n = 7)	59 % (n = 10)
Témoins, n = 61	58 % (n = 36)	42 % (n = 25)
OR = 3,09 (IC 95 % : 0,92-10,45)		

– Chez les professionnels de santé (Tableau 20) :
  - couverture vaccinale : 44 % des cas *vs* 58 % des témoins (p = 0,42) ;
  - estimation du risque ajusté de grippe nosocomiale chez les soignants non vaccinés : OR ajusté = 2,5 (IC 95 % : 0,55-11,5). L'effet est cohérent avec une tendance protectrice de la vaccination, mais la taille d'échantillon (n = 10 cas) est insuffisante pour conclure.

Tableau 14. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les professionnels de santé en fonction de leur statut vaccinal

Population totale : 88 patients (âge médian 31 ans)	% vaccinés	% non-vaccinés
Cas (grippe confirmée) n = 10	44 % (n = 4)	56 % (n = 6)
Témoins n = 78	58 % (n = 45)	42 % (n = 33)
OR = 2,5 (IC 95 % : 0,55-11,5)		

Ces données, qui relèvent d'une analyse intermédiaire, doivent être interprétées avec prudence, en raison de leur caractère exploratoire, de la faiblesse des effectifs et de la précision des estimations obtenues. Ils ne permettent pas de conclure sur l'éventuel effet protecteur de la vaccination des professionnels sur les patients. Les résultats pourraient être disponibles pour début 2027 si les inclusions se poursuivent comme prévu.

Une étude cas-témoins (*test-negative design*) a été identifiée dans le cadre de ce rapport (95). Elle rapporte un effet positif de la vaccination chez les personnes âgées de plus de 65 ans sur la réduction du risque de grippe nosocomiale. L'efficacité vaccinale observée pour la prévention de la grippe nosocomiale en milieu hospitalier est estimée à 58 % (OR : 0,42 ; IC 95 % : 0,22-0,79). Toutefois, le niveau de preuve de ces résultats est jugé faible (effectif restreint, recueil déclaratif du statut vaccinal).

Par ailleurs, 2 études non publiées, Nosogrippe et Nosovirus, ont été portées à la connaissance de la CTV par le Pr P. Vanhems lors de son audition en séance plénière le 17 février 2026.

– L'étude de surveillance continue Nosogrippe, menée depuis 2004 à Lyon, rapporte que chez les patients, les cas de grippe nosocomiale sont de 31 % chez les non-vaccinés et de 18 % chez les

vaccinés (OR = 0,48, p = 0,001). Chez les soignants, les cas de grippe contractée à l'hôpital sont de 12 % chez les vaccinés et de 25 % chez les non-vaccinés (OR = 0,42, p = 0,004).

– L'étude Nosovirus, lancée en 2004 (ANRS-MIE), vise notamment à estimer l'impact de la vaccination antigrippale en milieu de soins. Chez les patients, les données rapportent une tendance à un risque accru de grippe nosocomiale chez les non-vaccinés par rapport aux vaccinés [OR = 3,09 (IC 95 % : 0,92-10,45)]. Chez les soignants, les données rapportent une tendance à un risque accru de grippe contractée à l'hôpital chez les non-vaccinés par rapport aux vaccinés [OR = 2,5 (IC 95 % : 0,55-11,5)].

Les résultats de ces 2 études restent toutefois exploratoires et ne permettent pas de conclure.

3.2.2. Sécurité

Conclusions des rapports HAS 2023 et 2025

Le vaccin antigrippal est généralement bien toléré. Les effets indésirables les plus couramment rapportés sont ceux fréquemment attendus après une vaccination (douleur/réaction au site d'injection, céphalées, myalgies et malaise).

Par ailleurs, l'ANSM a confirmé qu'en date du 11 février 2025, aucun signal de sécurité n'avait été détecté avec les vaccins haute dose et adjuvanté.

Données nouvellement identifiées

La HAS a sollicité l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour obtenir un bilan actualisé des données de pharmacovigilance concernant les vaccins utilisés en population générale, ainsi que les versions spécifiques, utilisées préférentiellement chez les personnes âgées.

Dans le cadre de la campagne vaccinale contre la grippe en France, l'ANSM a mis en place une enquête de pharmacovigilance depuis 2018 couvrant chaque année de campagne.

Le dernier rapport d'enquête couvre la campagne vaccinale 2024-2025, avec un recueil des données jusqu'au 31 mai 2025. Ce rapport a été présenté et discuté en septembre 2025 au Comité scientifique permanent pharmaco-surveillance et bon usage (CSP) – Formation restreinte expertise et bon usage de l'ANSM (176).

À l'issue de cette enquête, aucun signal de sécurité au niveau national n'a été détecté. L'enquête se poursuit pour la campagne vaccinale 2025-2026 avec un suivi spécifique des atteintes inflammatoires cardiaques et des amyotrophies névralgiques.

Par ailleurs, dans le cadre de cette surveillance des vaccins contre la grippe, l'ANSM suit également les données de sécurité disponibles à l'international, issues des rapports européens (PSUSA – *Periodic Safety Update Report Single Assessment*). Pour les vaccins Eflueda, Fluad, Influvax, Vaxigrip et Flucelvax, l'analyse des derniers PSUSA (données au 15/03/2025, validées le 02/10/2025 par le Comité d'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance – PRAC – *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee*) indique qu'aucun signal de sécurité n'a été identifié.

En conclusion, l'ANSM confirme que le profil de sécurité des vaccins contre la grippe utilisés en France correspond à leurs RCP respectifs.

Concernant la sécurité des vaccinations répétées, une étude observationnelle a été conduite à Shanghai (2020-2022) (177) chez des personnes âgées ≥ 60 ans, à partir des registres municipaux de

vaccination et de surveillance des AEFI (évènements indésirables post-immunisation). L'objectif était de décrire la couverture vaccinale, les déterminants de la revaccination annuelle et la sécurité de la vaccination répétée. La couverture moyenne était faible (4,1 %, correspondant à 29 200 personnes vaccinées sur les deux saisons), mais la part de vaccinations répétées est passée de 28,35 % (2020) à près de deux tiers (2021-2022). Aucune augmentation du risque d'AEFI n'a été observée chez les revaccinés, avec des taux comparables aux non-revaccinés (129,6 *vs* 113,7/100 000 doses ; p = 0,617), les évènements étant majoritairement bénins. Aucune alerte de sécurité associée à la vaccination antigrippale répétée chez les personnes âgées n'a été par ailleurs rapportée.

Les vaccins antigrippaux, y compris les vaccins haute dose et adjuvanté utilisés chez les personnes âgées, présentent un profil de sécurité favorable. Les effets indésirables observés sont principalement bénins et attendus. Aucun signal de sécurité n'a été identifié par l'ANSM, ni par les évaluations européennes récentes.

Concernant la sécurité des vaccinations répétées, l'étude observationnelle identifiée ne met pas en évidence de signal de sécurité associé à la vaccination antigrippale répétée chez les personnes âgées de 60 ans et plus (n = 29 200), avec des taux d'évènements indésirables post-immunisation comparables entre revaccinés et non-revaccinés. Toutefois, le niveau de preuve de cette étude est jugé faible.

Conclusion sur la balance bénéfices/risques des vaccins antigrippaux

Pour l'ensemble des critères analysés, les données identifiées sont caractérisées par d'importantes limites méthodologiques, ce qui conduit à un niveau de preuve généralement faible rendant difficile l'interprétation des résultats. L'efficacité directe du vaccin contre la grippe est difficile à évaluer avec précision. Elle est variable d'une année à l'autre selon le degré de concordance entre les souches en circulation et celles incluses dans le vaccin, elle dépend également des caractéristiques des populations vaccinées – notamment l'âge et l'état de santé sous-jacent – qui peuvent influencer la capacité à produire une réponse immunitaire optimale, comme c'est le cas chez les personnes immunodéprimées.

Les estimations d'efficacité vaccinale récentes rapportent ainsi une performance modérée mais fortement dépendante de la concordance entre les souches circulantes et vaccinales. Par ailleurs, la qualité méthodologique des études identifiées est faible à modérée.

Population des professionnels

Efficacité directe

Les données relatives à l'efficacité vaccinale directe reposent principalement sur des études menées en population générale, chez des adultes de 18-64 ans, non spécifiques aux professionnels. L'efficacité vaccinale en vie réelle contre les cas de grippe confirmée varie entre 41 % et 76 % sur les trois dernières années. Les méta-analyses rapportent des EV autour de 40-67 %. Les EV contre les hospitalisations toutes causes et la survenue de pneumonie sont respectivement de 38 % et 42 %, selon une méta-analyse. L'EV directe contre la grippe confirmée, les hospitalisations et la survenue d'une pneumonie chez l'adulte est modérée. La qualité méthodologique des études est faible à modérée.

Efficacité indirecte

L'efficacité indirecte chez les professionnels correspond à la réduction du risque d'infection chez des sujets non vaccinés contacts de personnes vaccinées, tous âges confondus, hors contexte de soins.

En population générale, les études suggèrent un effet indirect possible de la vaccination en prévention de la survenue d'infections grippales. Ce critère est principalement documenté chez les enfants, avec des estimations non toujours significatives (OR ≈ 0,62) mais rapportant parfois une réduction des infections chez les contacts non vaccinés (OR ≈ 0,57). Les modélisations indiquent qu'avec une efficacité vaccinale de 40-60 % et une couverture d'environ 50 %, la réduction globale des cas pourrait atteindre 33-42 %.

Chez les personnes hébergées en milieu de soins, les revues rapportent peu ou pas d'effet sur la grippe confirmée ou les hospitalisations, mais un effet probable sur les infections respiratoires basses (RD ≈ - 2 %) et la mortalité toutes causes (RR ≈ 0,69). Les données disponibles sur l'impact de la vaccination des professionnels de santé pour protéger les patients sont limitées, avec des critères de jugement non spécifiques à la grippe, et présentent un niveau de preuve faible à modéré.

Enfin, les études observationnelles suggérant un lien entre augmentation de la couverture vaccinale des soignants et baisse des infections nosocomiales reposent sur un faible niveau de preuve et ne permettent pas d'identifier un seuil de couverture efficace.

Personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité

Efficacité directe

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, l'efficacité vaccinale tous vaccins confondus est plus modérée que celle observée chez l'adulte jeune.

L'efficacité vaccinale en vie réelle contre les cas de grippe confirmée varie entre 25,1 % et 42 % sur les trois dernières années. Une méta-analyse rapporte une EV de 30,6 %. Une méta-analyse d'études observationnelles rapporte une EV de 29 % pour la prévention des hospitalisations toutes causes, 45 % pour les pneumonies et 53 % pour les admissions en unités de soins continus.

Ces données indiquent une EV directe réduite chez les personnes âgées, probablement en lien avec l'immunosénescence. Le niveau de preuve est faible à modéré (méta-analyse sur études observationnelles).

Les vaccins Efluelda et Fluad sont recommandés préférentiellement chez les personnes de 65 ans et plus. Cette recommandation a été établie sur la base d'une efficacité vaccinale relative supérieure pour les vaccins adjuvantés et les vaccins haute dose par rapport aux vaccins standards, notamment sur la prévention des cas de grippe et sur la prévention des hospitalisations. Bien que l'objectif du présent rapport ne soit pas de comparer l'efficacité des vaccins haute dose et adjuvanté par rapport aux vaccins standards, de nouvelles données ont été identifiées, ne remettant pas en cause les conclusions antérieures de la HAS.

Efficacité indirecte

L'efficacité vaccinale indirecte chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité correspond à la réduction du nombre d'épisodes d'épidémies nosocomiales.

Des résultats d'essai clinique rapportent une diminution de 22 % des épisodes d'épidémies de grippe nosocomiale en EHPAD lorsque les résidents recevaient un vaccin adjuvanté plutôt qu'un vaccin standard (RR environ 0,78-0,83 avec des intervalles de confiance larges). L'étude compare l'efficacité relative de différents types de vaccins, ces résultats sont donc de nature exploratoire, la mesure

du nombre de clusters n'étant pas prévue au protocole. Ces résultats sont de faible niveau de preuve.

Efficacité vaccinale directe en prévention de cas de grippe contractée en milieu de soins

L'efficacité vaccinale directe peut également être mesurée en prévention du risque d'infection grippale contractée en milieu de soins. En particulier chez les personnes âgées ≥ 65 ans en collectivité, il s'agit de l'EV de sa propre vaccination (et non celle du soignant) sur le risque d'infection nosocomiale.

Une étude observationnelle rapporte une efficacité vaccinale pour la prévention de la grippe nosocomiale en milieu hospitalier à 58 % (OR : 0,42 ; IC 95 % : 0,22-0,79). Toutefois, le niveau de preuve de ces résultats est jugé faible (effectif restreint, recueil déclaratif du statut vaccinal).

Impact de la vaccination répétée

La vaccination antigrippale répétée annuellement pourrait être associée à une diminution modeste de l'EV selon les résultats d'une méta-analyse reposant sur des études observationnelles caractérisées par une forte hétérogénéité tant du nombre de vaccinations antérieures que des populations étudiées, et par un niveau de preuve globalement faible.

Les données d'immunogénicité sont concordantes, montrant dans certains cas des titres d'anticorps plus faibles après des vaccinations répétées, tout en conservant des niveaux de séroprotection jugés satisfaisants.

Compte tenu des limites de ces données, les résultats ne remettent pas en cause la recommandation de vaccination antigrippale annuelle.

Sécurité des vaccins antigrippaux

Le vaccin antigrippal est bien toléré. Les effets indésirables les plus couramment rapportés sont ceux fréquemment attendus après une vaccination (douleur/réaction au site d'injection, céphalées, myalgies et malaise). La vaccination annuelle n'a pas d'impact sur la sécurité des vaccins contre la grippe.

3.3. Impact de la vaccination antigrippale sur les capacités du système de soins

La vaccination antigrippale exerce un impact direct sur les capacités du système de soins en contribuant à réduire le nombre de cas de grippe et en particulier de formes sévères. Elle limite ainsi mécaniquement le recours aux consultations en médecine de ville, les passages aux urgences, les hospitalisations, ainsi que les admissions en réanimation observées lors des saisons épidémiques.

3.3.1. Chez les professionnels

Impact de la vaccination des professionnels sur le taux d'absence liée aux arrêts maladie

À noter, les données disponibles concernent exclusivement les professionnels de santé.

Au-delà de l'impact direct de la vaccination sur les capacités du système de soins, notamment par la réduction du nombre de cas de grippe et en particulier de formes sévères, décrit dans les chapitres précédents, cette section est consacrée à l'analyse de son impact indirect. Celui-ci repose principalement sur la réduction des arrêts maladie liés à la grippe chez les professionnels de santé, un critère couramment désigné dans la littérature sous le terme d'« absentéisme ».

Rappel des études analysées dans le rapport HAS 2023 et ses conclusions

Quatre études identifiées, dont une méta-analyse, ont analysé l'impact de la vaccination antigrippale des soignants en milieu de soins sur leurs absences liées aux arrêts maladie.

- La méta-analyse d'Imai *et al.* (2018) (178) rapporte que la vaccination antigrippale des soignants est associée à une réduction d'environ 18 % de l'absentéisme toutes causes confondues par rapport aux non-vaccinés, sans que cette diminution atteigne le seuil de significativité (RR : 0,82 ; IC 95 % : 0,67-1,00). En revanche, elle met en évidence une réduction significative de l'incidence de la grippe (- 60 % ; RR = 0,40 ; IC 95 % : 0,23-0,69) ainsi que des absences liées à la grippe (- 38 %, RR = 0,62, IC 95 % : 0,45-0,85), malgré une hétérogénéité importante entre les études (I^2 = 79 %).
- L'étude de Gianino *et al.* (2021) (179) rapporte que les soignants vaccinés présentent un excès d'absentéisme significativement moins important que les soignants non vaccinés (1,74 contre 2,71 jours/personne), par rapport à la période non épidémique.
- L'étude de Gianino *et al.* (2017) (180) rapporte que le taux d'absentéisme chez les soignants non vaccinés pendant les périodes épidémiques était environ 1,5 fois plus élevé que celui observé chez les soignants vaccinés. Les augmentations absolues et relatives étaient respectivement de 2,01 jours/personne et d'environ 70 %.
- L'étude d'Antinolfi *et al.* (2020) (181) rapporte que, pendant la phase épidémique, les soignants non vaccinés ont perdu 2,47/100 personnes-jours de travail contre 1,92/100 personnes-jours de travail chez les soignants vaccinés ($p < 0,001$).

L'ensemble des études analysées, de faible niveau de preuve, ont convergé vers un effet positif de la vaccination antigrippale des soignants sur leurs absences liées aux arrêts maladie, par rapport aux soignants non vaccinés.

Données nouvellement identifiées

Une revue systématique de la littérature a permis d'identifier les publications portant sur l'impact de la vaccination sur les absences liées aux arrêts maladie[24]. La recherche documentaire a couvert la période suivant la publication du dernier rapport de la HAS relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe, soit du 1er janvier 2023 au 16 décembre 2025. L'ensemble des études identifiées portent sur les professionnels de santé exerçant en établissement. Le diagramme de sélection des études est détaillé dans la Figure 3.

[24] Dans le rapport, est utilisé le terme « absentéisme », tel qu'employé dans la littérature scientifique, pour désigner les arrêts maladie liés à la grippe.

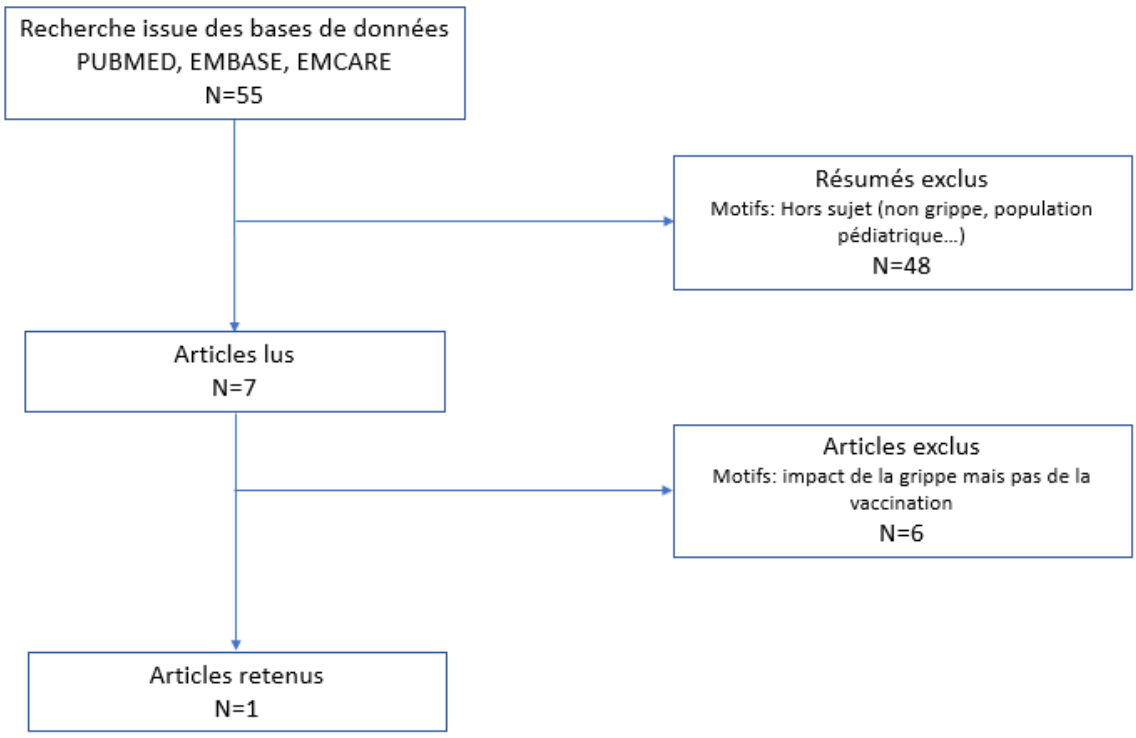

Figure 3. Diagramme de sélection des études relatives à l'impact de la vaccination des professionnels de santé sur le système de soins

Une seule étude a été retenue (97). Publiée en 2025 et menée en Europe, elle rapporte une efficacité vaccinale ajustée de près de 70 % parmi les professionnels de santé avec au moins un épisode d'absence attribuée à la grippe. Le détail des résultats est présenté dans le Tableau 15. Cette étude confirme les données antérieures en faveur d'une efficacité vaccinale antigrippale des soignants sur les absences liées aux arrêts maladie.

Tableau 15. Étude retenue pour l'impact de la vaccination des professionnels de santé sur le système de santé

Auteurs, année, référence	Population d'étude	Objectif de l'étude	Critère de jugement principal	Principaux résultats	Commentaires méthodologiques
Maltezou *et al.*, 2025 (97)	5 752 professionnels de santé (PS) dans 4 hôpitaux tertiaires en Grèce Saison grippale 2022-2023 (14/11/2022-28/05/2022)	Estimer l'efficacité du vaccin contre la grippe sur l'absentéisme chez les professionnels de santé	Incidence des épisodes d'absentéisme imputés à une IRA confirmée en laboratoire et estimation de l'EV contre cet absentéisme	– 1 332 (23,1 %) PS ont reçu une vaccination antigrippale sur la saison – 1 029 épisodes d'absentéisme dont 95 (9,2 %) liés à une grippe confirmée – EV ajustée parmi les PS ayant eu un épisode d'absentéisme lié à la grippe : 69,9 % (IC 95 % : 39,3-85,1, p = 0,001)	Étude de cohorte prospective observationnelle Pas de détection systématique des infections (seuls les PS symptomatiques sont testés)

IRA : infection respiratoire aiguë ; PS : professionnels de santé.

À noter, une étude de 2026 a été identifiée après la mise à jour de la revue systématique et menée par la même équipe. Elle porte sur 5 525 épisodes d'absence attribuée à la grippe entre 2020-2021 et 2024-2025, et rapporte une efficacité vaccinale de 44,8 % (IC à 95 % : 22,8-60,6), confirmant un impact protecteur de la vaccination antigrippale des soignants sur les arrêts maladie liés à la grippe (182).

Impact de l'augmentation de la couverture vaccinale des professionnels sur le taux d'arrêts maladie toutes causes et ceux liés à la grippe

Rappel des études analysées dans le rapport HAS 2023 et ses conclusions

- Pereira *et al.* (183) ont étudié en 2017 l'association entre les taux d'arrêt de maladie des soignants au Royaume-Uni, les taux de vaccination du personnel et l'efficacité du vaccin contre la grippe dans 223 organismes de santé couvrant environ 800 000 professionnels de santé, et ce pour quatre saisons grippales (2011 à 2015). Le taux global d'arrêt pour maladie était de 4,5 %, les taux annuels de vaccination du personnel entre 44 % et 54 %. Des taux de vaccination plus élevés ont été associés à une réduction des absences pour maladie (taux d'absence pour maladie $\beta = - 0,425$; IC 95 % : - 0,658 à - 0,192, $p < 0,001$). Ainsi, une augmentation de 10 % du taux de vaccination serait associée à une baisse de 10 % du taux d'absentéisme pour cause de maladie.
- Zaffina *et al.* (184) ont réalisé en 2019 une étude rétrospective (saisons 2016-2017 et 2017-2018), dans un hôpital pédiatrique de Rome, portant sur des soignants. Les auteurs ont choisi une durée arbitraire de 5 jours maximum pour définir un arrêt maladie lié à la grippe. Sur chacune des saisons, 2 100 soignants ont été inclus. Les taux de couverture vaccinale des PS étaient de 12,9 % en 2016-2017 et de 17,4 % en 2017-2018. Les résultats indiquent un excès de 0,38 ($p = 0,03$) et un excès de 0,46 ($p = 0,01$) du taux moyen d'absences pour maladie (max 5 jours) chez les soignants non vaccinés au cours des saisons 2016-2017 et 2017-2018 respectivement, comparativement aux soignants vaccinés.
- En 2019, Costantino *et al.* (185) ont analysé les taux de couverture vaccinale contre la grippe et le nombre d'absences au travail des professionnels de santé de l'hôpital universitaire de Palerme, au cours de 12 saisons consécutives, avant et après mise en œuvre de plusieurs initiatives visant à sensibiliser les soignants à la vaccination antigrippale. Après l'introduction de ces stratégies (à partir de la saison 2015-2016), la couverture vaccinale des soignants contre la grippe est passée de 5,2 % (saison 2014-2015) à 37,2 % (saison 2018-2019) ($p < 0,001$). Au cours des saisons grippales « post-intervention », il a été observé une **réduction de 8,8 % ($p < 0,05$) du nombre moyen de soignants absents de leur travail pour maladie, une réduction de 12,9 % ($p = 0,05$) du nombre moyen de jours de travail perdus pour maladie et une réduction non significative du nombre moyen de jours de travail perdus par professionnel de santé (11,1 % ; $p > 0,05$).**

Données nouvellement identifiées

Aucune publication récente n'a été identifiée depuis 2023 dans la littérature concernant l'impact de la couverture vaccinale antigrippale sur les absences liées à la grippe chez les professionnels de santé.

Au-delà de l'impact direct de la vaccination antigrippale sur la réduction des cas de grippe et des formes sévères, décrit dans les chapitres précédents, la présente recommandation analyse son impact indirect sur les capacités du système de soins, notamment via la réduction des arrêts maladie liés à la grippe chez les professionnels de santé.

Impact de la vaccination

Chez les professionnels de santé, pour lesquels des données sont disponibles à propos de l'impact de la vaccination antigrippale sur le taux d'absence liée à la grippe, les données issues du rapport HAS 2023 portaient sur 4 études, dont une méta-analyse. Les résultats de la méta-analyse rapportent

que la vaccination des soignants diminue l'incidence de la maladie (RR = 0,40 ; IC 95 % : 0,23-0,69) et leurs absences liées à la grippe (RR = 0,62 ; IC 95 % : 0,45-0,85). Toutefois, ces résultats reposent principalement sur des études observationnelles hétérogènes, exposées à des risques de biais.

Dans le cadre de la présente recommandation, 2 études, réalisées par la même équipe en Europe, ont été identifiées. Une efficacité vaccinale comprise entre 44,8 % et 69,9 % a été rapportée parmi les professionnels de santé ayant eu un épisode d'absence lié à la grippe. Il s'agit toutefois d'une étude de cohorte observationnelle, dont seuls les professionnels de santé symptomatiques sont testés pour la grippe.

Impact du taux de couverture vaccinale

Concernant l'impact de l'augmentation de la couverture vaccinale sur le taux d'absence, les données issues du rapport HAS 2023 s'appuient sur 3 études observationnelles dont les résultats sont concordants sur le fait qu'une augmentation du taux de vaccination serait associée à une baisse du taux d'absentéisme pour cause de maladie. Par exemple, une des études indique qu'une augmentation de 10 points du taux de vaccination serait associée à une baisse de 10 points du taux d'absences pour cause de maladie toutes causes.

3.3.2. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité

Impact de la vaccination antigrippale sur les systèmes de soins et d'hébergement

La vaccination antigrippale des personnes âgées en collectivité réduit les formes graves et les hospitalisations. La fréquence et l'ampleur des épisodes groupés en EHPAD représentent un important facteur de tension pour les établissements. Durant la période allant de janvier 2023 à juillet 2025, on dénombre 2 235 hospitalisations et 2 182 décès, avec une couverture vaccinale des résidents de 82,2 % en moyenne (données transmises par SpF).

Les données les plus récentes sur ce critère, provenant essentiellement de la surveillance nationale, sont décrites dans le chapitre 3.1.2.

Professionnels

La vaccination des professionnels réduit les arrêts maladie liés à la grippe. Les données analysées dans le cadre de cette recommandation rapportent une efficacité vaccinale contre les arrêts maladie d'environ 70 % (IC 95 % : 39-85) chez les professionnels ayant eu un épisode d'absence attribuée à la grippe. Une étude couvrant plus de 5 500 épisodes d'arrêts maladie sur 2020-2025 rapporte une réduction d'environ 45 %. Les études observationnelles indiquent une incidence de grippe d'environ 2,6-9 % des épisodes d'absence selon les hôpitaux.

Personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité

La vaccination antigrippale des personnes âgées en collectivité réduit les formes graves et les hospitalisations. La fréquence et l'ampleur des épisodes groupés en EHPAD représentent un important facteur de tension pour les établissements.

3.4. Prise en compte des moyens de prévention complémentaires

La prévention des infections respiratoires repose sur une approche globale combinant mesures non pharmaceutiques et mesures pharmaceutiques (principalement la vaccination).

À l'international, l'OMS a conduit en 2019 une revue systématique sur l'efficacité des mesures non pharmaceutiques (NPI) pour réduire la transmission de la grippe (186). La méthode s'appuie sur l'analyse critique d'essais randomisés, d'études observationnelles et de données mécanistiques (travaux qui évaluent les interventions en se fondant sur les modes de transmission du virus – contact, gouttelettes, aérosols – ainsi que sur des approches expérimentales ou de modélisation), complétée par l'évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et des implications éthiques. Sur cette base, seules les mesures disposant d'éléments probants ou d'une plausibilité mécanistique suffisante ont été retenues dans le Tableau 16 lorsqu'elles sont recommandées ou conditionnellement recommandées en situation d'épidémie (hors pandémie) :

- ventilation des espaces, isolement des personnes malades, évitement des foules ;
- hygiène des mains, port du masque chez les personnes symptomatiques, port du masque chez les personnes asymptomatiques ;
- nettoyage des surfaces ;
- mesures d'hygiène respiratoire (tousser dans le coude, utilisation de mouchoirs…).

Ces mesures sont complémentaires à la vaccination, mais peuvent être les seules disponibles en cas d'émergence d'un virus grippal à l'origine d'une nouvelle pandémie grippale.

Les mesures non recommandées en situation épidémique incluent les restrictions des déplacements internes, ainsi que la fermeture d'établissements scolaires ou de lieux de travail, et les conseils aux voyageurs. Par ailleurs, certaines interventions restent non recommandées, quel que soit le contexte épidémiologique : l'utilisation de lampes UV, la modification de l'humidité, la recherche des contacts, la mise en quarantaine des personnes exposées, ainsi que le dépistage et la fermeture des frontières.

En France, les recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) de 2024 rappellent que la prévention de la transmission respiratoire doit s'appuyer sur une analyse de risque intégrant simultanément les caractéristiques de l'agent infectieux, de l'hôte et de l'environnement (187). Dans cette perspective, les mesures barrières constituent un socle permanent, applicable indépendamment du niveau de couverture vaccinale. Le guide précise que, si la vaccination est essentielle pour prévenir les formes graves et contribuer à l'immunité collective, elle ne suffit pas à éliminer le risque de transmission, en particulier lors d'épisodes épidémiques. Le port du masque, ainsi que l'aération et la ventilation des locaux restent donc nécessaires pour limiter la diffusion des particules respiratoires infectieuses, y compris au sein de populations largement vaccinées.

Cette analyse rejoint celle du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), qui, dans son avis d'août 2023, recommande une « conduite syndromique » applicable à l'ensemble des infections respiratoires virales (188). Le HCSP préconise la mise en œuvre de **règles universelles d'hygiène respiratoire : port du masque en situation à risque, aération, isolement des personnes symptomatiques et hygiène des mains** valables pour la population générale et pour les établissements de santé et médico-sociaux. Le HCSP précise que, bien que la vaccination soit indispensable pour prévenir les formes sévères et réduire l'impact global des infections respiratoires, elle ne remplace pas les mesures barrières, rendues nécessaires par la circulation simultanée de plusieurs virus et par la présence de populations vulnérables.

Tableau 16. Mesures de prévention de la transmission de la grippe recommandées par l'OMS, 2019 (186)

Mesures	Recommandations	Qualité des preuves	Force de la recommandation
Hygiène des mains	Recommandée comme partie de l'hygiène générale et prévention des infections ; élimine le virus sur les mains ; réduit les infections respiratoires	Modérée (absence d'efficacité à réduire la transmission ; preuves mécanistiques)	Recommandée
Mesure d'hygiène respiratoire (toux dans les coudes, mouchoirs…)	Recommandée durant toute la période épidémique	Aucune mais plausibilité mécanistique	Recommandée
Masques chez les symptomatiques	Masque chirurgical jetable recommandé pour toute interaction avec d'autres personnes	Modérée (absence d'efficacité à réduire la transmission mais plausibilité mécanistique)	Recommandée
Nettoyage des surfaces	Recommandé ; aucune preuve directe	Faible (absence d'efficacité à réduire la transmission mais plausibilité mécanistique)	Recommandée
Ventilation	Augmenter la ventilation recommandé	Très faible (efficacité à réduire la transmission avec plausibilité mécanistique)	Recommandée
Isolement des personnes malades	Isolement volontaire à domicile ou en établissement selon la gravité pendant 5-7 jours ; recommandé	Très faible (efficacité à réduire la transmission)	Recommandée
Évitement des foules	Recommandé de manière conditionnelle d'éviter les foules lors d'épidémies modérées à sévères	Très faible (efficacité inconnue)	Conditionnelle en cas d'épidémies modérées et sévères
Masques chez les asymptomatiques	Conditionnellement recommandés en cas d'épidémies sévères	Modérée (absence d'efficacité à réduire la transmission mais plausibilité mécanistique)	Conditionnelle en cas d'épidémies modérées à sévères

L'instruction ministérielle du 12 novembre 2025 relative au port obligatoire du masque constitue la mise en œuvre opérationnelle de ces principes (189). Elle rappelle que, lors des épidémies d'infections respiratoires aiguës, le port du masque, associé aux mesures d'hygiène universelles, est un outil essentiel de protection des professionnels, des patients et des visiteurs. **Elle prévoit la possibilité aux établissements d'imposer le port du masque dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, de manière proportionnée au niveau de risque**, tout en soulignant que cette mesure s'inscrit dans une stratégie globale de prévention. L'instruction insiste également sur la nécessité de maintenir les bonnes pratiques d'hygiène indépendamment du statut vaccinal, même lorsque le port du masque n'est pas obligatoire.

> Aucune étude comparant l'efficacité du port du masque et la vaccination antigrippale pour prévenir la grippe saisonnière n'a été identifiée, que ce soit en population générale ou en milieu de soins. Une revue Cochrane de 2025 (135) révèle par ailleurs l'absence de données

sur les co-interventions associées à la vaccination des professionnels (dont le port du masque).

Place de l'oseltamivir dans la prise en charge de la grippe saisonnière

L'oseltamivir est un antiviral utilisé en traitement curatif et en prophylaxie post-exposition ; il ne constitue pas un outil de prévention primaire de la grippe comme c'est le cas pour la vaccination.

1. Avis de la commission de la transparence (190) sur la place de l'oseltamivir dans la prévention antigrippale : rappelle que la vaccination est l'outil de prévention le plus efficace contre la grippe et les complications associées, notamment dans les populations à risques. Une bonne couverture vaccinale, y compris chez les soignants, est indispensable.
2. RCP des spécialités à base d'oseltamivir précisent que « l'oseltamivir n'est pas une alternative à la vaccination grippale » et que « l'utilisation d'antiviraux pour le traitement et la prophylaxie de la grippe doit être déterminée sur la base des recommandations officielles » ; en France, des recommandations sont établies par le HCSP.
3. Recommandations du HCSP (191) : le HCSP rappelle l'importance du respect des mesures d'hygiène pour tous et souligne la place de la vaccination annuelle dans la prévention contre la grippe saisonnière chez les populations à risque.

   Le HCSP recommande l'utilisation de l'oseltamivir, quel que soit le statut vaccinal du patient :

- en curatif : personnes à risque, formes graves, hospitalisation ;
- en préemptif : asymptomatiques à très haut risque après contact étroit ;
- en prophylaxie : personnes à risque âgées de plus d'un an (y compris femmes enceintes) et collectivités de personnes âgées, après contact < 48 h.

Étude expérimentale sur l'impact du masque dans la transmission

Étude de Milton *et al.* (2013) (192) : il s'agit d'une étude observationnelle expérimentale, conduite aux États-Unis, qui a évalué la présence de virus grippal dans l'air expiré chez des adultes ayant une grippe saisonnière confirmée par RT-PCR à partir de prélèvements nasopharyngés. L'étude incluait 37 participants adultes recrutés en population générale. Des prélèvements d'air expiré ont été réalisés sur des périodes de 30 minutes, avec et sans port de masque chirurgical, et distinguaient les aérosols grossiers (> 5 µm) et les aérosols fins (≤ 5 µm).

Les principaux résultats rapportent que de l'ARN viral a été détecté :

- dans 78 % des échantillons de particules fines (29/37) recueillis chez les volontaires lorsqu'ils portaient un masque, et dans 92 % des échantillons (34/37) recueillis lorsqu'ils ne portaient pas de masque ;
- dans 11 % des échantillons de particules grossières (4/37) recueillis chez les volontaires lorsqu'ils portaient un masque, et dans 43 % des échantillons (16/37) recueillis lorsqu'ils ne portaient pas de masque.

Les charges virales détectées dans les aérosols fins étaient en moyenne plus élevées que celles mesurées dans les aérosols grossiers, avec un nombre de copies virales 8,8 fois plus élevé. Le port d'un masque chirurgical était associé à une réduction significative des charges virales exhalées, estimée à un facteur 2,8 pour les aérosols fins (IC 95 % : 1,5-5,2) et à un facteur 25 pour les aérosols grossiers (IC 95 % : 3,5-180). Des corrélations existaient entre les charges virales mesurées dans les

prélèvements nasopharyngés et celles retrouvées dans les aérosols, tant pour les aérosols grossiers (r = 0,17) que pour les aérosols fins (r = 0,29).

D'un point de vue méthodologique, l'étude présente plusieurs limites : un effectif restreint (n = 37), la réalisation de cultures virales uniquement pour la fraction des aérosols fins – la viabilité du virus dans les aérosols grossiers n'ayant pas été évaluée –, l'absence de hiérarchisation explicite des critères de jugement, et l'absence de toute évaluation de la transmission secondaire.

Conclusion sur le critère prise en compte des moyens de prévention existants

Au niveau international, l'OMS rappelle que les mesures non pharmaceutiques doivent rester complémentaires à la vaccination et être mobilisées de manière proportionnée, en fonction des preuves disponibles et du contexte épidémique. Elle souligne qu'aucune mesure isolée n'est suffisante : c'est la combinaison raisonnée des interventions (vaccinales et non pharmaceutiques) qui permet de limiter efficacement la transmission saisonnière.

En France également, le guide de la SF2H, le rapport du HCSP, ainsi que l'instruction ministérielle du 12 novembre 2025 relative au port obligatoire du masque reprennent le même principe, recommandant que la vaccination et les mesures barrières ne doivent pas être opposées mais articulées au sein d'une stratégie intégrée, graduée et proportionnée. La vaccination demeure centrale pour réduire les formes graves et la mortalité, tandis que les mesures barrières contribuent à limiter la transmission et à protéger les personnes les plus vulnérables.

L'utilisation de l'oseltamivir relève de recommandations spécifiques du HCSP, notamment en prophylaxie post-exposition, et ne constitue pas un outil de prévention primaire ni une alternative à la vaccination.

Enfin, une étude expérimentale suggère que le port d'un masque chirurgical est associé à une réduction des charges virales détectées dans l'air expiré. Toutefois, ces résultats sont de nature exploratoire et ne permettent pas de conclure sur l'impact du masque sur la transmission, justifiant la nécessité d'études complémentaires.

3.5. Valeurs et préférences de la population cible

Le terme « d'acceptabilité vaccinale » implique que, lorsqu'une personne ou une communauté a la possibilité de se faire vacciner, elle choisit de le faire. Les facteurs contribuant à l'acceptabilité de la vaccination sont complexes, spécifiques au contexte et varient en fonction du temps, du lieu et du type de vaccin (193).

Selon le *Wellcome Global Monitor* 2018 (enquête Gallup menée dans 144 pays), la défiance vaccinale est plus prononcée dans les pays à haut revenu. Les résultats rapportent qu'en France, un tiers (33 %) des répondants met en doute la sûreté des vaccins et près d'un cinquième (19 %) leur efficacité (7, 194).

L'acceptabilité d'une obligation vaccinale peut être en partie éclairée par la couverture vaccinale observée et les déterminants de l'adhésion ou de l'hésitation vaccinale.

3.5.1. Couverture vaccinale antigrippale

En l'absence d'obligation, la couverture vaccinale constitue un indicateur de l'acceptabilité d'une intervention vaccinale.

> Depuis 2003, la 56e assemblée de l'OMS (195) a fixé un seuil de couverture vaccinale chez les personnes âgées ≥ 50 % en 2006 et ≥ 75 % en 2010 afin de réduire la mortalité et la morbidité liées à la grippe saisonnière et de soutenir la préparation pandémique (surveillance, capacités de production). L'UE a réitéré cette cible en 2009 (196), en demandant aux États membres d'atteindre 75 % chez les personnes âgées et d'améliorer la vaccination des groupes à risque et des professionnels de santé.

3.5.1.1. Couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels

➔ **Dans les établissements de santé (ES)**, la couverture vaccinale antigrippale nationale des professionnels de santé était de :

- 22 % durant la saison 2021-2022 (moyenne) (26) ;
- 19 % durant la saison 2022-2023 (médiane) (197) ;
- 19 % durant la saison 2023-2024 (médiane) (198) ;
- 20 % durant la saison 2024-2025 (médiane) (28).

Les données de Santé publique France mettent en évidence un gradient stable de couverture vaccinale selon les catégories professionnelles, avec des disparités marquées selon les professions, le taux étant le plus élevé chez les médecins. Il est décroissant successivement chez les sages-femmes, les infirmiers et les aides-soignants (199).

➔ **Dans les ESMS**, la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé a été estimée à 22,4 %, et à **21,0 % [20,4-21,7]** en EHPAD durant les saisons 2023-2024 et **2024-2025** (29, 200).

➔ **En particulier sur la saison 2024-2025**, la couverture vaccinale était de :

- 56,3 % [48,5-64,2] chez les médecins ;
- 34,2 % [32,6-35,8] chez les infirmiers ;
- 19,3 % [18,4-20,2] chez les aides-soignants.

➔ **Dans les EHPAD**, la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé a été estimée à (201) :

- 37,2 % durant la saison 2007-2008 ;
- 31,9 % durant la saison 2018-2019 ;
- 30,0 % durant la saison 2021-2022 ;
- 28,1 % durant la saison 2022-2023 ;
- 25,7 % durant la saison 2023-2024 ;
- 24,2 % durant la saison 2024-2025.

Les données de Santé publique France mettent en évidence un gradient stable de couverture vaccinale selon les catégories professionnelles, avec des niveaux décroissants chez les médecins, puis les infirmiers et enfin les aides-soignants.

➔ **En libéral**, aucune donnée officielle issue d'enquêtes nationales n'est disponible pour estimer la couverture vaccinale. Seules des enquêtes, menées sur de faibles effectifs (n = 25 à n = 556 selon les sondages), rapportent une couverture vaccinale plus élevée qu'en établissement, estimée **à 63 % chez les paramédicaux** (202) et comprise **entre 62,9 % et 86,3 % chez les médecins généralistes** selon les régions (203-205).

Ces données mettent en évidence des disparités importantes de couverture vaccinale selon les **catégories professionnelles**, le **niveau socio-économique** et le **type d'établissement**.

Le rapport du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (206), paru en novembre 2025, confirme que la couverture vaccinale contre la grippe, estimée à 25 %, demeure insuffisante parmi l'ensemble des professionnels de santé. Ce faible taux s'expliquerait en partie par l'absence de médecine préventive pour les libéraux et la pénurie de médecins du travail à l'hôpital.

3.5.1.2. Couverture vaccinale antigrippale en population générale et chez les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Chez les résidents en EHPAD, la couverture vaccinale antigrippale était de 83,3 % en 2023-2024 et de **82,7 % [82,2-83,3] en 2024-2025** (29, 200), 63,0 % [55,3-70,7] pour les résidents en EHPA (hors EHPAD) et 68,3 % [65,5-71,1] des résidents en établissements pour personnes handicapées.

La couverture vaccinale contre la grippe **chez les personnes à risque était estimée à 46,5 %** en 2024-2025, avec **53,7 % de couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus** et 25,3 % chez les moins de 65 ans à risque. Ces taux sont globalement stables par rapport à la saison précédente 2023-2024 où la couverture atteignait 47,1 % pour l'ensemble des personnes à risque, avec 54,0 % chez les 65 ans et plus et 25,4 % chez les moins de 65 ans à risque (27, 64).

Il existe, en outre, des différences territoriales au sein des personnes âgées de 65 ans et plus, avec par exemple une meilleure couverture vaccinale antigrippale sur la saison 2024-2025 en Normandie (29,5 %) par rapport à la Corse (18,5 %) ou les départements d'outre-mer, tels que la Martinique (5 %) et la Guadeloupe (7,2 %) (207).

Les premières estimations pour la **saison 2025-2026** (données provisoires arrêtées au 31/12/2025) rapportent une couverture vaccinale **de 53,3 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus** (données transmises par SpF). Cette couverture vaccinale est supérieure à celle observée à la même date pour la saison 2024-2025 pour le régime général : 49,8 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (+ 3,5 points).

Chez les professionnels, la couverture vaccinale antigrippale demeure très insuffisante. Elle est stable entre 19 % et 22 % depuis 2021 en établissements de santé, avec de fortes disparités selon les professions. Le taux est le plus élevé chez les médecins. Il est décroissant successivement chez les sages-femmes, les infirmiers et les aides-soignants. En EHPAD, la couverture vaccinale est en baisse. Elle est passée de 37,2 % en 2007-2008 à 24,2 % en 2024-2025. Le même gradient est observé en EHPAD qu'en ES (médecins, infirmiers, aides-soignants). En libéral, aucune donnée officielle issue d'enquêtes nationales n'est disponible pour estimer la couverture vaccinale. Des enquêtes rapportent des couvertures vaccinales plus élevées qu'en établissement, variant de 63 % à 86 % selon les groupes et les régions, mais ces données reposent sur de petits échantillons.

La couverture vaccinale est élevée chez les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, avec plus de 82 % de couverture vaccinale en EHPAD. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la couverture vaccinale atteint 53-54 % en population générale, en deçà du seuil de 75 % recommandé pour prévenir les formes graves.

3.5.2. Déterminants de l'adhésion ou de l'hésitation vaccinale

3.5.2.1. Chez les professionnels

À l'exception d'enquêtes populationnelles par catégories socioprofessionnelles (cadres *vs* ouvriers) (208) et autres études ciblées (ex. : enseignants) (209), les données disponibles restent essentiellement centrées sur les professionnels de santé.

À l'international

L'hésitation vaccinale est définie par l'OMS comme « l'acceptation tardive ou le refus de vaccins malgré l'offre de services de vaccination » (210).

Elle résulte d'un processus individuel de décision influencé par des attitudes types : les « antécédents psychologiques » (211). Le modèle des 3C développé en 2014 par l'OMS (212) avait identifié 3 antécédents :

- la **confiance** dans les vaccins (efficacité, sécurité…) ou dans les institutions impliquées dans la vaccination (les agences, les décideurs…) ;
- la **complaisance** (perception d'un risque faible d'acquérir la maladie à prévention vaccinale ou d'une faible protection vaccinale) ;
- les **commodités** (difficultés pratiques en termes d'offre de vaccination, accessibilité, coût, attrait des services d'immunisation tels que horaires, lieux, mais aussi le caractère non prioritaire du vaccin *vs* situation sociale par exemple, etc.).

Ce cadre a ensuite été étayé en 2018 par le modèle des 5C, proposé par Betsch *et al.* (213), qui ajoute deux dimensions : **le calcul** (degré de recherche d'information pour prendre une décision fondée sur des données les plus objectives possible) et **la responsabilité collective** (motivation à se vacciner pour protéger autrui).

Dans le guide d'implémentation pour la vaccination des professionnels de santé (214), l'OMS souligne à nouveau que l'adhésion vaccinale par les professionnels de santé est multifactorielle ; elle repose sur un ensemble de déterminants individuels, organisationnels et contextuels. Malgré des recommandations fortes, voire des obligations dans certains cas, l'adhésion reste variable, en fonction des facteurs suivants.

- **Accessibilité et commodité**

La facilité d'accès à la vaccination constitue un levier majeur. Des dispositifs tels que la vaccination sur le lieu de travail, des horaires flexibles ou des campagnes ciblées améliorent significativement la couverture vaccinale.

- **Perception du risque et croyances**

Certains professionnels se considèrent en bonne santé et estiment ne pas avoir besoin de protection, tandis que d'autres craignent la maladie et se vaccinent par précaution. Les doutes sur l'efficacité ou la sécurité des vaccins, ainsi que la peur des effets indésirables freinent l'adhésion, notamment pour la grippe saisonnière. À l'inverse, la confiance dans la sécurité et l'efficacité favorise la vaccination.

- **Expérience antérieure**

L'historique vaccinal influence fortement les comportements : la réception antérieure d'un vaccin (ex. : grippe) augmente la probabilité d'acceptation pour des campagnes ultérieures.

- **Facteurs motivationnels**

Les motivations les plus fréquentes sont la protection personnelle et la peur de la maladie. La protection des patients, des proches et la responsabilité professionnelle renforcent également l'acceptabilité.

Les recommandations de pairs ou de leaders, ainsi que le soutien institutionnel (ex. : congé maladie en cas d'évènements indésirables) sont des incitations puissantes.

- **Normes sociales et influence des pairs**

L'opinion des collègues, des supérieurs et de l'entourage joue un rôle déterminant. Une culture professionnelle valorisant la vaccination et des messages portés par des figures respectées augmentent l'intention vaccinale.

Plusieurs publications internationales abordent la question des déterminants de l'adhésion ou de l'hésitation vaccinale.

L'hésitation vaccinale des professionnels de santé dans les pays occidentaux a été analysée dans une revue narrative publiée en 2022, incluant 39 études quantitatives et qualitatives publiées entre 2015 et 2021 (215), dont 31/39 (79,5 %) provenaient d'Europe. Les déterminants les plus fréquemment rapportés sont les suivants :

- la confiance, notamment vis-à-vis des autorités sanitaires, des experts ou de l'industrie pharmaceutique ;
- le niveau de connaissance sur la vaccination et la perception du rapport bénéfices/risques ;
- l'environnement informationnel et les controverses.

Les auteurs rapportent également une association récurrente entre hésitation vaccinale et moindre probabilité de se vacciner soi-même ou de recommander la vaccination aux patients. Concernant spécifiquement la grippe, les couvertures vaccinales rapportées varient entre 16,6 % en France et 86,2 % en Finlande, selon les études. D'un point de vue méthodologique, les auteurs soulignent l'hétérogénéité importante des définitions et instruments de mesure de l'hésitation vaccinale selon les études, ce qui limite les comparaisons directes des niveaux de prévalence. S'agissant de questionnaires en ligne, un biais de déclaration et un manque de représentativité ne sont pas exclus.

En France

Une étude transversale publiée en 2025 (216) a analysé l'association entre la satisfaction des infirmiers vis-à-vis de leurs conditions de travail et leurs attitudes/comportements liés à la vaccination, notamment contre la grippe saisonnière. Leur confiance envers les autorités, la vaccination et l'efficacité vaccinale a également été étudiée. Sur tous les infirmiers inscrits à l'Ordre national des infirmiers (n = 439 323) invités en février 2023 à répondre à un questionnaire en ligne, 18 888 d'entre eux ont répondu, soit un taux de participation de 4,4 %.

Les principaux résultats rapportent une forte dégradation perçue des conditions de travail (77,4 % déclarent une détérioration depuis la pandémie). Dans cette étude, l'insatisfaction vis-à-vis des conditions de travail est fortement associée aux attitudes vaccinales des infirmiers. On observe qu'au total :

- 47,2 % (n = 8 900) des infirmiers interrogés estiment que les vaccins sont sûrs ;
- 45,7 % (n = 8 551) déclarent faire confiance au ministère pour garantir la sécurité vaccinale ;
- 36,0 % (n = 6 816) se sentent suffisamment formés pour discuter des vaccins avec des patients hésitants.

Concernant la grippe, 41,0 % (n = 6 687) déclarent recommander « toujours » la vaccination aux < 65 ans avec maladie chronique et 14,0 % déclarent que ce n'est pas applicable à leur pratique. Les infirmiers libéraux/mixtes recommandent plus souvent « toujours » que les salariés (50,7 % *vs* 33,1 %).

À noter dans cette étude, le risque de biais de sélection (enquête en ligne, faible taux de participation) et de biais déclaratifs.

Une étude transversale (217) publiée en 2021 a eu pour objectif de décrire, chez les professionnels de santé exerçant en France, les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière (saison 2020-2021) et l'acceptation théorique d'une vaccination contre la Covid-19, ainsi que leurs déterminants. Le questionnaire (21 questions principales, 9 conditionnelles) a été mis en ligne sur le site du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES) du 1er juillet au 16 septembre 2020. Parmi 4 337 répondants, l'analyse a inclus 3 556 personnes dont la profession impliquait un contact direct avec les patients. L'échantillon comprenait notamment 1 379 infirmiers (38,8 %), 883 professions médicales (24,8 %) et 362 aides-soignants (10,2 %).

Concernant la grippe, les déterminants de l'intention de vaccination pour 2020-2021 mis en évidence incluent :

- la catégorie professionnelle ;
- la vaccination antigrippale en 2019-2020 ;
- la régularité de la vaccination sur les trois hivers précédents ;
- des variables liées au contexte Covid-19 (peur d'une seconde vague et conviction qu'une bonne couverture antigrippale aiderait à y faire face).

Après pondération, la prévalence d'intention de vaccination antigrippale sur la saison 2020-2021 était de 80,5 % chez les médecins, 47,1 % chez les infirmiers, 28,0 % chez les aides-soignants et 65,2 % chez les sages-femmes.

Chez les répondants non vaccinés en 2019-2020 et n'envisageant toujours pas la vaccination en 2020-2021 (n = 709), la principale raison déclarée était une efficacité jugée insuffisante (64,7 %), suivie de la crainte des effets secondaires (38,5 %) et de la perception d'une faible utilité (par exemple « pas peur d'être malade » 28,9 %). À l'inverse, parmi les non-vaccinés 2019-2020 qui envisageaient de se vacciner en 2020-2021 (n = 275), les raisons évoquées relevaient principalement de freins d'accès plutôt que d'opposition de principe : manque d'occasions (50,2 %) et oubli (15,3 %), alors que la faible efficacité était moins souvent citée (21,1 %).

À noter, les auteurs indiquent notamment que la couverture antigrippale 2019-2020 observée dans leur échantillon était supérieure d'environ 25 points à celle estimée dans un échantillon national 2018-2019, suggérant un biais de sélection.

Dans une enquête transversale publiée en 2020 (218) et menée en 2017-2018 dans une région d'environ 5 millions d'habitants (sud-est), incluant des infirmiers libéraux et hospitaliers, les comportements de vaccination personnelle et l'hésitation vaccinale, ainsi que leurs facteurs associés ont été analysés. Au total, 1 539 infirmiers ont été interrogés (taux de réponse 85 % ; 400 libéraux et 1 139 hospitaliers). Les principaux résultats rapportent une hésitation vaccinale de 43,6 % des infirmiers (IC 95 % : 38,7-48,4), plus élevée chez les infirmiers hospitaliers (46,7 %) que chez les libéraux (34,8 %). Chez les infirmiers hésitants, l'hésitation vaccinale portait à 54,1 % sur le vaccin grippe saisonnière/A(H1N1), puis à 18,1 % sur l'hépatite B et à 10,4 % sur le HPV. Elle concernait « tous les vaccins » chez 1,6 % des hésitants.

Les déterminants de l'hésitation vaccinale identifiés (analyse multivariée) étaient principalement :

- la faible confiance dans le ministère de la Santé (facteur protecteur si confiance : aOR 0,68 [0,54-0,87]) ;
- une perception élevée des risques vaccinaux (aOR 1,12 [1,07-1,17] par point de score) ;
- le fait d'exercer à l'hôpital (*vs* libéral : aOR 1,38 [1,06-1,80]).

À noter, cette étude a été menée dans le sud-est de la France, ne représentant que 7,5 % de la population française en 2018. Une généralisation à l'ensemble du territoire national est donc délicate.

La même équipe a publié en 2019 une enquête transversale (219) portant sur le même échantillon de 1 539 infirmiers. Elle vise à analyser les comportements d'autovaccination contre la grippe saisonnière et les attitudes, perceptions et connaissances associées.

Les principaux résultats rapportent sur les saisons 2015-2016 et 2016-2017 que 33,6 % déclarent avoir été vaccinés au moins une fois sur l'une des deux saisons (IC 95 % : 31,1-35,9) et 23,6 % déclarent avoir été vaccinés les deux saisons (IC 95 % : 20,8-26,2).

Sur les déterminants de l'hésitation vaccinale/non-vaccination, trois freins principaux ont été observés :

- faible perception de la vulnérabilité personnelle face à la grippe ;
- crainte des effets indésirables ;
- préférence pour l'homéopathie.

Par ailleurs, le GERES en collaboration avec l'École des hautes études de santé publique (EHESP) étudie l'hésitation vaccinale et propose des outils opérationnels destinés à améliorer la couverture vaccinale au sein des équipes. Les travaux du GERES mettent en évidence que l'adhésion vaccinale des professionnels repose avant tout sur des déterminants organisationnels et comportementaux directement actionnables par les établissements (211).

Dans une étude menée en 2014-2015 auprès de professionnels libéraux, les travaux du GERES ont rapporté que l'hésitation vaccinale antigrippale chez les professionnels était plurifactorielle. Elle résulte notamment :

- de la non-perception de la gravité de la maladie ;
- du sentiment d'être personnellement protégé, donc peu concerné par la vaccination ;
- de problèmes organisationnels (accès difficile, manque de disponibilité, logistique insuffisante) ;
- de la non-perception du rôle du soignant dans la transmission de la maladie aux patients et à l'entourage ;
- de la crainte des effets secondaires du vaccin ;
- de l'inquiétude concernant la composition du vaccin ;
- de la peur de la piqûre ;
- du scepticisme sur l'efficacité du vaccin (« absence d'efficacité ressentie ») ;
- de la remise en cause des autorités sanitaires et des recommandations.

Au contraire, les facilitateurs sont les suivants :

- la protection personnelle ;
- la protection de l'entourage et des patients ;
- le fait de considérer le vaccin comme sûr et efficace et sa disponibilité ;
- la crainte de l'arrêt de travail.

L'étude ConjointVac Soignants a été menée de juin à septembre 2018 par auto-questionnaire en ligne afin d'analyser les préférences vaccinales des soignants français, notamment vis-à-vis de la grippe. Les conclusions de l'étude étaient que les principaux déterminants de la prise de décision en matière de vaccination parmi les professionnels de santé étaient les considérations de sécurité vaccinale et l'existence d'une polémique autour du vaccin, qui avait un impact aussi négatif qu'un effet indésirable grave confirmé (211).

Plus récemment, l'étude VAX Action (220), encore en cours, vise à accompagner les professionnels de santé dans leur communication autour de la vaccination contre la grippe saisonnière. Les principales données rapportent que l'incitation fonctionne surtout lorsque la vaccination devient simple, accessible et intégrée au fonctionnement des services. Les leviers opérationnels les plus efficaces identifiés par l'étude sont les suivants :

- vaccination directement sur le lieu de travail, idéalement au plus près des unités de soins ;
- présence d'équipes mobiles ou de professionnels dédiés à la campagne ;
- amplitude horaire élargie, incluant les équipes de nuit et les services à forte activité ;
- communication claire, non injonctive, appuyée par les responsables institutionnels et les pairs ;
- modélisation positive : implication de soignants référents, rôle des leaders informels ;
- visibilité de la démarche dans l'établissement sans stigmatiser les non-vaccinés.

L'étude insiste sur le fait que la seule diffusion d'informations ne suffit pas : c'est la combinaison d'un environnement facilitant et d'une communication adaptée qui crée les conditions d'une progression effective de la vaccination.

Enfin, d'autres actions ont été décrites à l'hôpital, comme des dispositifs locaux d'amélioration de l'accès à la vaccination avec la nomination de référents vaccination, et des campagnes multicanales (affiches ludiques, fond d'écran d'ordinateurs invitant à la vaccination antigrippale…).

3.5.2.2. En population générale

Chez les usagers, l'adhésion ou l'hésitation vaccinale résulte d'un ensemble de déterminants souvent interdépendants (210, 214, 221, 222).

- **Confiance** : dans les vaccins, les autorités et les professionnels de santé ; la recommandation claire d'un soignant (notamment d'un médecin) est un levier majeur d'adhésion.
- **Contraintes/accessibilité** : facilité d'accès (lieu, horaires), coûts indirects, délais, prise de rendez-vous ; toute friction logistique alimente l'hésitation.
- **Complaisance/perception du risque** : faible perception de la gravité ou de la probabilité d'infection qui réduit l'intérêt perçu pour la vaccination.
- **Calcul/balance bénéfices/risques** : évaluation personnelle de l'efficacité et de la sécurité des vaccins, influence des informations disponibles (qualité, clarté, transparence).
- **Responsabilité collective/normes sociales** : normes au sein du groupe (famille, pairs, communauté) et exemplarité des professionnels de santé.
- **Information et rumeurs** : exposition à la désinformation ou aux rumeurs, niveau de littératie en santé, qualité des messages publics et des échanges en consultation.

Le guide d'implémentation pour la vaccination des professionnels de santé publié par l'OMS (214) souligne que les professionnels de santé qui sont eux-mêmes vaccinés communiquent mieux avec leurs patients sur les bénéfices de la vaccination. Ils constituent la source d'information la plus fiable et le déterminant le plus influent de la décision individuelle de se vacciner ; une recommandation explicite, en particulier formulée par un médecin, augmente significativement l'adhésion vaccinale.

En France, une étude publiée en 2026 (223) a été menée sur un échantillon représentatif de la population adulte française (n = 3 152) dans le but d'identifier et de quantifier les facteurs qui influencent les décisions de vaccination en France, en distinguant l'effet :

- des caractéristiques du vaccin (efficacité, durée de protection, risques d'effets indésirables, origine du vaccin) ;
- des mesures de politique publique (obligations professionnelles, restrictions sociales) ;

- et des caractéristiques individuelles des répondants.

Les résultats rapportent que les caractéristiques du vaccin sont les déterminants principaux des décisions : l'origine du vaccin est l'attribut ayant le plus fort impact, les vaccins hors Union européenne, en particulier provenant de Chine ou de Russie, étant associés à une baisse marquée d'acceptabilité de 6,1 et 5,5 points, respectivement.

L'efficacité, la durée de protection et le risque d'effets indésirables influencent également significativement les choix :

- par rapport à une efficacité de référence de 40 %, une augmentation de l'efficacité à 60 % et 90 % augmente la probabilité d'acceptation du vaccin de 2 et 3,8 points de pourcentage, respectivement ($p < 0,001$) ;
- par rapport à une durée de 3 mois, les vaccins d'une durée de 6, 12 et 24 mois augmentent l'acceptation de 1,7, 2,2 et 1,2 point(s) respectivement ($p < 0,001$) ;
- une augmentation du risque de 1 sur 100 000 à 5, 12 et 20 pour 100 000 réduit l'adhésion de 2,3, 2,1 et 3,4 points de pourcentage, respectivement ($p < 0,001$).

Les restrictions sociales totales et partielles imposées aux personnes non vaccinées réduisent la volonté de se faire vacciner de 2,8 et 1,3 point(s), respectivement ($p < 0,001$). En revanche, l'obligation de se faire vacciner pour retourner au travail a un effet modeste et non statistiquement significatif (- 0,5 point). Les auteurs expliquent ce résultat notamment par l'expérience déjà acquise des répondants avec les obligations vaccinales (passeports sanitaires de 2021). Si ces obligations sont perçues comme normales ou attendues, leur présence parmi les attributs n'affecte plus l'acceptation.

En complément, une étude exploratoire française (Addario *et al.*, 2024) (224) a évalué les freins et leviers de la vaccination chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Cette étude repose sur 14 entretiens individuels menés en Auvergne-Rhône-Alpes entre mars et mai 2022. L'âge moyen des participants était de 73,4 ans (69-85), avec un niveau socio-éducatif globalement moyen à élevé. Concernant les déclarations de vaccination, 100 % des participants rapportaient être vaccinés contre la Covid-19 et le DT-Polio, tandis que 3 sur 14 déclaraient refuser la vaccination antigrippale. Les résultats rapportent que les conséquences physiques et cognitives des maladies infectieuses, susceptibles d'entraîner une perte d'autonomie, n'étaient pas connues. Ces éléments pourraient constituer, selon les auteurs, un bon levier pour amener les personnes âgées hésitantes à revoir leur position vis-à-vis de la vaccination.

Par ailleurs, le Baromètre de Santé publique France est une enquête régulière auprès d'échantillons représentatifs de la population, permettant de suivre depuis plus de 20 ans l'adhésion et les réticences vis-à-vis de la vaccination. L'édition 2024, réalisée de février à mai en France métropolitaine, a interrogé 34 940 personnes âgées de 18 à 79 ans afin d'actualiser ces données. En 2024, 80 % des personnes interrogées en France métropolitaine déclarent être favorables à la vaccination en général (contre 83,7 % en 2023). Concernant spécifiquement la grippe saisonnière, les réticences actuelles à la vaccination sont inférieures aux proportions observées avant 2020 (225) (Tableau 17).

Tableau 17. Évolution de la part des personnes citant le vaccin contre la grippe en réponse à la question « À quel vaccin êtes-vous défavorable ? » parmi l'ensemble des 18-79 ans résidant en France métropolitaine (en %) d'après le Baromètre de Santé publique France 2010-2024 (225)

	2010	2014	2016	2017	2020	2021	2022	2023	2024
Réticences à la vaccination contre la grippe saisonnière	11 %	19 %	15 %	14 %	14 %	6 %	3 %	6 %	7 %

À l'été 2025 en France, les données du projet ICOVAC (226) indiquent que, dans la population générale (n = 27 332), la proportion d'opinions favorables au vaccin contre la grippe s'élève à 65 % (Figure 4). Les niveaux observés à l'été 2025 sont décrits comme stables par rapport aux vagues précédentes. À noter, parmi les vaccins suivis dans l'enquête (vaccins en général, rougeole, grippe, hépatite B, HPV), le vaccin contre la grippe est celui qui recueille la plus faible proportion d'opinions favorables, la rougeole étant le vaccin qui recueille la proportion la plus élevée d'opinions favorables (87 %).

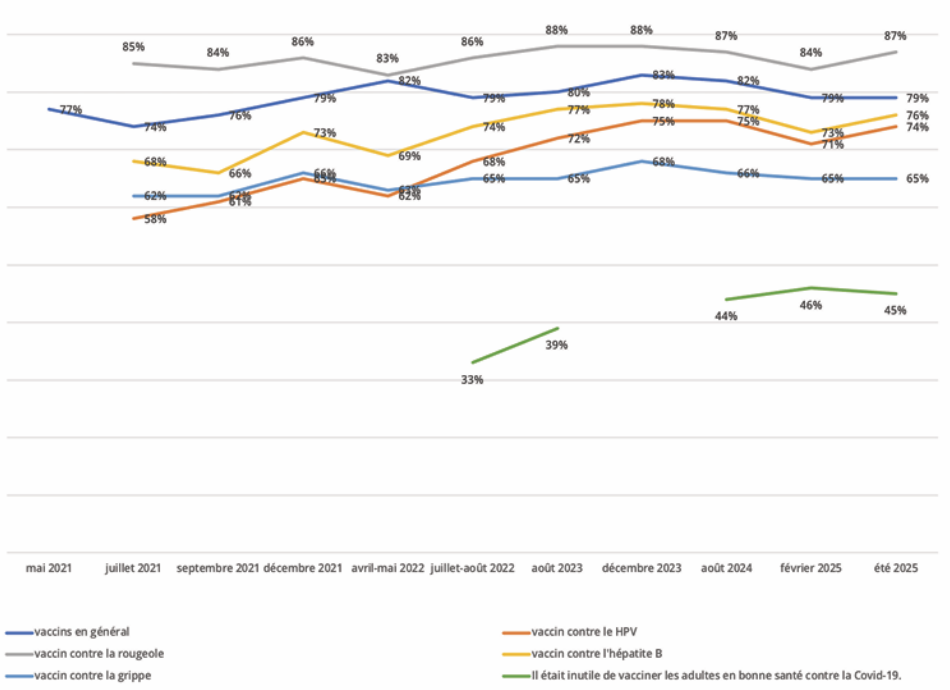

Figure 4. Opinions favorables aux vaccins en général et à différents vaccins, opinions sur la vaccination contre la Covid-19 en 2021-2022 (enquêtes COVIREIVAC, SLAVACO & ICOVAC, printemps 2021-été 2025, n = 27 332) d'après l'enquête ICOVAC Vague 5, novembre 2025 (226)

Chez les professionnels, l'adhésion vaccinale reste freinée par des facteurs récurrents, tels que la faible perception du risque, les doutes sur l'efficacité, les contraintes d'organisation du système de soins, mais également l'insatisfaction à l'égard des conditions de travail. Par exemple, une étude de 2025 a rapporté que parmi près de 19 000 infirmiers, la satisfaction au travail s'était globalement détériorée et était associée à 47 % de répondants considérant les vaccins sûrs. Les travaux du GERES rapportent toutefois que la protection personnelle, la protection de l'entourage et des patients, le fait de considérer le vaccin comme sûr et efficace et sa disponibilité et la crainte de l'arrêt de travail sont des déterminants de l'adhésion vaccinale antigrippale.

Dans la population générale, l'adhésion vaccinale repose principalement sur la confiance, la perception du risque, l'accessibilité et la qualité de l'information. Les professionnels de santé, lorsqu'ils sont eux-mêmes vaccinés, constituent le levier le plus influent pour favoriser la décision vaccinale. Les enquêtes menées à large échelle en France rapportent que les réticences à la vaccination antigrippale restent faibles en population générale, autour de 6-7 % en 2023-2024, traduisant une adhésion globalement stable et favorable. Des données exploratoires soulignent par ailleurs que le risque de la perte d'autonomie liée à une infection pourrait être un levier pour la vaccination des seniors.

3.5.3. Impact de mesures incitatives à la vaccination antigrippale sur la couverture vaccinale

Des données sont disponibles sur l'impact de différentes mesures incitatives mises en place pour favoriser la vaccination antigrippale, en examinant leur effet sur l'évolution de la couverture vaccinale. Elles ont été identifiées uniquement chez les professionnels de santé, en établissements et en EHPAD.

En France

L'étude de Hanguehard *et al.* (201), publiée en 2026, rapporte une enquête nationale sur les évolutions de la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé exerçant en EHPAD, ainsi que des mesures mises en œuvre pour promouvoir la vaccination. L'étude a été conduite par Santé publique France et porte sur 6 saisons entre de 2007-2008 à 2024-2025. Selon les saisons, entre 589 (2018-2019) et 2 630 (2024-2025) établissements ont été inclus, représentant 20 420 à 58 852 professionnels de santé. Les catégories professionnelles incluses dans l'analyse sont les médecins, infirmiers, aides-soignants et, à partir de 2018-2019, les autres personnels paramédicaux.

Le critère de jugement principal était la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé. Les critères secondaires portaient sur la fréquence de mise en œuvre de différentes mesures incitatives :

- vaccination gratuite sur site ;
- séances d'information collectives ou individuelles ;
- diffusion d'informations sur la grippe ou les vaccins ;
- nomination d'un référent vaccination ;
- implication de l'équipe de direction ;
- utilisation de supports visuels ou ludiques.

Les principaux résultats rapportent que, tous professionnels confondus, la couverture vaccinale est passée de 37,2 % (IC 95 % : 35,7-39,4) en 2007-2008 à 31,9 % (IC 95 % : 29,7-34,1) en 2018-2019, puis à 24,2 % (IC 95 % : 23,2-25,1) en 2024-2025, avec une baisse significative pour chacune des saisons postérieures à la pandémie de Covid-19 par rapport à 2018-2019 ($p < 0,001$).

- Chez les médecins, elle était de 60,4 % (IC 95 % : 54,9-65,8) en 2007-2008, a augmenté pour atteindre 75 % en 2018-2019 et 2021-2022, puis a diminué de manière significative au cours des saisons suivantes pour s'établir à 56,3 % (IC 95 % : 48,5-64,2) en 2024-2025.
- Chez les infirmiers, la couverture vaccinale était de 45,2 % (IC 95 % : 42,8-47,5) en 2007-2008. Entre 2018-2019 et 2024-2025, la couverture vaccinale des infirmiers a diminué de 8,7 points.
- Chez les aides-soignants, la couverture vaccinale antigrippale a diminué de façon continue sur l'ensemble de la période étudiée, passant de 33,7 % (IC 95 % : 31,8-35,6) en 2007-2008 à 19,3 % (IC 95 % : 18,4-20,2) en 2024-2025.
- Chez les autres personnels paramédicaux, la couverture vaccinale est restée faible et relativement stable selon les saisons, comprise entre 32,5 % et 36,0 %.

Durant la période de l'étude, une baisse importante de la mise en œuvre des mesures incitatives à la vaccination a été observée au fil du temps. Par exemple, entre 2018-2019 et 2024-2025, le soutien des campagnes vaccinales par les équipes de direction est passé de 89 % à 52 % ($p < 0,001$) des établissements, l'organisation de séances d'information collectives de 68 % à 49 % ($p < 0,001$), et celle de séances individuelles de 19 % à 9 % ($p < 0,001$).

En 2024-2025, les analyses multivariées indiquent que 4 mesures restent significativement associées à une couverture vaccinale plus élevée :

- la gratuité de la vaccination (PRa = 1,30 ; IC 95 % : 1,10-1,54) ;
- l'organisation de séances individuelles d'information (PRa = 1,15 ; IC 95 % : 1,04-1,28) ;
- la nomination d'un référent vaccination au sein de l'établissement (PRa = 1,10 ; IC 95 % : 1,02-1,18). Dans cette étude, 30 % des établissements (EHPAD/*nursing homes*) disposent d'un référent vaccination en 2024/2025 ;
- la diffusion d'informations sur la grippe (PRa = 1,13 ; IC 95 % : 1,05-1,22).

Les auteurs concluent que la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé en EHPAD en France est faible, en diminution continue, avec de fortes disparités selon les catégories professionnelles. Cette évolution s'accompagne d'un recul des mesures incitatives à la vaccination et de leur efficacité.

Cette étude spécifique aux EHPAD rapporte que l'association de la vaccination gratuite sur site, séances d'information collectives ou individuelles, diffusion d'informations sur la grippe ou les vaccins, entraînerait une augmentation de la couverture antigrippale des professionnels de 10 % en 2024-2025 par rapport à l'absence de mise en place de ces mesures (26,1% *vs* 17,2%). À noter dans cette étude que les données de vaccination sont déclaratives. Les enquêtes ont été menées en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer, à l'exception de la saison 2007-2008 limitée à la métropole. Un biais de sélection ne peut être exclu, en particulier pour certaines saisons marquées par une participation limitée des établissements, notamment en 2020-2021.

Selon les données du Bulletin de santé publique de Santé publique France (2019) (199), l'impact combiné de plusieurs mesures organisationnelles a permis, sur la saison 2018-2019, d'atteindre des niveaux de couverture vaccinale significativement supérieurs à ceux observés nationalement.

Il s'agit d'une enquête nationale conduite sur un échantillon national incluant 167 établissements de santé (dont 26 dans les DOM) et 8 594 professionnels (dont 1 110 dans les DOM), représentatifs de diverses catégories d'établissements (centre hospitalier (CH/CHU), centres de lutte contre le cancer (CLCC), soins de suite et de réadaptation (SSR), soins de longue durée (SLD), etc.) et de professions. Au total, 1 238 médecins, 405 sages-femmes, 3 674 infirmiers et 3 277 aides-soignants ont participé à l'étude.

Elle intègre également une enquête conduite dans 558 EHPAD (dont 34 dans les DOM, effectif des professionnels non renseigné).

Dans les ES, la majorité des établissements ont déclaré avoir déployé plusieurs mesures facilitant l'accès au vaccin et renforçant l'information des professionnels :

- ➔ organisation d'une vaccination gratuite pour le personnel (98 %, IC 95 % : 96,1-99,0) :
  - au sein de la médecine du travail (38,4 [30,3-47,1]),
  - directement dans les services (88 %, IC 95 % : 81,4-92,5),
  - dans des lieux de passage (21,7 %, IC 95 % : 14,0-32,2),
  - via des équipes mobiles (24,6 %, IC 95 % : 17,5-33,5),
  - sur des plages horaires étendues permettant la vaccination de l'ensemble des équipes, y compris de nuit (52,4 %, IC 95 % : 41,5-63,2) ;
- ➔ actions de promotion, mises en place dans 96,3 % des établissements, comprenant notamment :
  - affiches (87,9 %, IC 95 % : 79,6-93,1),
  - séances collectives (39,5 % [29,1-51,0]) ou individuelles (27,4 % [20,2-35,9]) d'information,

- supports pédagogiques (vidéos, *serious games*, 9,1 % [4,5-17,5]) ;

➔ contenus de la promotion de la vaccination antigrippale des professionnels diffusés :

- l'information sur la grippe (86,7 % [78,6-92,0]),
- les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination (respectivement 66,9 % [55,1-76,8] et 59,2 % [48,5-69,0]) ;

➔ nomination de référents vaccination (27,2 % [19,0-37,4]) et existence de groupes pluridisciplinaires dédiés (33,3 % [24,4-43,6]) ;

➔ analyse des freins organisationnels à la vaccination (22,7 % [15,1-32,5]).

Les analyses multivariées ont rapporté que plusieurs actions sont associées à une augmentation significative de la couverture vaccinale antigrippale :

- analyse des freins organisationnels et mise en place d'un plan d'action : + 44 % ;
- soutien explicite du chef de service ou cadre infirmier : + 42 % ;
- vaccination gratuite organisée au sein des services : + 39 % ;
- utilisation d'équipes mobiles : + 15 % ;
- promotion incluant des contenus pédagogiques sur les vaccins : + 21 % ;
- nomination de référents vaccination : + 19 %.

Les auteurs ont rapporté que dans les établissements où aucune de ces mesures n'a été mise en place, la couverture vaccinale antigrippale des professionnels est inférieure à 20 %. En revanche, dans les établissements où ces différentes mesures ont été associées, la couverture vaccinale dépasse 50 %.

Au regard de la couverture vaccinale antigrippale nationale des professionnels de santé de 35 %, l'association de ces différentes mesures au sein des établissements de santé pourrait donc, selon les auteurs, permettre d'augmenter la couverture antigrippale de 15 %.

Les EHPAD ont rapporté la mise en œuvre de mesures similaires, avec une intensité parfois plus marquée que dans les ES :

➔ organisation de la vaccination antigrippale gratuite pour le personnel : 94,3 % [91,9-96,0] :

- par le médecin ou l'infirmier coordonnateur : 71,2 % [66,5-75,5],
- par le médecin du travail : 11,4 % [9,0-14,4],
- par d'autres personnels de l'EHPAD : 46,6 % [41,6-51,6],
- par des équipes mobiles : 5,8 % [4,2-8,0] ;

➔ promotion de la vaccination antigrippale organisée par l'EHPAD : 99,2 % [98,1-99,7] :

- affiches : 91,0 % [88,0-93,3],
- supports vidéo/*serious game* : 7,8 % [5,5-11,0],
- séances collectives d'information : 67,5 % [63,4-71,4],
- séances individuelles d'information : 19,3 % [15,8-23,2] ;

➔ contenus de l'information diffusée :

- informations sur les vaccins : 63,9 % [59,1-68,4],
- informations sur la grippe : 83,2 % [79,5-86,4],
- bénéfice pour les patients : 68,6 % [64,2-72,8],
- bénéfice individuel : 72,5 % [68,0-76,6] ;

➔ organisation interne et engagement institutionnel :

- référents vaccination nommés : 32,8 % [28,5-37,4],
- implication affichée de la direction/médecin coordonnateur/cadre infirmier : 89,1 % [85,6-91,9],

- groupe pluridisciplinaire vaccination existant : 21,6 % [17,9-25,8],
- analyse des freins organisationnels : 30,4 % [26,1-35,0].

Les analyses multivariées ont rapporté que plusieurs actions sont associées à une augmentation significative de la couverture vaccinale antigrippale :

- nomination de référents vaccination : + 69 % ;
- vaccination gratuite mise à disposition : + 43 % ;
- promotion incluant :
  - séances individuelles d'information : + 55 %,
  - supports vidéo/*serious games* : + 40 %,
  - séances collectives d'information : + 27 %,
  - informations sur les vaccins : + 16 % ;
- soutien affiché de la direction/encadrants : + 25 %.

Les auteurs ont conclu que l'association de ces différentes mesures au sein des EHPAD pourrait permettre d'augmenter la couverture antigrippale nationale des professionnels des EHPAD de plus de 15 %.

Ainsi, dans les établissements de santé comme dans les EHPAD de cette étude, la couverture vaccinale des professionnels dépasse 50 % lorsque ces mesures sont associées, alors qu'elle reste < 20 % lorsque aucune action n'est mise en place. Ces résultats soulignent selon les auteurs la persistance d'une couverture insuffisante chez les professionnels, notamment ceux en contact étroit avec les résidents, et l'intérêt de mesures organisationnelles ciblées pour améliorer l'adhésion à la vaccination.

Les données de ces enquêtes relatives aux établissements de santé ont par ailleurs fait l'objet d'une publication de Vaux *et al.* (2023) (227), reprenant selon une analyse multivariée les leviers organisationnels associés à une couverture vaccinale antigrippale significativement plus élevée chez les professionnels de santé :

- présence d'un référent vaccination dans l'unité (PRa : 1,2 ; IC 95 % : 1,1-1,4) ;
- organisation de la vaccination au sein du service (PRa : 1,4 ; IC 95 % : 1,2-1,6) ;
- diffusion d'une information structurée (PRa : 1,2 ; IC 95 % : 1,1-1,4) ;
- soutien du cadre de santé ou du chef de service (PRa : 1,3 ; IC 95 % : 1,1-1,6).

Les données de cette enquête relative aux EHPAD ont également fait l'objet d'une publication de Vaux *et al.* (2022) (228), menée en France, qui a estimé la couverture vaccinale antigrippale dans 589 EHPAD. L'analyse multivariée identifiait les leviers associés à une meilleure couverture vaccinale :

- vaccination gratuite sur site (RRa 1,4 ; 1,1-1,8) ;
- organisation de séances d'information collectives (1,3 ; 1,1-1,5) ou individuelles (1,6 ; 1,1-2,1) ;
- utilisation d'outils multimédias (1,4 ; 1,2-1,6) ;
- désignation d'un point de contact vaccination au sein de l'établissement (1,7 ; 1,3-2,2).

Une expérimentation a été conduite en 2020-2021 auprès de 55 EHPAD volontaires en Nouvelle-Aquitaine volontaires lors d'une campagne menée entre les 20 et 28 octobre 2020. Elle a été réalisée

par la *Behavioural Insights Team* (BIT) avec le soutien de la direction interministérielle de la Transformation publique (DITP) et de Santé publique France (SpF).

L'échantillon inclut des établissements :

- publics (55 %), privés à but non lucratif (24 %) et privés à but commercial (21 %) ;
- de taille similaire à la moyenne nationale (91 lits en moyenne) ;
- ayant un médecin coordonnateur pour 71 % d'entre eux.

Le taux moyen de vaccination dans ces EHPAD la saison précédente (2019-2020) était de 39 %. L'étude visait à évaluer l'impact d'interventions comportementales destinées à augmenter la couverture vaccinale des professionnels.

L'étude reposait sur un essai contrôlé randomisé comparant :

- un groupe témoin recevant uniquement un kit de communication ;
- un groupe d'intervention recevant en plus un guide de planification et une déclaration de refus.

Les principaux effets observés sont les suivants :

- + 1,5 point d'augmentation moyenne du taux de vaccination dans le groupe ayant reçu l'ensemble des outils par rapport au groupe témoin ;
- + 14,7 points pour les personnels paramédicaux (de 45,4 % à 60,1 %), soit une hausse relative de 32,3 % ;
- parmi les EHPAD ayant utilisé la déclaration de refus, la couverture vaccinale a augmenté de 45 % à 64 %, soit + 19 points en un an ;
- pour le groupe ayant reçu les solutions, les effets étaient plus marqués dans les EHPAD publics (+ 35 points *versus* + 8 points dans le privé) ;
- l'augmentation de la couverture vaccinale était plus marquée lorsque le taux initial était inférieur à la moyenne nationale (< 32 %) : + 26 points, contre + 18 points lorsque le taux initial était supérieur à la moyenne.

Les auteurs soulignent que ces résultats sont non significatifs et doivent être interprétés avec prudence compte tenu du contexte sanitaire (Covid-19) et de la taille restreinte de l'échantillon, mais rapportent qu'une combinaison d'outils organisationnels et comportementaux dits « nudges[25] » (rendre la vaccination plus facile et le refus plus explicite, rappel des normes collectives via les supports fournis, simplification par une information courte et explicite) peut constituer une piste de mesures incitatives, particulièrement dans les établissements publics et dans ceux dont la couverture vaccinale initiale est faible.

À l'international

Étude de de Koning *et al.* (2024) (229) : il s'agit d'une revue systématique qui a analysé 60 études internationales portant majoritairement sur la vaccination antigrippale des professionnels de santé, afin d'identifier les stratégies mises en œuvre pour améliorer la couverture vaccinale. Les interventions recensées relèvent principalement de 6 catégories : actions de formation et d'information (sessions éducatives, supports écrits), rappels (courriels, courriers, notifications), incitations (objets promotionnels, récompenses collectives), amélioration de l'accès (vaccination gratuite, unités mobiles, plages horaires étendues), mécanismes de suivi et de retour d'information (publication des taux de couverture, transmission aux encadrants) et dispositifs de politique vaccinale (formulaires de refus, entretiens individuels, obligation vaccinale ou obligation de port du masque). Les auteurs soulignent

[25] Nudge : levier comportemental visant à orienter un comportement sans l'imposer, en modifiant légèrement l'environnement de décision.

que la majorité des stratégies décrites reposent sur des approches multifactorielles, souvent adaptées aux contraintes organisationnelles locales, et que les politiques les plus contraignantes sont généralement introduites après la mise en œuvre de mesures incitatives et organisationnelles.

Étude de Mustafa *et al.* (2017) (230) : cette étude conduite au Qatar a évalué l'impact d'une campagne de vaccination antigrippale reposant sur une approche multicomposante, en l'absence de politique de vaccination obligatoire, dans 2 hôpitaux tertiaires (7 689 professionnels).

La campagne combinait plusieurs leviers organisationnels et logistiques :

- mise à disposition gratuite du vaccin ;
- amélioration de l'accessibilité par des équipes mobiles de vaccination intervenant directement dans les services ;
- élargissement des plages horaires de vaccination ;
- implication explicite de la direction hospitalière ;
- actions de communication interne (affichages, messages institutionnels) ;
- sessions de formation collective ;
- incitations non financières (objets promotionnels) ;
- dispositifs de suivi des taux de couverture avec transmission régulière des résultats aux responsables.

Les auteurs rapportent une augmentation du taux de couverture vaccinale global à 64,3 % durant la saison 2014-2015, contre 37,2 % et 28,4 % lors des deux saisons précédentes.

Étude de Honda *et al.* (2013) (231) : cette étude conduite au Japon s'est intéressée à l'évaluation, dans un centre hospitalier universitaire de 550 lits, d'une stratégie multifactorielle visant à augmenter la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé en l'absence de politique vaccinale obligatoire. Le dispositif reposait notamment sur l'utilisation systématique d'un formulaire de refus écrit, la gratuité de la vaccination, des rappels institutionnels durant la période vaccinale, un suivi en temps réel des professionnels non vaccinés, ainsi que des entretiens individuels avec un membre de la direction hospitalière pour les personnels n'ayant ni été vaccinés ni formalisé de refus. Les professionnels vaccinés hors établissement devaient fournir une attestation. À l'issue de la campagne 2012-2013, le taux de couverture vaccinale atteignait 96,9 %, contre des niveaux compris entre 63 % et 87 % les saisons précédentes. Les auteurs précisent que la mise en œuvre de ce dispositif a nécessité un investissement organisationnel important, incluant un suivi quotidien des indicateurs de couverture et une implication directe de la gouvernance hospitalière.

Étude de Quan *et al.* (2012) (232) : cette étude rapporte l'évolution sur 5 saisons (2006-2011) des stratégies mises en place dans un centre hospitalo-universitaire américain pour augmenter la couverture vaccinale antigrippale des personnels de santé (environ 6 500 professionnels). Les auteurs décrivent une succession de mesures volontaires visant à améliorer l'accessibilité à la vaccination (unités mobiles, distribution décentralisée, vaccination gratuite, rappels institutionnels, formulaires de refus), ayant permis une augmentation progressive de la couverture jusqu'à environ 60 %. L'introduction ultérieure d'une politique rendant la vaccination obligatoire ou, à défaut, le port du masque durant toute la saison grippale, associée à un suivi nominatif des professionnels non conformes et à une responsabilisation hiérarchique, s'est accompagnée d'une augmentation rapide de la couverture vaccinale au-delà de 90 %. Les auteurs décrivent précisément les modalités organisationnelles de contrôle, incluant des systèmes de suivi en temps réel et des obligations alternatives à la vaccination.

Chez les professionnels de santé, les données d'impact de mesures incitatives à la vaccination antigrippale proviennent de 3 enquêtes françaises.

Une étude spécifique aux EHPAD rapporte que l'association de la vaccination gratuite sur site, séances d'information collectives ou individuelles, diffusion d'informations sur la grippe ou les vaccins, entraînerait une augmentation de la couverture antigrippale des professionnels de 10 % en 2024-2025 par rapport à l'absence de mise en place de ces mesures (26,1 % *vs* 17,2 %). Une étude menée par Santé publique France dans 167 établissements de santé et 558 EHPAD montre que plusieurs actions organisationnelles sont associées à des augmentations de couverture vaccinale allant de + 15 % à + 44 % dans les établissements de santé, et de + 16 % à + 69 % dans les EHPAD.

Enfin, une expérimentation comportementale conduite dans 55 EHPAD suggère qu'un ensemble d'outils simples (nudges) peut s'accompagner d'une progression de la couverture vaccinale, notamment dans les établissements publics et ceux ayant une couverture initiale basse, bien que les résultats soient non significatifs.

3.5.4. Acceptabilité de l'obligation vaccinale contre la grippe

Une revue systématique de la littérature a permis d'identifier les publications portant sur l'acceptabilité d'une obligation vaccinale. La recherche documentaire a couvert la période suivant la publication du dernier rapport de la HAS relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe, soit du 1er janvier 2023 au 16 décembre 2025. Le diagramme de sélection des études est détaillé dans la Figure 5.

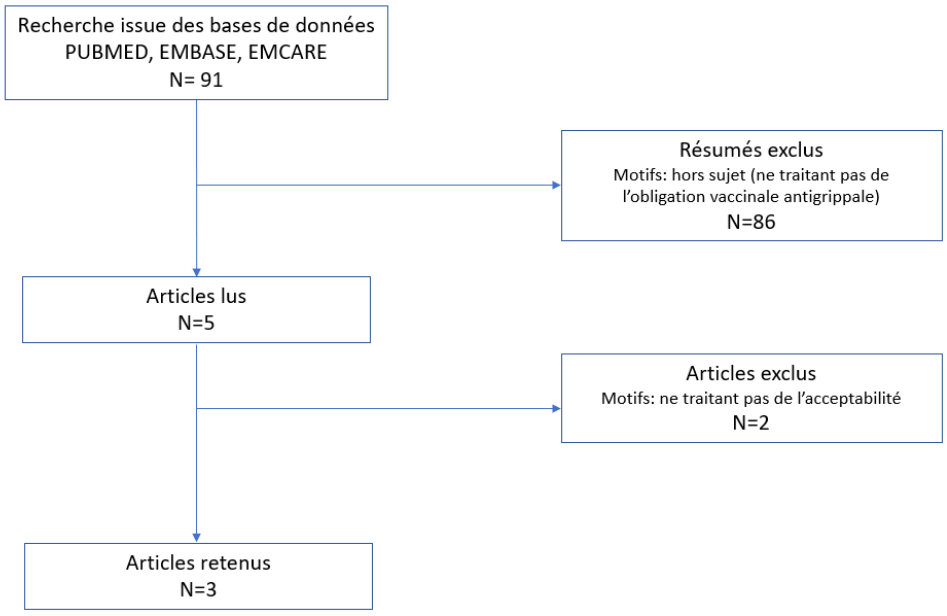

Figure 5. Diagramme de sélection des études sur l'acceptabilité d'une obligation vaccinale

Au total, une revue systématique et 2 études, dont une menée en France, ont été retenues.

Les articles identifiés dans la littérature traitent exclusivement de professionnels de santé. Il n'a pas été identifié de publication concernant les autres professionnels, en contact avec des personnes

vulnérables ou exerçant dans des structures d'activité libérale. Enfin, les données nécessaires pour évaluer l'acceptabilité chez les personnes âgées proviennent d'autres sources (enquêtes nationales, données de couverture vaccinale, études sociologiques, etc.).

3.5.4.1. Par les professionnels

Une revue systématique de la littérature a été menée en Australie (233), entre 2019 et 2023, pour déterminer notamment les obstacles et les facteurs favorables à la mise en œuvre et à l'acceptation des programmes de vaccination obligatoire dans les établissements de santé. Parmi les 319 articles identifiés, 10 études (Europe, États-Unis) ont été retenues dans l'analyse. Les principaux résultats rapportent que le pourcentage de professionnels de santé favorables à la vaccination obligatoire contre la grippe variait entre 11 % et 69 % selon les études. Cependant, la majorité des professionnels de santé interrogés dans le cadre de cette étude n'étaient pas d'accord avec la vaccination à caractère obligatoire contre la grippe (effectif non renseigné). Dans cette revue systématique, les obstacles identifiés concernent en particulier :

- la perception d'une atteinte à l'autonomie professionnelle ;
- les insuffisances de connaissances relatives à l'efficacité et à la sécurité vaccinale ;
- des considérations éthiques.

À l'inverse, les leviers favorables à l'adhésion s'appuient sur :

- la protection des patients ;
- la gratuité ;
- la facilité d'accès à la vaccination.

Ces données confirment ceux de la revue systématique de Gualano *et al.* publiée en 2019 (234), soulignant que l'obligation vaccinale reste controversée en raison de préoccupations éthiques liées à la liberté individuelle et d'une méfiance envers les autorités sanitaires. L'acceptabilité dépend fortement de la confiance et de la qualité de la communication.

Une étude transversale menée en Géorgie (235) a évalué les connaissances et les attitudes des dentistes vis-à-vis des vaccinations obligatoires pour le personnel médical exerçant en clinique dentaire (hépatite B, rougeole, rubéole et grippe). Un questionnaire a été administré aléatoirement à 165 dentistes (sur 2 435 certifiés). Les principaux résultats concernant la grippe rapportent que 12,3 % et 51,2 % des répondants considéraient qu'il était respectivement extrêmement important et important que les dentistes se fassent vacciner, tandis que 36,6 % estimaient que la vaccination antigrippale n'était pas importante. Les auteurs concluent que la plupart des participants se sont déclarés favorables à l'obligation vaccinale pour les dentistes. Le vaccin contre l'hépatite B est considéré comme le plus essentiel, suivi de ceux contre la rougeole et la rubéole, alors que le vaccin contre la grippe est perçu comme nettement moins important.

En France, une enquête nationale, multicentrique (167 établissements), a été menée en 2019 par Santé publique France auprès de 8 594 professionnels de santé et publiée en 2023 (236). L'objectif principal était d'évaluer l'acceptabilité par les professionnels de santé de la vaccination obligatoire contre la rougeole, la coqueluche, la varicelle et la grippe. Les principaux résultats rapportent une adhésion élevée pour la rougeole (73,1 %, [IC 95 % : 70,9-75,1]) et la coqueluche (72,1 %, [IC 95 % : 69,8-74,3]), plus modérée pour la varicelle (57,5 %, [IC 95 % : 54,5-57,7]) et nettement plus faible pour la grippe (42,7 %, [IC 95 % : 40,6-44,9]), avec des variations importantes selon la catégorie professionnelle (77,2 % chez les médecins contre 32 % chez les aides-soignants).

Plus récemment, une enquête nationale (237), réalisée en 2024, a été conduite auprès de 1 580 professionnels de santé. Elle incluait 50 % de médecins (n = 813), dont 40,7 % de gériatres et 43,2 % de

médecins généralistes, ainsi que 32,5 % d'infirmiers (n = 513) et 160 pharmaciens. Les professionnels exerçaient à 33,5 % en hôpital, 34,1 % en EHPAD et 26,3 % en ville pour les médecins ; chez les infirmiers, 60,8 % travaillaient en EHPAD. Concernant l'acceptabilité d'une obligation vaccinale pour les résidents, 60,9 % des répondants étaient favorables, avec des variations selon le lieu d'exercice (52,0 % en EHPAD *versus* 69,6 % à l'hôpital et 68,9 % en ville, p < 0,001). Pour une obligation visant les professionnels de santé, 67,7 % se déclaraient favorables. Les médecins (75,9 %) et les pharmaciens (86,9 %) étaient significativement plus favorables que les infirmiers (50,5 %, p < 0,001).

À l'international, la méta-analyse de Gualano *et al*. (238) (2021) a inclus 40 études portant sur l'acceptabilité d'une obligation vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé. Les études, menées majoritairement en Amérique du Nord et en Europe, reposaient principalement sur des questionnaires auto-administrés auprès de médecins, infirmiers, autres PS et étudiants. Les principales données rapportent une acceptation globale de 61 % (IC 95 % : 53-68), avec une hétérogénéité très élevée entre les études (I^2 = 99 %). L'acceptabilité varie selon les régions (de 54 % en Europe à 69 % en Asie) et selon les catégories professionnelles, avec 75 % (IC 95 % : 59-87) chez les médecins, 80 % (IC 95 % : 62-90) chez les étudiants et 41 % (IC 95 % : 23-60) chez les infirmiers. À noter, cette étude a été réalisée avant la survenue de la pandémie de Covid-19.

3.5.4.2. Par les non-professionnels

Selon l'enquête ICOVAC Vague 5 conduite du 1er au 24 septembre 2025 auprès d'un échantillon de 4 000 adultes représentatif de la population adulte en France hexagonale (226), 58 % des répondants déclarent être favorables à une OV antigrippale pour les professionnels de santé et pour les personnes les plus vulnérables (Figure 6). Les opinions favorables à l'OV contre la grippe augmentent avec l'âge : parmi les personnes de 65 ans et plus, 68 % se déclarent favorables à une obligation pour les professionnels de santé, 62 % pour les personnes vulnérables, et 38 % pour la population générale.

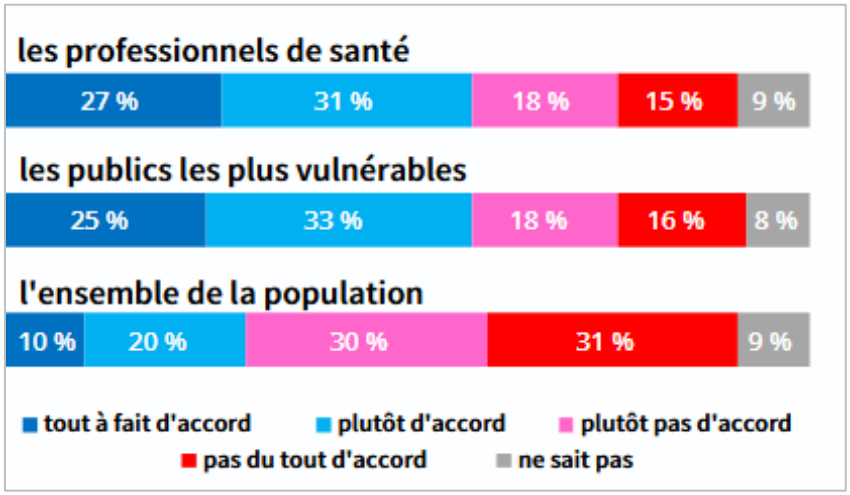

Figure 6. Acceptabilité de l'obligation vaccinale pour la grippe, pour diverses populations d'après l'enquête ICOVAC, novembre 2025 (226)

En France, une enquête nationale, menée en 2018 chez environ 8 500 professionnels de santé, rapporte que l'acceptabilité de la vaccination obligatoire contre la grippe est faible, avec 42,7 % d'adhésion (rougeole : 73,1 %/coqueluche : 72,1%).

Cependant, une enquête nationale française de 2024 (n = 1 580) rapporte une adhésion élevée à une obligation vaccinale antigrippale, avec 60,9 % favorables pour les résidents et 67,7 % pour les

professionnels, mais de fortes variations selon les catégories : médecins 75,9 %, pharmaciens 86,9 %, contre 50,5 % d'infirmiers.

D'une manière générale, les résistances des professionnels de santé proviennent surtout de preuves limitées sur la transmission, d'une efficacité vaccinale variable selon la souche et la saison, d'enjeux éthiques, de l'existence d'alternatives non coercitives, d'une application sélective jugée incohérente, ainsi que d'un historique d'obligations vaccinales non comparable.

À l'inverse, l'adhésion à une OV antigrippale est favorisée par la nécessité de protéger des patients particulièrement vulnérables, en réduisant le risque de transmission, en assurant la continuité des équipes, en limitant les épidémies coûteuses et en renforçant une culture vaccinale plus largement acceptée.

En population générale, une enquête française menée sur 4 000 adultes rapporte que parmi les personnes de 65 ans et plus, 68 % se déclarent favorables à une OV antigrippale pour les professionnels de santé, 62 % pour les personnes vulnérables, et 38 % pour la population générale.

3.5.5. Lien entre obligation vaccinale et augmentation de la couverture vaccinale

Chez les professionnels

En Europe, l'adoption de politiques nationales demeure hétérogène et la couverture vaccinale des professionnels reste faible et variable. Selon le manuel de l'OMS sur la mise en œuvre de la vaccination antigrippale des professionnels de santé, paru en 2019 (30), les **politiques obligatoires sont associées aux meilleures couvertures**, une revue systématique de huit études rapportant des couvertures supérieures à 94 % après mise en œuvre d'une obligation.

Le guide d'implémentation pour la vaccination des professionnels de santé (214) de 2022 précise, par ailleurs, que les politiques de vaccination volontaire chez les professionnels de santé se révèlent insuffisantes pour atteindre une couverture optimale. Il précise que plusieurs études internationales ont rapporté que, même lorsqu'elles sont accompagnées d'actions de sensibilisation et de mesures facilitant l'accès à la vaccination, ces approches aboutissent à des taux de vaccination inférieurs aux objectifs fixés. Ce constat est particulièrement marqué pour la grippe saisonnière.

Le guide d'implémentation pour la vaccination des professionnels de santé de l'OMS rappelle qu'aucune intervention n'a démontré sa capacité à augmenter rapidement et considérablement le taux de vaccination et à le maintenir, à l'exception de la vaccination obligatoire. Cependant, l'OMS précise qu'il s'agit d'une approche controversée qui ne peut être appliquée avec succès dans tous les contextes (214).

Enseignements de l'OV en population pédiatrique

Rendre certaines vaccinations obligatoires chez les enfants est une stratégie adoptée par certains pays (notamment en France et dans d'autres pays européens) pour tenter d'augmenter les couvertures vaccinales de certaines maladies. Selon la législation nationale, les conséquences du refus peuvent varier : amendes, impossibilité pour les enfants de fréquenter l'école publique, voire sanctions pénales, comme cela s'est produit récemment en France.

L'étude « *Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe* » qui fait partie du projet européen ASSET[26] (*Action plan in Science in Society in Epidemics and Total pandemics*) (239), publiée en 2016, avant l'entrée en vigueur de l'élargissement de l'obligation vaccinale pédiatrique en France, s'est penchée sur cette question en comparant les taux de couverture vaccinale pour la poliomyélite, la rougeole et la coqueluche dans les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (UE/EEE), où ces vaccinations sont soit obligatoires, soit simplement recommandées. Les résultats n'ont pas mis en évidence de lien clair entre l'obligation vaccinale et des taux de couverture plus élevés chez les enfants dans ces pays.

D'autres données à l'échelle européenne, incluant notamment les exemples français (240) et italien (241), indiquent qu'une politique d'obligation vaccinale en pédiatrie s'accompagne d'une amélioration des couvertures vaccinales. En France, un an après l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale en pédiatrie, la couverture vaccinale a augmenté pour l'hépatite B, passant de 90,5 % à 96,3 % pour la première dose et de 83,1 % à 89,4 % pour la troisième dose, pour le pneumocoque de 98,1 % à 99,5 % pour la première dose et de 88,3 % à 90,1 % pour la troisième dose, pour le méningocoque C de 35,5 % à 75,8 % pour la première dose et de 72,5 % à 76,8 % pour la seconde dose, et pour la rougeole de 86,2 % à 87,6 % pour la première dose.

Augmentation de la couverture vaccinale à la suite de la mise en place d'une OV chez les professionnels

Synthèse des études examinées dans le rapport HAS 2023 et principales conclusions

Au niveau international, plusieurs études réalisées en Finlande, au Canada ou aux États-Unis rapportent que la mise en place d'une obligation de vaccination contre la grippe saisonnière chez les professionnels de santé permet de faire progresser considérablement la couverture vaccinale des soignants, jusqu'à des taux supérieurs à 90 % dans les études conduites aux États-Unis.

Au-delà de son effet sur la couverture vaccinale, l'impact de l'obligation vaccinale sur la charge hospitalière liée à la grippe a été très peu étudié.

- Une étude réalisée aux États-Unis (137), sur huit années consécutives précédant et suivant la mise en place d'une obligation vaccinale contre la grippe en 2009, a rapporté que le taux de vaccination des soignants est passé de 56 % en 2006-2007 à 94 % en 2013-2014 (soit une augmentation de 38 %, $p < 0,0001$). La proportion de grippe nosocomiale a diminué de façon significative ($p = 0,045$) pendant la période de l'étude et était associée de façon significative au taux de vaccination des personnels, notamment personnel de soins ($p = 0,043$) et personnel travaillant dans les zones à haut risque de patients immunodéprimés ($p = 0,0497$).
- Une autre étude (242) a indiqué que la proportion de professionnels de santé ayant déclaré un arrêt maladie (quelle qu'en soit la cause) était inférieure de 5,9 points dans les établissements où la vaccination antigrippale était obligatoire par rapport à ceux où elle ne l'était pas.
- Enfin, dans une autre étude (243), l'obligation de la vaccination antigrippale a été associée à une diminution du risque de grippe (OR = 0,17 ; IC 95 % : 0,13-0,22) mais à une augmentation du risque d'autres infections virales respiratoires (ratio de taux d'incidence = 1,26 ; IC 95 % : 1,02-1,57).

Données nouvellement identifiées

[26] Projet européen financé par la Commission européenne.

Plusieurs articles s'intéressent à l'augmentation de la couverture vaccinale à la suite d'une OV, en particulier chez les professionnels de santé.

La revue systématique et méta-analyse de Fan *et al.* publiée en 2023 (244), portant sur 92 études internationales, confirme que les politiques obligatoires sont associées aux taux de couverture vaccinale les plus élevés chez les professionnels de santé, souvent supérieurs à 90 %. Les auteurs soulignent que, malgré la diversité des contextes et des facteurs influençant la vaccination, aucune stratégie volontaire, même accompagnée de mesures incitatives ou de campagnes de sensibilisation, n'atteint des niveaux comparables. Ces résultats confirment ceux de la revue systématique et méta-analyse de Lytras *et al.* publiée en 2016 (245), qui identifiait déjà l'obligation vaccinale comme l'intervention la plus efficace pour augmenter la couverture antigrippale, devant les approches fondées sur l'éducation ou les incitations. La revue de Pitts *et al.* (246) aboutit aux mêmes conclusions : dans tous les contextes étudiés, la mise en place d'une obligation vaccinale a permis d'atteindre des taux supérieurs à 94 %, alors que les politiques volontaires restaient insuffisantes pour atteindre les objectifs fixés.

Une étude de Willis *et al.* (247), publiée en 2022, rapportait l'impact de la mise en place en 2020 d'une OV antigrippale chez les étudiants en santé (médecine et infirmiers) de 2 universités de l'Ouest australien. Il s'agissait d'une enquête auprès de 693 participants. Une augmentation significative du taux de couverture vaccinale a été observée entre 2018 et 2020, qui passait de 73,5 % en 2018 (IC 95 % : 67,4-78,8) à 89,6 % en 2020 (IC 95 % : 86,1-92,2, $p < 0,001$). À noter que la couverture vaccinale élevée contre la grippe des étudiants en 2018 est attribuée aux campagnes d'informations/sensibilisation réalisées sur les campus et à la possibilité de se faire vacciner gratuitement sur place.

Une étude nord-américaine (248) publiée en 2026 avait pour objectif d'estimer la couverture vaccinale, notamment contre la grippe, chez les professionnels de santé au cours de la saison respiratoire 2024-2025 et d'analyser l'association avec les politiques vaccinales en milieu professionnel, en particulier l'obligation vaccinale de l'employeur. Elle repose sur une enquête en ligne menée entre mars et avril 2025, incluant 2 650 professionnels de santé exerçant dans différents cadres (hôpitaux, soins ambulatoires, établissements de long séjour, EHPAD et autres structures de soins). La vaccination contre la grippe était fortement associée aux politiques de l'employeur : la couverture atteignait 97,3 % lorsque la vaccination était obligatoire, 73,9 % lorsqu'elle était recommandée et 42,6 % en l'absence de recommandation ou d'obligation.

L'expérience finlandaise d'OV semi-obligatoire (décrite dans la section 1.5.1) a démontré une efficacité majeure en vie réelle. À l'échelle nationale, la couverture vaccinale des professionnels de santé en Finlande était d'environ 41 % en 2014 avant l'introduction de la loi, et elle a ensuite atteint entre 83,7 % et 90,8 % au cours des premières saisons suivant sa mise en œuvre (2017/2018 : 83,7 % ; 2018/2019 : 90,8 % ; 2019/2020 : 87,6 %) (249). Des données de surveillance du Kuopio University Hospital (KUH) ont rapporté une hausse importante de la couverture vaccinale des soignants, passant de 59,5 % à 99,6 % (250).

L'obligation vaccinale permet d'atteindre des couvertures supérieures à 90 %, bien au-delà des stratégies volontaires. Néanmoins, l'OMS précise qu'il s'agit d'une approche controversée qui ne peut être appliquée avec succès dans tous les contextes.

Les données du rapport HAS 2023 ont porté sur 3 études. Elles ont rapporté que l'obligation vaccinale permettait d'atteindre des couvertures supérieures à 90 %. Toutefois, son impact sur la charge hospitalière reste peu étudié, quelques données renseignant une baisse significative des infections

nosocomiales, une diminution du risque de grippe (OR = 0,17) et une réduction à moins de 5,9 points des arrêts maladie dans les établissements où elle est en place.

Dans la présente recommandation, 3 études ont été identifiées, dont une méta-analyse. Les données confirment que l'obligation vaccinale est l'intervention la plus efficace pour augmenter la couverture vaccinale des professionnels de santé, permettant d'atteindre des taux supérieurs à 90 %.

3.5.6. Enseignements tirés de la pandémie de Covid-19

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence l'importance stratégique de l'acceptabilité dans la mise en œuvre des politiques vaccinales de santé publique. Les débats suscités par la vaccination contre la Covid-19 ont entraîné des répercussions durables sur les attitudes vis-à-vis des autres vaccins dans de nombreux pays. Ces impacts font l'objet de nombreuses analyses dans la littérature, qui visent à en tirer des enseignements pour améliorer l'efficacité des stratégies vaccinales.

Dans cette perspective, l'OMS rappelle que l'expérience liée à la pandémie de Covid-19 impose de considérer non seulement l'efficacité des vaccins, mais aussi les conditions éthiques et organisationnelles de toute obligation vaccinale (1). Les recommandations insistent sur la nécessité d'un problème de santé publique clairement identifié et communiqué, d'exemptions médicales transparentes, d'alternatives pour limiter la transmission (port du masque, réaffectation, congés temporaires) et d'une information explicite sur les conséquences du refus. L'OMS souligne également l'importance d'un processus participatif impliquant les professionnels et d'un accès gratuit et simple à la vaccination. Ces principes constituent des repères pour évaluer la pertinence et la légitimité d'une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière.

Une enquête descriptive européenne a été menée en 2022 chez 2 796 médecins de 4 pays européens (Finlande, France, Allemagne, Portugal). Elle vise à mesurer les attitudes vis-à-vis de l'obligation vaccinale Covid-19 et d'identifier les facteurs associés. Au total, 78 % des médecins étaient favorables à l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les professionnels de santé et 49 % l'étaient pour le grand public. Selon les auteurs, l'expérience de la Covid-19 montre que l'acceptabilité des obligations vaccinales chez les soignants dépend notamment du cadre règlementaire et de la perception des bénéfices, avec une acceptation plus forte dans les pays où l'obligation vaccinale est déjà appliquée (251).

Une enquête transversale de 2021 (252), menée par questionnaire auprès de 2 678 professionnels impliqués dans la vaccination de la population générale, a évalué l'acceptation de « futurs » vaccins contre la Covid-19. Elle a été menée en France (n = 1 209 médecins généralistes), en Belgique francophone (n = 414 médecins généralistes) et au Québec (n = 1 055 infirmiers). Les auteurs rapportent que 79,6 % des participants déclarent qu'ils recommanderaient « certainement » ou « probablement » un futur vaccin Covid-19 à leurs patients, et que 72,4 % déclarent qu'ils se feraient eux-mêmes vacciner (« certainement » ou « probablement »). Le fait de considérer que la sécurité d'un vaccin développé dans l'urgence ne peut pas être garantie est associé, en analyse multivariée, à une moindre acceptation vaccinale (aOR 3,01 pour une acceptation modérée et aOR 12,93 pour une hésitation/réticence). La confiance dans le ministère de la Santé pour garantir la sécurité des vaccins est également associée à une moindre probabilité d'hésitation/réticence (aOR 0,34). Enfin, la vaccination antigrippale 2019-2020 est fréquente (70,06 % au total) et associée à une meilleure acceptation du futur vaccin Covid-19 (hésitation/réticence : aOR 0,37).

Dans le prolongement de ces résultats sur l'acceptabilité vaccinale, une méta-analyse, publiée en 2023, a évalué l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé en Europe depuis la saison grippale 2020-2021 (253). Elle a porté sur 14 études observationnelles, dont 6 retenues pour l'analyse quantitative. Les principaux résultats rapportent, sur plusieurs études, des couvertures vaccinales plus élevées durant la saison 2020-2021 par rapport aux saisons précédentes, avec des augmentations allant de + 17 % à + 38 % par rapport à la saison 2019-2020, attribuées à une sensibilisation accrue liée à la pandémie de Covid-19.

Dans son guide paru en 2022 (214), l'OMS rappelle que la pandémie de Covid-19 a démontré l'importance cruciale de protéger les professionnels de santé pour assurer la continuité et la résilience du système de santé et de la société. Elle souligne l'intérêt de la vaccination pour le personnel de santé, en accord avec les arguments en faveur de l'OV décrits dans le chapitre 3.5.4 :

- **sécurité des professionnels de santé**, la vaccination les protégeant contre l'exposition professionnelle aux maladies évitables et réduisant les risques pour les soignants eux-mêmes, leurs familles et leurs communautés ;
- **sécurité des patients**, la vaccination des professionnels de santé contribuant à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales, ainsi qu'à la réduction des transmissions en milieu de soins ;
- **renforcement du système de santé**, la vaccination des professionnels augmentant la résilience des systèmes de santé ;
- **modélisation de comportements positifs en santé**, les professionnels vaccinés étant plus enclins à recommander la vaccination aux patients et aidants.

De plus, l'obligation vaccinale doit se penser en rapport avec l'ensemble des moyens et efforts mis en œuvre par les professionnels de santé pour protéger les patients, mais aussi l'ensemble des ressources mises à disposition des professionnels de santé par leurs employeurs à cet effet et pour protéger leur santé à eux. Des travaux publiés en 2022 et en 2025 ont rapporté que l'hésitation à intervenir chez les professionnels de santé pouvait trouver son origine dans un manque de confiance envers leur employeur, des conditions de travail médiocres, ainsi que des directives et une culture institutionnelles contradictoires (216, 254).

La mise en place d'une obligation pourrait rompre à un ensemble de principes éthiques si elle ne s'inscrit pas dans un contexte où n'est pas respecté plus généralement le souci de la santé de ces professionnels de santé et de la qualité du soin qu'ils proposent. Une étude menée en Israël et publiée en 2021 (255) souligne que plusieurs facteurs concourent à ce que cette exigence ne soit pas remplie et par conséquent que les obligations de vaccination aient un fondement éthique fortement atténué et qu'apparaissent des tensions au sein des centres de soin.

Enfin, une revue systématique publiée en 2026 (256), portant sur 28 études (parmi 2 494 articles identifiés) menées auprès d'infirmiers/infirmières, traite des défis éthiques liés aux obligations vaccinales contre la Covid-19. Les principaux résultats rapportent que ces politiques génèrent des tensions importantes entre devoir professionnel de protection et inquiétudes personnelles sur la sécurité ou l'efficacité des vaccins. L'étude souligne en particulier des situations de stigmatisation ou de mise à l'écart au sein des équipes. Les auteurs insistent sur l'importance d'une communication transparente, d'un accompagnement institutionnel et de stratégies incitatives pour favoriser l'adhésion et réduire les tensions éthiques.

En France, ces tensions ont également été observées (257). Le CCNE (2) rappelle que la campagne vaccinale contre la Covid-19 a suscité d'importants mouvements de contestations mêlant citoyens opposés au pass sanitaire (mis en place en juin 2021 et étendu le 9 août 2021 pour l'accès à des lieux

publics) et personnels de santé actifs mais minoritaires, dénonçant la décision du gouvernement de rendre les vaccins obligatoires pour l'exercice de leur profession. La répartition géographique des mobilisations était inversement proportionnelle à celle des taux de vaccination contre la Covid-19.

Dans les départements d'outre-mer (DROM), le scepticisme à l'égard du vaccin a exacerbé une situation sanitaire et sociale particulièrement tendue et fragilisée par l'intrication de la crise du système de soins et de la pandémie. En septembre 2021, alors que la part des 65-74 ans ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19 s'élevait à 93 % à l'échelle du pays, le taux de vaccination de cette même tranche d'âge se situait entre 40 et 45 % en Guyane, en Martinique et en Guadeloupe. Le CCNE souligne que la faible adhésion au vaccin en outre-mer, tant au sein de la population que chez les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, s'inscrit dans un contexte sanitaire et social particulièrement instable et fragilisé. Cette situation s'explique notamment par l'intrication de la crise du système de soins et une forte défiance envers l'État ancrée dans l'histoire coloniale et ravivée par l'affaire sanitaire et politique du chlordécone.

Dans ce contexte, le rapport ICOVAC (258), publié en 2024, apporte notamment des données d'enquêtes françaises complémentaires sur l'évolution des attitudes et comportements vaccinaux depuis l'émergence de la Covid-19, ainsi que sur l'acceptabilité de certaines mesures, dont l'obligation vaccinale.

Une enquête réalisée du 15 au 21 juillet 2021 par Santé publique France indique que, parmi les répondants ne souhaitant pas se faire vacciner, 10 % déclaraient qu'« un pass sanitaire facilitant les déplacements et l'accès à certains lieux ou évènements » était susceptible de les faire changer d'avis. Une étude réalisée auprès d'un petit échantillon de professionnels de santé (n = 76) au sein d'un service d'hospitalisation prenant en charge des patients atteints de Covid-19 rapporte que près des deux tiers des participants étaient favorables à l'obligation vaccinale pour les soignants.

Enfin, le rapport mentionne une enquête sur les rapports ordinaires à la science, réalisée en octobre et novembre 2020 auprès de 3 023 répondants. À la question « à qui faites-vous confiance pour dire la vérité sur le coronavirus ? », 92 % déclaraient avoir confiance dans les médecins, 83 % déclaraient avoir confiance dans les scientifiques/universitaires, 65 % déclaraient avoir confiance dans le ministère de la Santé.

Ces éléments rapportent que les politiques vaccinales mises en œuvre pendant la pandémie de Covid-19, par leur impact sur les perceptions et les comportements vaccinaux, et les tensions sociales associées, soulignent l'importance de documenter l'acceptabilité, les déterminants de l'adhésion et les conditions de mise en œuvre avant toute évolution de la politique vaccinale.

L'expérience de la pandémie de Covid-19 a renforcé l'attention portée aux conditions éthiques et organisationnelles des obligations vaccinales, ainsi qu'à la protection des professionnels de santé pour assurer la continuité du système de santé.

Une méta-analyse de 2023 rapporte une hausse de la couverture vaccinale antigrippale des professionnels comprise entre + 17 et + 38 % durant la saison 2020-2021 par rapport à 2019-2020, suggérant un changement d'attitude des professionnels de santé. Toutefois, des données récentes rapportent que les obligations vaccinales contre la Covid-19 chez les infirmiers ont généré des tensions et des situations de stigmatisation, soulignant la nécessité d'une communication transparente, d'un accompagnement institutionnel et de stratégies incitatives.

En France, la contestation de la vaccination contre la Covid-19, malgré la hausse des taux de vaccination, a été observée sur tout le territoire et particulièrement marquée dans les DROM où la faible couverture vaccinale s'expliquerait notamment par une défiance envers l'État, ancrée dans l'histoire coloniale et ravivée par l'affaire du chlordécone.

3.5.7. Implications des politiques vaccinales des professionnels de santé

Dans son guide publié en 2022 (214), l'OMS définit 4 types de stratégie vaccinale des professionnels de santé.

- **Vaccination volontaire** : la vaccination est recommandée et proposée aux professionnels de santé, mais l'acceptation est volontaire ou facultative, c'est-à-dire non obligatoire. L'OMS souligne que ces programmes ont souvent une faible couverture vaccinale. Par conséquent, dans le cas de la vaccination volontaire, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour optimiser le recours à la vaccination :
  - une stratégie de communication solide ;
  - un accès facilité à une vaccination gratuite, y compris pour les équipes de nuit.

  Les limites de la vaccination volontaire ont été soulignées par la revue de la Cochrane qui a permis d'identifier deux études, la première évaluant une intervention combinant vaccination gratuite sur site, supports éducatifs, rappels et suivi, l'autre portant sur la formation des infirmières pour promouvoir et organiser la vaccination. Or, ces interventions n'ont pas permis d'augmenter durablement la couverture vaccinale des soignants, qui n'a pas dépassé 33,7 % dans la première et qui a diminué de 48,2 % à 43,2 % dans la seconde.

- **Vaccination semi-obligatoire (« obligations souples »)** :
  - obligation de refuser activement la vaccination en signant des formulaires de non-participation, avec ou sans indication du motif ;
  - réaffectation des professionnels de santé refusant la vaccination ;
  - utilisation de masque au sein de l'établissement de santé.
- **Vaccination obligatoire** : la vaccination des professionnels de santé est exigible sur le plan légal ou règlementaire, tout en prévoyant certaines exemptions (ex. : contre-indication médicale).
- **Vaccination obligatoire sélective (« approche mixte »)** : la vaccination obligatoire ne s'applique qu'à certaines catégories de professionnels de santé susceptibles d'être en contact direct avec des patients à haut risque, tandis qu'une politique de vaccination volontaire est maintenue pour les autres catégories.

Une publication de novembre 2025 traitant de l'éthique de la santé publique a notamment présenté les arguments majeurs en faveur de l'obligation vaccinale lors de la pandémie de Covid-19. Concernant les implications de cette mesure, la publication souligne, comme l'avis du CCNE de 2023 (2), que l'OV peut avoir des effets contre-productifs, en diminuant notamment la confiance dans le système de santé, lorsqu'elle est perçue comme autoritaire ou insuffisamment justifiée et débattue (7).

Dans son guide paru en 2022 (214), l'OMS décrit plusieurs implications pratiques d'une obligation vaccinale, allant du transfert des professionnels de santé qui refusent la vaccination vers des services à faible risque ou loin des soins aux patients, au licenciement ou à des amendes infligées aux établissements de santé ou aux professionnels de santé eux-mêmes.

Le guide souligne également plusieurs implications systémiques attendues, notamment un effet d'entraînement sur l'adhésion des autres groupes cibles, un renforcement de la confiance envers la vaccination, et une préparation aux pandémies grâce à des mécanismes permettant d'immuniser rapidement le personnel de santé.

En complément, une communication scientifique publiée en 2023 (259) souligne les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination antigrippale des professionnels de santé, ainsi que les positions des principales organisations internationales. Les auteurs rappellent que les professionnels de santé constituent un groupe prioritaire pour la vaccination antigrippale, l'OMS estimant qu'environ 20 % d'entre eux contractent la grippe chaque année. Les éléments de littérature suivants sont ainsi repris :

- la vaccination réduit de 40 à 60 % le risque de maladie et contribue à diminuer la morbidité et la mortalité des patients, tout en limitant les infections secondaires dans l'entourage des soignants ;
- la rareté des effets indésirables graves ;
- l'importance éthique de protéger les patients vulnérables ;
- plusieurs organisations internationales (*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *Infectious Diseases Society of America* (IDSA), *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA), *American Academy of Pediatrics* (AAP)) soutiennent la vaccination obligatoire des professionnels de santé, considérée comme une stratégie coût-efficace au regard des arrêts maladie liés à la grippe, des transmissions nosocomiales et de l'impact économique des épidémies saisonnières.

L'OMS distingue quatre stratégies de vaccination des professionnels de santé : volontaire, semi-obligatoire, obligatoire et obligatoire sélective. Les formes semi-obligatoires incluent la signature d'un refus, la réaffectation ou l'usage du masque ; la vaccination obligatoire prévoit des exemptions médicales.

Elle décrit les implications pratiques et systémiques possibles d'une OV, comme des transferts de postes, des sanctions, un effet d'entraînement sur l'adhésion, un renforcement de la confiance envers la vaccination et une meilleure préparation aux pandémies.

Une communication scientifique de 2023 souligne par ailleurs les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination antigrippale des professionnels de santé, insistant sur la baisse de 40 à 60 % du risque de maladie, la rareté des effets indésirables et le caractère coût-efficace de l'OV, notamment.

Des données récentes rapportent toutefois que l'OV peut avoir des effets contre-productifs, en diminuant notamment la confiance dans le système de santé, lorsqu'elle est perçue comme autoritaire ou insuffisamment justifiée et débattue.

Conclusion sur le critère des valeurs et préférences de la population cible

En l'absence d'obligation, la couverture vaccinale constitue un indicateur de l'acceptabilité d'une intervention vaccinale.

L'expérience de la pandémie de Covid-19 a renforcé l'attention portée aux conditions éthiques et organisationnelles des obligations vaccinales, ainsi qu'à la protection des professionnels de santé pour assurer la continuité du système de santé.

Professionnels

La couverture vaccinale des professionnels reste insuffisante, avec environ 19 % en établissements de santé (33,9 % chez les médecins ; 19-30 % chez les paramédicaux) et environ 21-22 % en EHPAD pour les saisons 2023-2025.

Des données issues d'une enquête menée par Santé publique France dans 167 établissements de santé et 558 EHPAD rapportent que plusieurs mesures organisationnelles peuvent être associées à des augmentations de couvertures vaccinales allant de + 15 % à + 44 % dans les établissements de santé et de + 16 % à + 69 % dans les EHPAD.

Néanmoins, les données récentes confirment que l'obligation vaccinale est l'intervention la plus efficace pour augmenter la couverture vaccinale des professionnels de santé, permettant d'atteindre des taux supérieurs à 90-94 %.

L'acceptabilité d'une obligation vaccinale contre la grippe est faible à modérée : environ 43 % des professionnels y sont favorables selon l'enquête nationale (avec 77 % d'acceptation chez les médecins, mais seulement 32 % chez les aides-soignants). Les obstacles identifiés incluent principalement l'autonomie professionnelle, la perception d'un faible bénéfice et les doutes sur l'efficacité.

En matière de vaccination des professionnels de santé, l'OMS identifie 4 stratégies : volontaire, semi-obligatoire, obligatoire et obligatoire sélective. Elle décrit les implications possibles d'une OV, comme des transferts de postes, des sanctions, un effet d'entraînement sur l'adhésion, un renforcement de la confiance envers la vaccination et une meilleure préparation aux pandémies.

Personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité

La couverture vaccinale des résidents en EHPAD est élevée (82-83 % selon les saisons 2023-2025), illustrant une bonne adhésion. Dans la population générale, les personnes âgées sont plus favorables à une obligation : environ 62-68 % soutiennent une obligation pour les professionnels et les populations vulnérables dans l'enquête ICOVAC 2025. Les réticences générales vis-à-vis de la grippe restent faibles (6 % en 2023).

3.6. Faisabilité de la mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale

L'évaluation de la faisabilité d'une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière requiert une analyse intégrée des dimensions scientifiques, organisationnelles, juridiques et éthiques. Elle doit être conduite au regard des capacités actuelles du système de santé français, des enseignements tirés des expériences nationales et internationales, ainsi que des principes constitutifs de la démocratie sanitaire.

Par ailleurs, s'agissant des personnes âgées de plus de 65 ans résidant en collectivité, il convient de préciser que les établissements concernés (EHPAD, notamment) ne constituent pas seulement des lieux de soins, mais des lieux de résidence à part entière. Cette dimension modifie profondément les conditions de faisabilité d'une obligation vaccinale : les résidents y vivent au quotidien, reçoivent leurs proches, exercent leurs libertés individuelles dans un cadre qui ne peut être assimilé à celui d'un établissement de santé.

L'élaboration de ce chapitre s'appuie sur les discussions menées avec le groupe de travail OV grippe, les auditions menées par la CTV et les contributions écrites collectées, qui ont permis d'enrichir l'analyse et d'en préciser les enjeux.

3.6.1. Mise en œuvre logistique et opérationnelle

La campagne de vaccination antigrippale est déjà structurée à l'échelle nationale, avec des vaccins disponibles chaque année, dont des formulations adaptées aux différents groupes d'âge.

L'éventuelle mise en place d'une obligation nécessiterait le renforcement du cadre logistique existant, notamment en matière de :

- **campagnes annuelles de vaccination** ;
- **gestion des commandes afin de garantir la disponibilité** des vaccins avant le début de chaque saison (à partir d'octobre) ;
- **stockage** de doses de vaccins ;
- **accessibilité** (équipes mobiles, vaccination sur le lieu de travail), éléments déjà identifiés comme leviers d'adhésion chez les professionnels.

Pour les professionnels de santé, l'OMS (214) rapporte que, dans la plupart des pays, leur vaccination relève de la responsabilité de l'établissement employeur, dans le cadre de son programme de santé et de sécurité au travail. Toutefois, certains États confient cette mission à un programme national d'immunisation, qui peut également assurer la coordination des campagnes annuelles, notamment pour la grippe saisonnière. Dans ce cas, les campagnes sont généralement déployées directement sur le lieu de travail des professionnels de santé, ou à proximité immédiate, afin de garantir un accès simple et rapide.

L'OMS insiste sur la nécessité d'un environnement où la vaccination est perçue comme une norme professionnelle, liée à la sécurité des patients et des soignants (culture institutionnelle de prévention).

Au-delà du soutien institutionnel, l'OMS identifie plusieurs facteurs opérationnels favorisant la réussite des programmes de vaccination des professionnels de santé :

- l'implication du management de proximité ;
- l'existence d'une culture de prévention ;
- la mobilisation de pairs influents ;
- la capacité des équipes encadrantes à expliciter les objectifs et les bénéfices de la vaccination.

À la différence des établissements de santé, les EHPAD accueillent des personnes dans leur lieu de vie, parfois en perte d'autonomie, ce qui nécessite une organisation vaccinale individualisée au sein des unités de vie, des chambres ou espaces collectifs. Les campagnes doivent tenir compte des rythmes de vie, des temps d'accompagnement, de la présence des aidants ou tuteurs, et de l'organisation des soins courants.

La campagne antigrippale dispose déjà d'une organisation nationale structurée. L'instauration d'une obligation vaccinale antigrippale nécessiterait de renforcer en particulier les campagnes annuelles de vaccination, la gestion des commandes de vaccins, les stocks de doses et l'accessibilité.

Selon l'OMS, la réussite des programmes de vaccination des professionnels de santé repose également sur un environnement institutionnel favorable, l'implication du management, une culture de prévention, l'appui de professionnels référents et la clarté des informations transmises par les équipes.

À la différence des établissements de santé, les EHPAD accueillent des personnes dans leur lieu de vie, parfois en perte d'autonomie, ce qui nécessite une organisation vaccinale adaptée.

3.6.2. Mobilisation des ressources humaines

L'éventuelle mise en œuvre d'une obligation vaccinale antigrippale annuelle nécessiterait des ressources humaines suffisantes, disponibles et formées, tant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux que dans les structures d'exercice libéral.

> Les enjeux organisationnels liés au caractère annuel de la vaccination contre la grippe conditionnent la faisabilité globale d'une obligation vaccinale. Ils impliquent une coordination soutenue, une mobilisation récurrente des équipes, un pilotage renforcé des systèmes d'information et des approvisionnements, ainsi qu'un effort constant de formation et de communication auprès des professionnels et des résidents.

La vaccination contre la grippe peut être réalisée par un large éventail de professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes). Toutefois, plusieurs contraintes peuvent être relevées, augmentant potentiellement le risque d'hétérogénéité dans la mise en œuvre de l'OV et la couverture vaccinale, comme :

- les tensions dans les effectifs dans de nombreux établissements : 61 % des EHPAD déclaraient des difficultés de recrutement en 2019, et en 2021, un tiers des EHPAD étaient contraints de réduire leur nombre de places en raison de difficultés de recrutement (260) ;
- la présence accrue de personnels intérimaires, vacataires ou remplaçants, rendant plus complexe la coordination des campagnes : en 2023, 28,3 % des directeurs d'EHPAD recouraient quotidiennement à l'intérim, 31 % au moins une fois par semaine (260), avec un taux de rotation des effectifs de 25,6 % (261).

Par ailleurs, la mise en place d'une OV antigrippale implique une charge de travail supplémentaire liée à l'organisation des séances de vaccination, le suivi des personnels et résidents non vaccinés, la gestion des refus, etc.

En EHPAD, les équipes doivent intervenir avec une attention particulière au respect de la vie privée, ce qui suppose du temps, un accompagnement adapté et parfois la présence d'un tiers de confiance. Cela peut impliquer une formation du personnel pour assurer cet accompagnement en tenant compte des besoins organisationnels.

La mise en œuvre d'une obligation vaccinale antigrippale annuelle exigerait des ressources humaines suffisantes et coordonnées dans tous les secteurs, dans un contexte de tensions d'effectifs et de contraintes organisationnelles importantes.

En EHPAD, les équipes doivent intervenir avec une attention particulière au respect de la vie privée, pouvant impliquer un besoin de personnel supplémentaire et une formation adaptée.

3.6.3. Contrôle et gestion des refus

Les établissements de santé et médico-sociaux disposent déjà de dispositifs éprouvés de vérification et de suivi des obligations vaccinales des professionnels. Les obligations en vigueur – notamment

contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite – reposent sur des procédures standardisées de contrôle à l'embauche, de tenue des justificatifs par les employeurs et d'intégration de la vaccination dans les démarches de santé au travail.

L'employeur est responsable de l'évaluation et de la prévention des risques résultant de l'exposition aux agents biologiques. Le médecin du travail participe, sous la responsabilité de l'employeur, et en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) dans les établissements de santé et médico-sociaux, à l'élaboration du programme de prévention qui peut reposer sur différentes mesures (vaccination, respect des précautions d'hygiène, utilisation de matériel adapté et de protections individuelles, information et formation du personnel…)[27].

Ces mécanismes ont été renforcés lors de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 (vérification du statut vaccinal, circuits dédiés, conservation des preuves, coordination RH/santé au travail). Ils pourraient constituer une base de réflexion organisationnelle pour la mise en place d'une éventuelle obligation vaccinale antigrippale pour les professionnels.

3.6.3.1. Chez les professionnels

Contrôle

Conformément aux dispositions encadrant déjà les obligations vaccinales des professionnels de santé, l'arrêté du 2 août 2013 précise que les personnes soumises à l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique[28] doivent fournir la preuve de leur immunisation dès leur entrée en fonction. À défaut, elles ne peuvent exercer une activité les exposant à un risque de contamination au sein d'un établissement ou organisme de prévention ou de soins.

Le médecin du travail évalue, pour chaque professionnel, le niveau d'exposition lié au poste occupé et détermine les vaccinations nécessaires.

De même, les élèves et étudiants concernés doivent justifier de leur immunisation au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement, et au plus tard avant le début de leurs stages en milieu sanitaire ou médico-social. Sans cette preuve, ils ne peuvent effectuer leurs stages.

Dans le cas où une obligation vaccinale serait décidée, les services de santé au travail ou les référents hygiène/risques infectieux pourraient être mobilisés pour assurer cette vérification.

Toutefois, le récent rapport du CNOM (206), publié en novembre 2025, souligne qu'à la différence des professionnels hospitaliers et salariés du secteur médico-social, **les médecins libéraux ne relèvent d'aucune médecine du travail**. Cette situation crée un vide règlementaire majeur dans l'application des obligations vaccinales.

Cette situation soulève des questions d'équité, de traçabilité et d'efficacité de la politique vaccinale, une minorité significative de professionnels échappant *de facto* aux obligations légales.

De plus, une vérification annuelle du statut vaccinal, réalisée avant le début de la période épidémique, rend d'autant plus délicats le contrôle et le suivi.

Le CNOM propose de s'appuyer sur plusieurs outils technologiques, tels que :

- développement d'un carnet vaccinal électronique interopérable (DMP, Mon espace santé) ;
- interfaces entre les systèmes d'information des ordres et des ARS ;

[27] Chapitre Ier : Dispositions générales (articles R. 4421-1 à R. 4421-4) – Légifrance

[28] Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique – Légifrance

- alertes automatisées pour les rappels vaccinaux.

S'appuyant sur le Code de déontologie médicale (art. R. 4127-11 CSP) qui impose aux médecins de « protéger la santé de leurs patients », le CNOM estime qu'une évolution vers une culture de responsabilité individuelle et collective apparaît essentielle.

Gestion des refus

En pratique, la gestion des refus doit pouvoir concilier protection des personnes vulnérables, respect des droits individuels et continuité de l'activité dans les établissements.

Lorsque la vaccination n'est pas réalisée malgré l'information fournie et en l'absence d'exemption médicale, des mesures alternatives doivent être mises en œuvre afin de réduire les risques de transmission. Toutefois, ces mesures ne peuvent pas inclure le port d'un masque chirurgical ou FFP2 dans les espaces à risque ou au contact de personnes vulnérables, ou le renforcement des mesures barrières (hygiène des mains, organisation des flux, distanciation lorsque possible), qui relèvent déjà de recommandations transversales et s'appliquent indépendamment du statut vaccinal.

Plusieurs pays ont mis en œuvre des politiques contraignantes de vaccination antigrippale des professionnels de santé, permettant de documenter leur impact sur la couverture vaccinale, les refus et les départs du personnel.

En Finlande, le dispositif mis en place depuis 2017 repose sur une obligation fonctionnelle, avec des exemptions médicales limitées (249). En cas de refus ou d'impossibilité, l'amendement prévoit une réaffectation sans contact avec les patients vulnérables.

Aux États-Unis, une étude menée sur 5 ans dans un centre médical de grande taille (établissement de soins de longue durée (*long-term care institutions*, LTCI), assimilable à un EHPAD, a évalué une politique imposant aux professionnels de santé soit la vaccination antigrippale annuelle, soit le port du masque pendant la saison grippale en cas d'exemption médicale ou religieuse. La première année, 4 588/4 703 professionnels (97,6 %) ont été vaccinés. Au cours des 4 années suivantes, la couverture vaccinale est restée supérieure à 98 %. Les exemptions concernaient moins de 0,7 % des professionnels, et moins de 0,2 % ont refusé la vaccination et quitté l'établissement (135).

En France, la limitation ou la réaffectation temporaire vers des activités comportant un moindre risque de transmission n'apparaissent pas envisageables en pratique, compte tenu des contraintes structurelles et des tensions persistantes en ressources humaines dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le HCSP avait émis, à la suite d'une saisine par la direction générale de la Santé (DGS), un « avis relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé » les 27 septembre et 7 octobre 2016 (3), précisant que toute obligation vaccinale induit des difficultés tenant :

- au fait que toute proposition de levée éventuelle d'une obligation vaccinale en milieu professionnel ne devra en aucun cas être considérée comme une remise en question de l'intérêt de cette vaccination, que ce soit pour les professionnels visés ou pour la population générale ;
- aux différences d'indemnisation des effets indésirables des vaccins selon qu'ils sont obligatoires ou non ;
- aux conséquences sur l'emploi pour les vaccinations en milieu professionnel, le non-respect d'une obligation vaccinale pouvant conduire à un refus d'embauche ou à un licenciement par inaptitude.

3.6.3.2. En population générale

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité, la vaccination est généralement réalisée dans le cadre des campagnes annuelles en EHPAD ou par les professionnels intervenant en établissement.

Contrôles

La vérification du statut vaccinal peut être effectuée :

- lors de l'admission, sur la base des documents médicaux fournis par la personne, son entourage ou son médecin traitant ;
- lors de la campagne vaccinale annuelle, par les équipes soignantes ou les professionnels habilités intervenant dans l'établissement ;
- au moyen du dossier médical partagé ou de Mon espace santé lorsque l'information est disponible, afin de renforcer la fiabilité et la continuité du suivi ;
- dans les situations à risque accru (épisodes groupés d'IRA, hausse de la circulation virale), par une actualisation du statut vaccinal permettant d'identifier rapidement les personnes non protégées.

Gestion des refus

Dans le cas où une obligation vaccinale serait mise en place, la gestion des refus chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité nécessite une approche éthique, individualisée et respectueuse de l'autonomie des résidents. Elle doit, en outre, garantir un niveau élevé de protection collective, dans un environnement où les risques de transmission et de formes graves sont particulièrement importants.

Par ailleurs, dans les EHPAD, les résidents sont accueillis dans leur lieu de vie et non dans un espace de soins transitoire. Cette spécificité les distingue des patients hospitalisés et pourrait limiter de fait les possibilités de recourir à des mesures contraignantes. Toute décision impliquant une vaccination obligatoire doit donc être envisagée avec une prudence renforcée, en tenant pleinement compte des droits attachés au domicile, de l'autonomie des personnes et du caractère permanent de leur présence dans l'établissement concerné.

Avant toute mesure, l'établissement doit s'assurer que :

- l'information a été transmise de manière adaptée aux capacités cognitives et sensorielles du résident ;
- les familles ou représentants légaux ont été associés lorsque la situation l'exige ;
- les bénéfices attendus, les risques liés à la non-vaccination et les alternatives existantes ont été clairement exposés ;
- la décision recueillie traduit un consentement libre, éclairé et réitéré si nécessaire.

Lorsque la vaccination n'est pas réalisée malgré l'information fournie et en l'absence d'exemption médicale, des mesures alternatives doivent être mises en œuvre ou renforcées, pour limiter la transmission au sein de l'établissement.

Elles peuvent inclure :

- le port renforcé du masque lors des activités collectives, en particulier en période de circulation virale élevée ou au contact de personnes très vulnérables ;
- une surveillance clinique accrue, afin de détecter précocement des symptômes évocateurs et de limiter l'exposition ;

- des ajustements organisationnels réduisant les situations de forte promiscuité ou les regroupements en espaces clos en période épidémique ;
- des adaptations temporaires des activités collectives, permettant de réduire le risque sans isoler les résidents ;
- l'application renforcée des mesures barrières, notamment l'hygiène des mains, l'aération et la ventilation des espaces, selon les recommandations nationales ;
- l'adaptation des visites en cas de circulation virale intense, en privilégiant les modalités limitant le risque (port du masque des visiteurs, espaces dédiés, horaires adaptés).

Chez les professionnels de santé, le contrôle de l'OV pourrait être réalisé par les services de santé au travail ou les référents hygiène/risques infectieux. Toutefois, la mise en œuvre généralisée est complexe, notamment en raison de l'absence de médecine du travail pour les médecins libéraux et des difficultés de vérification annuelle du statut vaccinal. Le CNOM recommande de renforcer les outils numériques pour améliorer la traçabilité et promouvoir une responsabilité individuelle et collective. En cas de refus de vaccination, les mesures alternatives sont décrites à l'étranger (Finlande, États-Unis) : port du masque, réaffectation fonctionnelle. En France, le port du masque s'applique indépendamment du statut vaccinal et la réaffectation ferait face à des contraintes organisationnelles.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité, à titre de domicile et non de manière transitoire, la vérification du statut vaccinal des résidents peut être réalisée à l'admission, lors des campagnes annuelles. En cas de refus, une approche individualisée et respectueuse du consentement doit être garantie, après s'être assuré de la bonne information du résident et de ses proches.

3.6.4. Systèmes d'information

La mise en œuvre d'une obligation vaccinale antigrippale annuelle doit reposer sur des systèmes d'information capables d'assurer la **traçabilité**, la **fiabilité** et la **circulation sécurisée** des données vaccinales, à la fois pour les professionnels et pour les personnes âgées résidant en collectivité.

Les systèmes d'information pourraient en particulier permettre :

- la vérification automatisée du statut vaccinal, notamment dans les périodes précédant la saison grippale ;
- la centralisation des preuves vaccinales, quelle que soit la modalité d'administration (en établissement, en ville, en officine, via une équipe mobile) ;
- l'interopérabilité avec les outils institutionnels (DMP, Mon espace santé), les logiciels des établissements et les bases d'information des autorités sanitaires ;
- l'identification rapide des personnes non vaccinées, pour déclencher les mesures d'information ou de gestion des refus ;
- l'alimentation en temps réel des systèmes de surveillance, notamment pour le suivi de la couverture vaccinale, des épisodes d'infections respiratoires aiguës en collectivité, et de la survenue d'éventuels clusters.

Toutefois, la mise en œuvre opérationnelle de ces fonctionnalités se heurte à plusieurs limites structurelles, liées à l'hétérogénéité des outils actuellement utilisés selon les secteurs d'exercice.

- **Dans les établissements sanitaires et médico-sociaux**, les capacités de saisie et de mise à jour des données vaccinales sont variables, en raison d'outils hétérogènes, de niveaux d'équipement différents et d'un recours encore partiel à des systèmes interopérables.
- **Dans le secteur libéral**, l'absence de médecine du travail et la multiplicité des solutions logicielles entraînent un déficit de standardisation et une traçabilité limitée du statut vaccinal (206).
- **Dans les EHPAD**, si les campagnes vaccinales sont globalement bien documentées, les registres restent souvent locaux, parfois manuscrits, et rarement interconnectés avec les systèmes nationaux, ce qui limite la visibilité de la couverture vaccinale réelle à l'échelle régionale ou nationale.

En cas d'instauration d'une OV antigrippale annuelle, les systèmes d'information devraient permettre une traçabilité fiable et sécurisée des données vaccinales, en automatisant la vérification du statut vaccinal, en centralisant les preuves et en facilitant l'interopérabilité avec les outils nationaux. Toutefois, leur mise en œuvre se heurte à plusieurs limites, comme l'hétérogénéité des outils utilisés dans les établissements, le manque de standardisation en secteur libéral et l'absence d'interconnexion des registres en EHPAD.

3.6.5. Communication et formation

La mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale nécessiterait une stratégie de communication et de formation lisible et adaptée aux publics concernés. Elle doit permettre de soutenir l'adhésion, de réduire les incompréhensions, de faciliter l'appropriation des mesures et d'accompagner les établissements dans l'application opérationnelle de l'obligation.

La stratégie de communication et de formation peut reposer sur :

- la cohérence nationale des messages portés par les autorités sanitaires ;
- la coordination interprofessionnelle, incluant les médecins traitants, particulièrement influents dans les décisions vaccinales des personnes âgées ;
- la mise à disposition d'outils adaptés à chaque public, validés au niveau national ;
- la formation continue des équipes, indispensable dans les secteurs où le turnover est important ;
- l'évaluation régulière de l'impact des actions de communication (couverture vaccinale, retours des professionnels, satisfaction des résidents et des familles).

En particulier pour les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité, la communication doit principalement intégrer :

- des messages simples, accessibles, utilisant des supports visuels ou audio lorsque nécessaire ;
- des informations sur l'efficacité des vaccins chez les personnes âgées, les bénéfices attendus en matière de prévention des formes graves et d'hospitalisations ;
- des explications sur le déroulement concret de la vaccination dans l'établissement ;
- des présentations claires des mesures appliquées en cas de refus, en insistant sur le respect des libertés individuelles ;

- des réponses aux questions fréquentes (effets secondaires, coadministration vaccinale, suivi médical) ;
- une communication dédiée aux proches, indispensable pour la prise de décision chez les personnes vulnérables ;
- la mise en place de temps d'échange avec les équipes soignantes pour clarifier les incertitudes.

La mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale nécessite une communication claire et des actions de formation adaptées, afin de soutenir l'adhésion, répondre aux interrogations et accompagner concrètement les établissements.

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité, la communication doit être simple, accessible et pédagogique, expliquer concrètement le déroulement de la vaccination, répondre aux questions fréquentes et associer les proches tout en offrant des temps d'échanges avec les équipes soignantes.

3.6.6. Dispositions juridiques d'une obligation vaccinale

L'OMS souligne que les lois et les justifications juridiques de la vaccination obligatoire diffèrent selon les juridictions (1).

L'obligation vaccinale peut être légale ou règlementaire. Les deux sont des obligations contraignantes. Leur différence repose sur : leur origine, leur portée et leur processus d'élaboration.

L'obligation légale est une obligation qui émane directement d'une loi, adoptée par le Parlement dans le cadre de sa compétence législative. Ces textes, votés par les représentants élus, ont une portée générale et s'imposent à l'ensemble des citoyens ou à une large catégorie de la population. La modification de ces textes nécessite de repasser par le processus législatif, long et complexe, ce qui leur confère une stabilité.

L'obligation règlementaire émane du pouvoir exécutif, c'est-à-dire du président, du gouvernement ou d'autres autorités administratives. Elle prend la forme de décrets, arrêtés, circulaires ou délibérations et se caractérise par son contenu plus technique et détaillé qui vient préciser les modalités d'application d'une loi. Ces textes doivent se conformer à leur base législative. Il s'agit d'obligations plus adaptables, leur processus d'adoption étant beaucoup plus rapide. Elles ciblent des situations spécifiques.

En synthèse, le pouvoir législatif fixe des règles générales, le pouvoir règlementaire en détaille l'application.

L'obligation vaccinale peut être légale ou règlementaire. Les deux sont des obligations contraignantes. Leur différence repose sur : leur origine, leur portée et leur processus d'élaboration.

Conclusion sur le critère de faisabilité de la mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale

La campagne antigrippale s'appuie déjà sur une organisation nationale structurée. Toutefois, l'instauration d'une obligation vaccinale nécessiterait de renforcer plusieurs volets, notamment les campagnes annuelles de vaccination, la gestion des commandes de vaccins, les stocks de doses et l'accessibilité.

Selon l'OMS, la réussite des programmes de vaccination des professionnels de santé repose également sur un environnement institutionnel favorable, l'implication du management, une culture de prévention, l'appui de professionnels référents et la clarté des informations transmises par les équipes.

Professionnels

La mise en œuvre d'une obligation vaccinale des professionnels nécessite un renforcement des dispositifs organisationnels : traçabilité vaccinale, systèmes d'information, gestion des refus, articulation avec la médecine du travail et les structures libérales. Les contraintes de ressources humaines, les hétérogénéités de secteurs (hospitalier, médico-social, libéral) et l'absence de dispositifs structurés pour les professionnels libéraux compliquent l'opérationnalisation.

Personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité

La faisabilité d'une obligation vaccinale chez les résidents requiert un cadre éthique et juridique clair, tenant compte du consentement éclairé et des principes de proportionnalité. L'accessibilité et la disponibilité du vaccin sont déjà assurées, mais nécessiteraient d'être renforcées.

Enfin, le caractère annuel de la vaccination antigrippale impose une organisation récurrente, reposant sur une coordination continue des équipes, une mobilisation annuelle des ressources, un pilotage soutenu des systèmes d'information et des approvisionnements, ainsi qu'un effort maintenu de formation et de communication auprès des professionnels et des résidents.

4. Position des experts du groupe de travail

La position du groupe de travail multidisciplinaire s'appuie sur une analyse intégrée des preuves disponibles, sur les retours d'expérience des professionnels et sur les échanges menés en séance (Annexe 11).

La réunion du groupe de travail s'est tenue le 16 février. Il réunissait des compétences en gériatrie (2 experts), droit public, médecine générale, représentation des usagers, infectiologie (2 experts, dont un en infectiologie gériatrique), hygiène hospitalière, philosophie morale et politique, médecine du travail, coordination médicale en EHPAD, prévention des risques infectieux, anthropologie de la santé et pharmacie (2 experts, dont un épidémiologiste et un pharmacien hospitalier).

La participation d'un directeur d'hôpital a été recherchée sans succès. Par ailleurs, un anthropologue de la santé et un infectiologue, sollicités et invités à participer, n'ont pas pu prendre part aux travaux en raison de contraintes d'agenda.

Ce chapitre synthétise les éléments de preuve avec l'expérience de terrain et les enjeux opérationnels identifiés par les experts.

4.1. Discussion sur les critères d'évaluation

Les discussions du GT autour des critères d'évaluation retenus ont principalement porté sur les éléments suivants.

Probleme de sante publique

- Importance des infections grippales liées aux soins mais difficulté à distinguer ce qui relève de transmissions internes *vs* visiteurs
- Vulnérabilité des patients et résidents âgés de 65+, en particulier ceux âgés de 75+

Balance benefices/risques (EV directe et indirecte)

- Efficacité vaccinale modérée (~ 36 %) mais très variable selon les saisons et les virus circulants
- Selon l'analyse épidémiologique :

  →Pas d'immunité de groupe atteignable

  →Non-nuisance impossible à démontrer de manière robuste
- Chez les 75+, EV plus basse (immunosénescence) mais impact favorable sur les formes graves

Moyens de prevention complementaires

- Importance des mesures barrières (lavage des mains, désinfection des mains par friction hydroalcoolique, masques…), souvent mal appliquées
- Masques et gel hydroalcoolique parfois indisponibles en établissements
- Importance de responsabiliser les visiteurs en leur demandant d'avoir leurs propres masques pour une protection individuelle et collective
- Absence de preuve sur la supériorité d'un moyen de prévention par rapport aux autres (masques et gel hydroalcoolique *vs* vaccins)

Valeurs et preferences de la population cible

- Forte hétérogénéité selon les établissements, les catégories de services et les catégories de professions en matière de taux de couverture de la vaccination antigrippale (ex. : aides-soignants beaucoup moins vaccinés que médecins)
- Difficultés particulières chez les travailleurs de nuit/catégories plus précaires (acceptabilité très basse)

- **Leviers identifiés**
  - Faciliter l'accès (équipes mobiles, vaccination sur site, documentation multimodale)
  - Faire appel à des référents vaccination dans les services (personnes susceptibles d'apporter des informations fiables sur la vaccination), leaders d'opinion, messages cohérents, indicateurs de couvertures vaccinales visibles
  - Proposer des « bons vaccination » pour une vaccination gratuite et facilement accessible, financés pour les professionnels et aidants
- **Freins identifiés**
  - Forte réticence des professionnels à l'obligation vaccinale : mauvaise expérience ressentie de la Covid-19, lassitude vaccinale, peur de perdre des soignants, risque de « guerre sociale ». Cette réticence est vaccin dépendante, la réticence pour l'OV rougeole est faible
  - Vaccination contre la grippe annuelle
  - Opposition soignants/management (refus de contrôle)
- **Efforts à poursuivre**
  - Campagnes de vaccination internes au plus proche des professionnels (vaccination dans les services, horaires larges, vaccination gratuite…), rôle des directeurs et coordonnateurs en EHPAD pour soutenir les campagnes. Disponibilité du vaccin, campagnes internes, rôle des directeurs et coordonnateurs en EHPAD
  - Programmes de formation/outils motivationnels

    →Entretien motivationnel, questionnaires en EHPAD pour comprendre les blocages

    →Mise en place de formations collectives ou individuelles sur la grippe et les vaccins adaptées aux catégories de professionnels

    →Nomination de référents vaccination (personnes susceptibles d'apporter des informations fiables sur la vaccination) dans les services (au plus proche des professionnels)

    →Implication des soignants et des salariés dans la prévention contre la grippe pour mettre en place une organisation proactive

FAISABILITE D'UNE OBLIGATION VACCINALE ANTIGRIPPALE

- Problématique selon la quasi-totalité des experts
- Pénurie de personnel → risque important de démissions si OV des professionnels
- Logistique lourde : suivi des refus, contrôle des statuts, RH, médecine du travail sous tension
- **Faisabilité juridique**
  - L'OV est juridiquement possible, mais fragile car les critères européens (atteinte justifiée, bénéfice collectif important, prévention d'une crise, proportionnalité) sont difficiles à démontrer pour la vaccination contre la grippe saisonnière
  - Le droit permet de raisonner en catégories professionnelles (exposition, contact avec vulnérables), mais cela reste délicat à mettre en œuvre
  - Pour les résidents : OV très difficile car l'EHPAD est un domicile, les critères seraient fragilisés
- **Faisabilité pratique**
  - Difficulté pour la médecine du travail : pas accès au dossier médical partagé, pas de moyens de suivi ; de plus, la médecine du travail n'est pas disponible dans tous les établissements
  - Difficulté pour les établissements : traçabilité, confidentialité

- En cas d'OV, il faudrait envisager des mesures (telles que la mise en demeure, la privation de primes, la procédure disciplinaire pour les salariés) et/ou des sanctions ordinales (libéraux) → pas forcément de licenciement, mais un système progressif.

– **Alternatives légales**
  - Incitation forte (« droit mou »), mesures pour simplifier la vie des personnes vaccinées et rendre certains aspects plus contraignants pour les non-vaccinés, dans la limite du raisonnable ;
  - Incitations financières : primes, avantages ;
  - Obligation de moyens plutôt que de résultats : rendre obligatoire l'organisation de ces campagnes de vaccination au sein des établissements, rendre obligatoire la nomination de référents vaccination au sein des établissements ou des services (grands établissements), fixer des objectifs de couvertures vaccinales aux établissements et diffusion publique de l'indicateur de couverture vaccinale VAG de l'établissement responsable ;
  - Mise en place d'un *mandatory declinaison form* où les professionnels non vaccinés doivent expliciter par écrit les raisons de non-vaccination (mesure testée aux États-Unis, en Australie, au Japon et au Qatar). Elle a l'avantage d'inviter les professionnels à réfléchir aux raisons réelles de leur refus, de permettre de recueillir les freins à la vaccination et d'ajuster les actions susceptibles d'augmenter les couvertures vaccinales dans l'établissement concerné. Il a cependant été mis en avant des difficultés de mise en œuvre (organisation, temps de recueil des informations…) ;
  - Déclaration du statut vaccinal à l'employeur juridiquement possible grâce aux leviers du RGPD si elle poursuit un objectif légitime de santé publique, même si c'est discriminant → mesure intermédiaire, moins lourde qu'une OV.

4.2. Points d'attention soulignés par les experts du groupe de travail

Dans le cadre de ses échanges, le groupe de travail a mis en évidence plusieurs considérations essentielles pour apprécier la pertinence d'une obligation vaccinale antigrippale.

Efficacité vaccinale chez les 75 ans et plus

Les experts ont rappelé que l'efficacité vaccinale tend à diminuer avec l'âge, en particulier au-delà de 75 ans, en lien avec l'immunosénescence. Cette diminution ne remet pas en cause l'intérêt de la vaccination mais constitue un élément important pour évaluer la balance bénéfices/risques dans cette population à risque élevé.

Acceptabilité et contexte post-Covid

L'analyse du groupe de travail souligne une baisse de l'acceptabilité vaccinale depuis la pandémie de Covid-19, marquée selon les experts par une lassitude des professionnels, une augmentation des oppositions et une complexification du consentement pour les résidents en établissement. Ces éléments influencent directement les niveaux de couvertures vaccinales observés et doivent être pris en compte pour interpréter les résultats et concevoir des stratégies adaptées.

Outils d'accompagnement au changement et campagnes vaccinales

Plusieurs experts ont souligné l'intérêt des dispositifs d'accompagnement au changement, tels que les outils d'entretien motivationnel, les questionnaires de repérage des freins, des outils de formation adaptés aux différentes catégories professionnelles, et les référents vaccination dans les services. Des

initiatives locales rapportent qu'une organisation proactive, un accès facilité au vaccin et un soutien institutionnel renforcent l'adoption des mesures de prévention.

Alternatives légales à l'OV antigrippale

Le groupe de travail identifie plusieurs alternatives à une obligation vaccinale :

- une incitation forte, relevant du « droit mou », pour faciliter le parcours des personnes vaccinées tout en rendant certains aspects plus contraignants pour les non-vaccinés ;
- des incitations financières (primes, avantages, accès facilité) ;
- une obligation de moyens, basée sur des campagnes de vaccination obligatoires et des objectifs de couverture fixés aux établissements ;
- une diffusion publique de l'indicateur de couverture vaccinale VAG de l'établissement ;
- la déclaration du statut vaccinal à l'employeur, juridiquement possible via les leviers du RGPD dans un objectif légitime de santé publique, une mesure intermédiaire, moins contraignante qu'une obligation vaccinale.

4.3. Conclusion des experts du groupe de travail

Au regard des données présentées et des échanges sur les différents retours de terrain, les experts réaffirment unanimement l'importance de la vaccination antigrippale, tant chez les professionnels de santé et les autres professionnels en contact avec les patients vulnérables, que chez les personnes de 65 ans et plus résidant en collectivité. Toutefois, le groupe exprime très majoritairement des réserves sur la mise en place d'une obligation vaccinale.

- ➔ **Concernant les professionnels**, 11 experts sur 13 se déclarent défavorables à une OV, invoquant notamment l'efficacité vaccinale jugée insuffisante pour justifier une telle mesure, ainsi que les tensions en ressources humaines et les difficultés pratiques de mise en œuvre. Les deux autres experts estiment que l'OV pourrait être envisagée uniquement sur le plan théorique mais non pertinente dans la situation actuelle.
- ➔ **Pour les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité**, 12 experts sur 13 sont opposés à une OV, rappelant le statut de lieu de vie des EHPAD, les bonnes couvertures vaccinales observées et les limites juridiques. Un expert se prononce en faveur d'une OV, principalement au motif de disparités de couverture vaccinale entre les établissements. Il propose une forme d'adhésion contractuelle, à l'entrée dans l'établissement, pour une mise à jour automatique de la vaccination.

5. Contributions externes

Les contributions externes recueillies dans le cadre de cette évaluation s'appuient sur trois dispositifs complémentaires : les auditions menées en séance plénière de la CTV, les contributions écrites des parties prenantes et la consultation publique. Ensemble, ces sources ont enrichi l'analyse en intégrant les retours du terrain, les attentes des acteurs impliqués et les remarques des usagers. L'objectif était d'assurer une prise en compte large et représentative des points de vue des parties prenantes. Le détail des contributions externes est disponible dans un document annexe.

5.1. Auditions par la CTV

5.1.1. Le comité consultatif national d'éthique

Le professeur Jean-François Delfraissy a été auditionné pour recueillir la position du CCNE au sujet l'OV antigrippale dans les deux populations évaluées. Le propos présenté par le Pr Jean-François Delfraissy traduit à la fois sa réflexion en tant que président du CCNE et la position partagée au sein de la section technique du CCNE.

Le débat s'articule autour de deux valeurs : autonomie et libertés des résidents en EHPAD (assimilés à un domicile, avec la difficulté du consentement en cas de troubles cognitifs) et solidarité/protection des plus fragiles impliquant une responsabilité particulière des soignants. Les données révèlent une couverture vaccinale élevée chez les résidents (> 80 %) mais nettement insuffisante chez les professionnels, avec de forts écarts selon les métiers, créant une asymétrie problématique. L'efficacité du vaccin varie selon les saisons et souches : la réduction des formes graves et de la pression sur le système de soins est bien établie, tandis que l'effet sur la transmission reste probable mais non majoritaire.

À l'échelle internationale, aucun pays européen n'impose l'OV grippe aux résidents, alors que certaines juridictions l'imposent aux professionnels.

Dans ce cadre, J.-F. Delfraissy se prononce :

i - pour une OV large des professionnels (hospitaliers, EHPAD, libéraux, personnels techniques et intervenants extérieurs), avec une explication claire et sincère du pourquoi, si possible portée par différents acteurs (autres que politiques) ;

ii - contre l'OV des résidents (gain attendu limité, enjeux d'autonomie/consentement). Sur la transmission, le masque FFP2 est jugé plus efficace que la vaccination seule, mais une stratégie « tout masque » serait difficilement soutenable dans la durée. Il souligne le malaise des soignants et les risques RH, tout en évoquant des modulations de postes comme piste d'ajustement. Enfin, demeurent des questions organisationnelles (contrôle, sanctions, périmètres à risque, populations spécifiques) et la nécessité d'un discours clair et d'un pilotage réaliste pour toute décision.

5.1.2. Retour d'expérience sur l'obligation vaccinale en Finlande

La professeure Hanna Nohynek, médecin du THL (*Finnish Institute for Health and Welfare*), a été auditionnée pour un retour d'expérience sur la mise en œuvre du dispositif semi-obligatoire de vaccination antigrippale des professionnels en établissements de santé en Finlande (clause #48 de la loi sur les maladies transmissibles – mars 2017).

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande a instauré, sans consultation du NITAG finlandais, pour les professionnels du secteur sanitaire et médico-social, un dispositif semi-

obligatoire confiant à l'employeur la responsabilité d'affecter du personnel vacciné dans les unités recevant des patients vulnérables et de définir le périmètre d'application, sans obligation pour les visiteurs et sans le pouvoir de demander le statut vaccinal ni de licencier en cas de refus (réaffectation lorsque possible).

Les objectifs reposaient sur la protection des patients (grippe, coqueluche, rougeole, varicelle), la proportionnalité et le « bon sens » sanitaire, dans un contexte d'inégalités territoriales de pratique vaccinale.

Une communication dédiée a accompagné la loi ; les oppositions ont porté sur la sécurité et l'efficacité vaccinales (notamment transmission), les libertés individuelles et la crainte d'une contamination communautaire. En pratique, la vaccination relève principalement de la médecine du travail avec des campagnes sur le temps de travail ; la mise en œuvre est compliquée par la mobilité des patients entre les services, un suivi/contrôle difficile et le recours au masque, recommandé, qui peut réduire l'impact marginal de l'exigence. Sur le plan du suivi, la couverture vaccinale des professionnels a nettement augmenté (environ 44 % → > 90 % dans la plupart des districts), malgré l'absence d'étude « parfaite » sur la grippe nosocomiale ; l'amélioration de la couverture vaccinale antigrippale est largement attribuée à la clause #48. La loi fait actuellement l'objet d'un réexamen : le gouvernement envisage de supprimer la semi-obligation au regard de l'atteinte d'un niveau satisfaisant de couverture vaccinale, des controverses sur la transmission, du niveau d'opposition, des tensions interprofessionnelles et du poids de l'éthique personnelle dans la décision vaccinale.

5.1.3. Audition du Pr Philippe Vanhems

Le professeur Philippe Vanhems, épidémiologiste hospitalier et spécialiste des maladies infectieuses aux Hospices civils de Lyon, a dirigé de nombreuses études portant sur la surveillance de la grippe et la vaccination en milieu hospitalier. Son équipe est impliquée dans la prévention de la grippe nosocomiale, domaine pour lequel il intervient régulièrement en tant qu'expert.

Il a présenté, en séance plénière de la CTV, un résumé détaillé de ses études, en insistant sur l'impact de la vaccination chez les patients et les soignants.

Les principaux points qui ressortent de son audition sont :

- la grippe nosocomiale serait sous-détectée ;
- la vaccination constituerait un levier important de réduction du risque, tant pour les patients que pour les soignants, ce qui reste à démontrer en milieu hospitalier/établissement de soins/nosocomial (étude Nosovirus) ;
- un seuil minimal de couverture vaccinale chez les soignants (30-40 %) pourrait être suffisant pour obtenir un impact mesurable sur la prévention des cas chez les patients ;
- les EHPAD présentent des dynamiques spécifiques : taux d'attaque élevé, couverture vaccinale variable chez les résidents, faible vaccination du personnel, sans données suffisantes à ce stade pour établir un lien causal entre vaccination du personnel et réduction des infections.

Ces éléments nourrissent la réflexion sur les stratégies de prévention et les politiques vaccinales en milieu hospitalier et médico-social.

5.1.4. Positions des fédérations

L'ensemble des fédérations hospitalières et du médico-social ont été sollicitées pour se positionner au sujet de l'obligation vaccinale antigrippale.

FHF : FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

La FHF se prononce en faveur d'une obligation vaccinale pour les professionnels, justifiée par la protection des personnes vulnérables et l'intérêt collectif. Elle souligne toutefois que sa mise en œuvre serait plus complexe que durant la crise Covid-19, en raison de la saisonnalité de la grippe, de la nécessité d'organiser rapidement chaque année la campagne de vaccination, de la dépendance à la démographie médicale et des tensions organisationnelles persistantes. L'adhésion des équipes dépendrait fortement du mode de déploiement, avec une préférence pour une montée en puissance progressive.

Concernant les non-professionnels, la FHF a exprimé de fortes réserves et considère qu'une OV spécifique aux personnes accueillies en EHPAD soulève d'importants questionnements éthiques et serait difficile à justifier au regard des enjeux d'autonomie de décision et de consentement propres aux résidents d'EHPAD. Elle estime par ailleurs que, pour les résidents d'EHPAD, la couverture vaccinale est déjà très élevée et qu'une obligation vaccinale apporterait un bénéfice très limité, d'autant que la saisonnalité de la grippe complique l'organisation et la planification.

La FHF insiste enfin sur plusieurs points de vigilance : l'incertitude opérationnelle, la gestion potentiellement délicate des refus, et le risque de dégradation du climat social et managérial si la mesure était appliquée sans préparation suffisante.

FEHAP : Federation des etablissements hospitaliers et d'aide a la personne prives solidaires

L'audition de la FEHAP fait apparaître un consensus sur l'importance de la vaccination, ainsi qu'une prudence concernant une obligation vaccinale (OV) pour les résidents des établissements accueillant des personnes de plus de 65 ans. Cette réserve s'explique notamment par la couverture vaccinale actuelle (environ 85 % en 2025) et par la nécessité de prendre en compte les situations individuelles, en particulier les situations palliatives.

S'agissant d'une éventuelle OV pour les professionnels, la FEHAP se déclare favorable à sa mise en place, à condition qu'elle soit appliquée indépendamment du lieu d'exercice, afin de couvrir l'ensemble des professionnels concernés. Elle souligne toutefois des risques en matière de ressources humaines ainsi que des contraintes de traçabilité.

Les participants soulignent la nécessité d'une phase incitative structurée (pédagogie, mobilisation d'ambassadeurs, formation, communication de proximité) et de disposer d'un dispositif national de suivi, garantissant l'équité, la faisabilité et la sécurité opérationnelle.

Enfin, la FEHAP souligne l'importance de documenter l'apport net d'une éventuelle OV des résidents d'EHPAD (notamment « l'utilité des 15 % » restants), d'objectiver la couverture vaccinale et d'anticiper la gestion des refus, dans un contexte marqué par un fort renouvellement du personnel et par des interventions pluriprofessionnelles.

FNESP : Federation nationale des etablissements de sante de proximite

La FNESP privilégie la vaccination sans obligation pour la grippe, en misant sur une communication structurée, le renforcement de la littératie en santé, la mise en place d'indicateurs permettant de comprendre l'hésitation et les refus, ainsi que sur des mesures de protection (EPI, masques) acceptables pour les professionnels non vaccinés.

Elle se déclare donc favorable à la vaccination des professionnels et considère que l'obligation vaccinale des professionnels est techniquement faisable, mais lourde et socialement risquée (absentéisme, tensions, fraudes, attractivité). La mesure serait d'autant plus difficile à circonscrire que les interactions sont constantes au sein des établissements et que les visiteurs ou intervenants extérieurs n'entreraient pas dans son périmètre.

La FNESP se déclare défavorable à une obligation vaccinale pour les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité, au nom de l'autonomie et du consentement éclairé.

Elle recommande enfin la mise en place d'un plan national structuré (messages, outils, indicateurs), décliné localement (aller-vers, vaccination sur site, formation, mobilisation des chefs de pôle), avec une clarification des rôles entre niveaux national et local et une coopération renforcée entre ARS, ville et établissements.

AD-PA : Association des directeurs au service des personnes agees

L'AD-PA se dit favorable à la vaccination, mais défavorable à la mise en place d'une obligation vaccinale. Pour les professionnels, elle estime que la priorité doit aller à la pédagogie et à la lutte contre la désinformation. La principale crainte exprimée en cas d'OV concerne la gestion des refus et le risque d'aggraver les difficultés de recrutement et de fidélisation dans un secteur déjà peu attractif.

Pour les résidents, l'AD-PA juge l'OV peu pertinente au regard d'une couverture vaccinale déjà « très élevée » en EHPAD et des principes de liberté et d'égalité, les résidents étant considérés comme vivant « à leur domicile » en établissement. L'association privilégie la conviction plutôt que la contrainte.

L'association insiste sur le caractère « inapplicable » d'une OV en cas de refus d'un résident. En effet, elle souligne que, si un résident s'oppose à la vaccination, la direction n'a aucune marge d'action légitime :

- obliger le médecin à vacciner le résident de force n'entre pas dans ses prérogatives ; un tel acte serait contraire à la déontologie médicale et au respect du consentement ;
- demander au résident de quitter l'établissement ne correspond ni à son intérêt, ni à l'éthique de la structure, les résidents étant considérés comme vivant « chez eux » et relevant d'un principe d'accueil inconditionnel.

Elle conclut que l'application d'une OV en EHPAD pourrait entraîner des risques de discrimination et mettre en difficulté les équipes comme les directions. L'AD-PA recommande donc de concentrer les efforts sur la communication, les mesures barrières et une prévention proportionnée.

FNAPAEF : Federation nationale des associations des personnes agees et de leurs familles

La FNAPAEF se déclare défavorable à une obligation vaccinale pour les résidents, mais favorable à une vaccination reposant sur le choix personnel et le consentement éclairé. Elle considère que la couverture vaccinale actuelle des personnes vivant en collectivité est suffisante et souligne que l'efficacité vaccinale est perçue comme limitée chez les plus âgés. L'exemplarité du personnel est identifiée comme un levier d'adhésion, sans pour autant faire de l'obligation des professionnels un élément central.

Les priorités mises en avant portent sur l'incitation, la pédagogie, la formation et la lutte contre la désinformation, avec une attention particulière aux situations de vulnérabilité (notamment en cas de troubles cognitifs) et à la cohérence des pratiques.

5.2. Contributions écrites de parties prenantes

Les contributions écrites sont détaillées dans le Tableau 18. Elles sont reprises intégralement dans un document annexe.

ARS

Les ARS ne se prononcent pas sur l'OV des soignants et mettent en avant une acceptabilité faible, la nécessité de moyens de prévention importants, l'importance d'un accès facilité à la vaccination et le

fait que les contrôles ne peuvent pas être réalisés par les ARS mais par les directeurs, malgré une organisation jugée faisable.

SF2H : Societe française d'hygiene hospitaliere

La SF2H est contre l'OV pour les soignants, invoquant une efficacité insuffisante, un fort risque de stigmatisation et des contraintes organisationnelles importantes, mais favorable à l'OV pour les résidents ≥ 65 ans en collectivité, pour lesquels elle estime le bénéfice individuel majeur.

SFST : Societe française de sante au travail

La SFST est contre l'OV pour les soignants, malgré l'intérêt de la vaccination, soulignant des problèmes d'acceptabilité, des contraintes RH fortes et la nécessité d'une coordination nationale, tout en rappelant que les SST savent organiser efficacement la vaccination.

Elle ne s'est pas prononcée pour les résidents en collectivité.

UNA : Union nationale de l'aide, des soins et des services a domicile

L'UNA ne prend pas position explicitement sur l'OV mais insiste sur la nécessité de définir précisément les publics fragiles, sur les difficultés d'acceptabilité et les contraintes liées aux salariés multi-employeurs, tout en estimant que l'efficacité variable du vaccin interroge la légitimité d'une obligation.

France Assos Sante

France Assos Santé est favorable à l'OV pour les professionnels en contact régulier avec des personnes vulnérables et pour les résidents en EHPAD, plaidant pour une information claire, une vaccination accessible et sans reste à charge, et des alternatives définies (port du masque) en cas de refus.

Pour les résidents en EHPAD, France Assos Santé considère que l'obligation vaccinale peut être pertinente dès lors qu'elle s'inscrit dans un cadre rigoureux respectant plusieurs principes fondamentaux (information claire, consentement éclairé, prise en compte des situations médicales particulières, absence de sanction).

FHP : Federation de l'hospitalisation privee

La FHP ne se prononce pas explicitement pour ou contre l'OV des professionnels mais souligne qu'une obligation serait complexe à mettre en œuvre, préférant cibler les services à haut risque, renforcer la communication et la lutte contre la désinformation, et prévoir des alternatives proportionnées, comme le masque ou la réaffectation.

Tableau 18. Synthèse des contributions écrites des parties prenantes

Répondants Position vis-à-vis de l'obligation vaccinale (OUI/NON)	Arguments principaux
ARS **Pour les soignants : NON RENSEIGNÉ**	Contraintes organisationnelles – L'obligation est une amplification des actes de vaccination actuels, ne devrait pas poser de problèmes, vigilance sur la rupture de vaccins et les ressources humaines – L'ARS n'a pas moyens d'effectuer les contrôles au sein des établissements, c'est la responsabilité des directeurs – La gratuité, l'accès flexible et directement dans le service de travail sont des éléments importants pour améliorer la couverture vaccinale Apprentissages de la gestion de la vaccination contre la Covid-19 : – nécessité d'un engagement institutionnel

	– nécessité d'un accès facilité à la vaccination – nécessité d'une combinaison d'actions de sensibilisation et d'organisation Acceptabilité : – faible et nécessite des contrôles contraignants (exemple Covid-19, depuis la levée de l'obligation le taux de couverture vaccinale a chuté) – nécessite beaucoup de moyens de prévention et communication (campagnes d'information/formation, webinaires, mobilisation des équipes mobiles d'hygiène, badge…)
SF2H (Société française d'hygiène hospitalière) **Pour les soignants : NON mais soutient une promotion forte** **Pour les patients âgés de 65 ans et plus en collectivité : OUI**	Pour les soignants : – Efficacité : insuffisante en termes de prévention pour les soignants. Prévient une partie des rares formes graves au sein des populations d'adultes de moins de 65 ans, et les éventuelles complications secondaires non infectieuses (AVC, infarctus…) – Impact sur la prévention des infections : variable chaque année, même à l'intérieur d'une même saison (selon circulation des types et sous-types) – Bénéfice individuel chez professionnel de santé : insuffisant – Acceptabilité des soignants : stratégie stigmatisante avec probable forte réaction, impactant négativement la perception de la vaccination générale. Perception culturelle européenne négative de l'obligation vaccinale – Contraintes organisationnelles : campagne vaccinale annuelle obligatoire très complexe (notamment avec les équipes de prévention des infections en sous-effectif, pourrait pénaliser leurs autres actions en réaction à celle-ci…), intégration des spécificités des territoires ultramarins, mode d'exercice pour ceux qui refuseraient la vaccination (réaffectation temporaire difficile) – Preuve et traçabilité : relève du secret médical (hors crise exceptionnelle) – Mesures pratiques en l'absence d'OV : obligation du port du masque en période épidémique, hygiène des mains, forte recommandation vaccination antigrippale Pour les patients âgés de 65 ans et plus en collectivité : – Efficacité et bénéfice individuel : majeurs en termes de prévention de formes graves (hospitalisation, décès). Formulations adaptées aux patients âgés et plus efficaces (fortement dosées ou avec adjuvants) – Contraintes organisationnelles : opportunité de vaccination à chaque hospitalisation ou contact avec un professionnel de santé lors de soins – Mesures pratiques en l'absence d'OV : promotion forte de la vaccination antigrippale annuelle de l'entourage des patients
SFST (Société française de santé au travail) **Pour les soignants : NON mais malgré une nécessité de vaccination**	Efficacité vaccination : mériterait d'être améliorée, certains effets indésirables, mais est chez les soignants d'un rapport bénéfices/risques favorable Acceptabilité des soignants : – taux de vaccinations en baisse depuis 2009 (plus élevé chez les médecins que chez les infirmiers et aides-soignants) – perceptions négatives liées au vaccin (inquiétudes sur sa sécurité, crise de confiance) – faible perception des risques de la grippe saisonnière et du rôle des professionnels de la santé dans la transmission ainsi que des problèmes d'accès à la vaccination (réels ou perçus) – souhait fort en se vaccinant de se protéger et de protéger son entourage Contraintes organisationnelles : – gestion des refus dans une période de raréfaction des ressources en soignants – ressources humaines nécessaires mais c'est faisable par le biais des services de santé au travail (SST) en structure de soins (ont largement montré leur capacité à réaliser ces vaccinations) et plus compliqué pour les SST interentreprise – vigilance sur l'approvisionnement, le stockage, la priorisation – nécessite des stratégies nationales efficaces de lutte contre la désinformation et renforcer l'adhésion – implication du management de proximité – nécessité de coordination SST-directions des établissements-ARS-ordre des professionnels et fédérations hospitalières

	Preuve et traçabilité : – attestation et vérification compatibles avec le secret médical, point réglé que dans le dossier médical en santé – le médecin du travail ne peut communiquer à l'employeur le statut vaccinal d'un salarié Mesures pratiques en l'absence d'OV : – port du masque obligatoire – renforcement des mesures d'hygiène – renforcement du suivi des statuts vaccinaux par métier et par service ainsi que des absences et clusters Retour d'expérience des obligations existantes : l'OV ne pose pas de problème particulier en dehors de la gestion complexe des situations de refus par les SST
UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles) **Pour les soignants d'aide et de soins à domicile : NON RENSEIGNÉ**	Nécessité de bien cadrer la définition des publics fragiles qui justifient l'obligation de vaccination des professionnels Acceptabilité des soignants : – communiquer largement pour augmenter l'acceptabilité (importance des canaux de diffusion, efficacité des vaccins variable) – envisager la question de l'obligation des professionnels au regard de l'obligation des personnes accompagnées elles-mêmes et de leurs familles Contraintes organisationnelles : – pour des salariés multi-employeurs, le salarié doit être vacciné si l'un au moins de ses emplois entre dans le périmètre de l'obligation – stock vaccins suffisants avec circuit spécifique pour cette catégorie de soignants – vaccination doit être prise en charge à 100 % – même condition pour les professionnels intervenant à domicile que les salariés des établissements de santé – prévoir un calendrier précis (date à laquelle l'obligation devient effective et prend fin) – gestion des refus : mesures inacceptables de licenciement, inaptitude ou suspension de contrat chaque année – ne pas différencier l'aide et le soin dans les obligations Preuve et traçabilité : – vérification réalisée par le médecin du travail (pas par l'employeur) – pour les libéraux, il faut permettre que le service puisse s'assurer de la vaccination (clause de la convention, rupture de la convention en l'absence de vaccination) – question sur les éventuelles contre-indications à la vaccination – les personnes accompagnées par ces professionnels et leurs familles n'ont pas le droit de demander aux salariés de prouver leur vaccination (c'est à la structure de s'en assurer) comme cela a été le cas avec la Covid-19 Mesures pratiques en l'absence d'OV : – relève d'une question médicale donc ne répondent pas – cependant, si alternatives réellement satisfaisantes existent, pourquoi imposer une obligation ? – réaffirmer l'utilité des gestes barrières – port du masque obligatoire si aucun soignant sur le territoire ne respecte l'obligation (sinon risque de laisser des personnes seules et incapables de s'occuper d'elles-mêmes)
France Assos Santé **Pour les professionnels OUI** **Pour les résidents en EHPAD : OUI**	Pour les professionnels : – une responsabilité professionnelle et éthique – une obligation proportionnée avec alternative au refus clairement définie (port du masque obligatoire) Pour les résidents d'EHPAD : – protection renforcée avec des garanties éthiques : information claire, loyale et accessible sur les bénéfices et les risques de la vaccination – consentement – situations médicales particulières

	– aucune remise en cause du droit à l'hébergement – extension de l'OV aux visiteurs des EHPAD durant la saison épidémique avec alternative du port du masque obligatoire Mesures fortes accompagnant l'OV : – prise en charge à 100 % du vaccin – renforcer les actions d'« aller-vers » – campagnes nationales incluant les acteurs de proximité – valorisation de l'engagement des professionnels **Associations membres** **Avis France Alzheimer** – Résidents d'EHPAD : NON (atteinte aux droits de l'homme, compte tenu de l'efficacité « imparfaite » du vaccin, il faudrait évaluer le gain obtenu, en termes de morbidité, voire de mortalité) – Personnels d'EHPAD : NON RENSEIGNÉ (besoin d'une revue des travaux scientifiques sur la grippe nosocomiale) **Avis de APF France Handicap** – Résidents d'EHPAD : NON (respect des droits des patients, position à considérer hors période épidémique majeure type Covid) – Personnels d'EHPAD : OUI (protection de la santé des personnes accueillies/accompagnées ; relève du devoir déontologique ; conscience du risque réel de recrutement si obligation vaccinale) **Avis Fédération nationale des associations de retraités (FNAR)** – Toutes personnes âgées de 65 ans et plus (résidents d'EHPAD compris) : OUI – Professionnels en contact avec les personnes fragiles de plus de 65 ans : OUI – Propositions de mesures de promotion de la vaccination **Avis de l'association Le LIEN** – L'obligation est un signal fort adressé à tous (professionnels, résidents et familles) – L'OV pour des professionnels est une exigence collective proportionnée, ils doivent en être informés lors de leur recrutement
FHP **Pour les professionnels : NON RENSEIGNÉ**	Pour les soignants : – Privilégier l'incitation à la coercition – Cibler prioritairement les services à haut risque (gériatrie, oncologie, hématologie, réanimation, néonatologie, unités de soins de longue durée) et les professionnels (et étudiants/stagiaires) en contact direct et répété avec des patients à risque – Renforcer la vaccination antigrippale chez les patients à risque – Nécessité d'un cadre national clair, homogène et sécurisant : • Lutter contre la désinformation et les campagnes antivax. Importance du dialogue social, d'une approche pédagogique avant toute mesure coercitive • Multiplication des lieux de vaccination (accès facilité améliore l'adhésion). Garantie nationale d'approvisionnement et planification logistique coordonnée Si OV : – Dispositif d'évaluation devrait être prévu. Clause de revoyure périodique devrait être envisagée – OV impliquerait des coûts (organisationnels et indirects) à intégrer à la politique nationale de santé publique – Il ne doit pas incomber aux établissements de santé de porter la charge de l'obligation et du contrôle de la vaccination antigrippale des professionnels de santé exerçant en leur sein – Responsabilité de la preuve et du contrôle devrait relever d'un cadre national clair – Alternatives proportionnées devraient être prévues : port du masque FFP2 en période épidémique, réaffectation temporaire si possible, tests réguliers… – Nouvelle obligation pourrait accroître les tensions RH, générer des refus ou retraits... Pour les visiteurs : l'obligation semble juridiquement et opérationnellement complexe ; mesures alternatives (recommandation forte, port du masque en période épidémique)

5.3. Consultation publique

La consultation publique relative au projet de recommandation portant sur l'évaluation de la pertinence d'une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière a été organisée par la HAS du 20 mai 2026 au 10 juin 2026 à 23h59.

Les contributeurs étaient invités à répondre à un questionnaire leur permettant de se prononcer sur l'ensemble du projet de recommandation, d'indiquer leur position (favorable ou défavorable) ou leur absence de position sur les questions soumises, ainsi que de formuler, le cas échéant, des commentaires dans les champs prévus à cet effet.

Quatre questions de positionnement étaient soumises portant sur :

- l'instauration d'une obligation vaccinale annuelle contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité ;
- l'instauration d'une obligation vaccinale annuelle contre la grippe chez l'ensemble des professionnels exerçant ou intervenant dans les secteurs sanitaire, social et médico-social ;
- l'instauration d'une obligation vaccinale annuelle limitée aux professionnels exerçant ou intervenant dans les EHPAD, impliqués dans les soins et/ou les aides à la vie quotidienne ;
- l'instauration d'une éventuelle obligation limitée à une autre population à préciser par le contributeur.

5.3.1. Descriptif des contributeurs

Au total, 79 contributions ont été reçues, dont 75 ont été jugées recevables et ont été analysées. Parmi elles, 50 contributions ont été accompagnées d'un accord de publication avec mention du nom de l'organisme contributeur. Les contributeurs relevaient de huit catégories d'organismes :

- les établissements de santé ou médico-sociaux (n = 23) regroupent 14 EHPAD, 4 centres hospitaliers, une clinique, 2 centres de dialyse, un SESSAD[29] et un centre de rééducation fonctionnelle ;
- les instances professionnelles et représentatives (n = 22) incluent 9 collèges nationaux de professionnels, 4 fédérations, 3 URPS, 3 syndicats, 3 conseils de l'ordre professionnels ;
- les instances scientifiques et académiques (n = 8) comptent l'Académies Nationale de Médecine et l'Académie Nationale de Pharmacie, 5 sociétés savantes, ainsi qu'une UFR santé.

Cette diversité de profils reflète une consultation mobilisant à la fois des acteurs de terrain, des représentants professionnels, des structures institutionnelles et des acteurs académiques.

5.3.2. Résultats de la consultation publique

➔ Concernant l'obligation vaccinale annuelle contre la grippe **chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité** :

➔ 42 contributeurs sur 74 se sont déclarés favorables (57 %), 24 défavorables (32 %) et 8 ne se sont pas prononcés (11 %) ;

➔ les positions favorables étaient majoritaires chez les établissements de santé ou médico-sociaux, les instances professionnelles et représentatives, les instances scientifiques et académiques, les structures d'exercice libéral et le service public de santé, notamment.

[29] Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

- ➔ Concernant l'obligation vaccinale annuelle **chez l'ensemble des professionnels exerçant ou intervenant dans les secteurs sanitaire, social et médico-social** :
  - ➔ 46 contributeurs se sont déclarés favorables (62 %), 23 défavorables (31 %) et 5 ne se sont pas prononcés (7 %) ;
  - ➔ les positions favorables étaient majoritaires dans la plupart des catégories.
- ➔ Concernant l'obligation vaccinale **limitée aux professionnels exerçant ou intervenant dans les EHPAD** :
  - ➔ 12 contributeurs se sont déclarés favorables (16 %), 53 défavorables (72 %) et 9 ne se sont pas prononcés (12 %) ;
  - ➔ des positions défavorables ont été recueillies dans presque toutes les catégories de contributeurs.

D'autres populations ont été proposées pour une obligation vaccinale ciblée :

- les pompiers et secouristes,
- les ambulanciers,
- les visiteurs en EHPAD,
- les aidants familiaux.

5.3.3. Synthèse des argumentaires reçus

Les contributeurs avaient la possibilité de laisser un commentaire libre. L'ensemble des commentaires reçus a été analysé, un résumé par critères d'évaluation est présenté ci-dessous.

Critère 1. Problématique de santé

Pour le critère problématique de santé, voici les principales contributions reçues :

- la grippe saisonnière constitue un enjeu majeur de santé publique, en particulier pour les personnes âgées et, plus largement, pour les personnes immunodéprimées, les patients atteints de maladies chroniques et les personnes vivant en collectivité ;
- des contacts fréquents, rapprochés et quotidiens entre professionnels et personnes vulnérables existent en EHPAD, mais également dans d'autres structures sanitaires, médico-sociales et hospitalières, ainsi que dans le cadre des soins à domicile et en ville ;
- la transmission peut être favorisée par la présence de professionnels asymptomatiques ou paucisymptomatiques, ainsi que par la poursuite de l'activité professionnelle malgré la présence de symptômes compatibles avec une grippe ;
- le virus de la grippe circule entre les différents lieux de prise en charge : domicile, ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux, transports sanitaires et consultations ambulatoires ;
- des cas groupés d'épidémies hivernales liées à la grippe sont documentés en établissements, entraînant des formes graves, des hospitalisations, des décès, ainsi que des absences et de la désorganisation des soins ;
- le risque de transmission de la grippe peut également être élargi à d'autres catégories en contact avec des publics fragiles au-delà des professionnels : les visiteurs en EHPAD, les ambulanciers, les pompiers, les secouristes et les aidants familiaux ;
- en se faisant vacciner, les professionnels permettraient de limiter la transmission du virus et de protéger ainsi les personnes vulnérables.

Critère 2. Balance bénéfices/risques

Pour le critère balance bénéfices/risques, les contributeurs favorables à l'instauration d'une obligation vaccinale ont mentionné :

- l'impact favorable attendu de la vaccination sur la protection des personnes vulnérables, avec une réduction des formes graves, des hospitalisations, des décès, ainsi qu'une réduction possible de la transmission du virus ;
- l'association possible entre la vaccination des professionnels et la continuité des soins, la réduction de l'absentéisme des professionnels et la maîtrise du risque infectieux ;
- l'efficacité de la vaccination, même jugée imparfaite, ne remettait pas en cause son intérêt en prévention individuelle et collective.

Les contributeurs défavorables à l'instauration d'une obligation vaccinale ont souligné :

- une efficacité jugée limitée ou variable selon les saisons, l'absence de démonstration jugée suffisante sur la transmission, ainsi qu'une balance bénéfices/risques considérée comme insuffisante pour justifier une obligation, notamment chez les personnes âgées ;
- des doutes quant à l'intérêt sanitaire collectif d'une obligation vaccinale, en particulier lorsque d'autres mesures de prévention sont jugées indispensables ou prioritaires ;
- le fait que l'enjeu portait moins sur l'intérêt de la vaccination elle-même, largement reconnu, que sur la pertinence de rendre celle-ci obligatoire ;
- le caractère annuel de la vaccination considéré comme un élément limitant sa pertinence dans le cadre d'une obligation.

Critère 3. Impact sur le système de soins

Concernant l'impact sur le système de soins, les contributeurs ont indiqué :

- que la vaccination des professionnels pourrait contribuer à limiter les absences liées à la grippe, à réduire la charge pesant sur les équipes et à maintenir la continuité des prises en charge pendant les périodes épidémiques ;
- que la vaccination pourrait contribuer à prévenir des tensions hospitalières hivernales, à limiter les hospitalisations évitables, à préserver des capacités du système de soins ;
- qu'à l'inverse, une obligation vaccinale pourrait accentuer les tensions déjà existantes sur les ressources humaines, le recrutement et la fidélisation des professionnels ;
- qu'une obligation vaccinale pourrait entraîner des refus, des départs ou des déplacements de professionnels entre secteurs, en particulier si elle ne concernait qu'une partie des structures ou des métiers, avec un risque de désorganisation des services, d'aggravation des pénuries de personnel et, *in fine*, de dégradation de l'offre de soins, dans un contexte marqué par le souvenir de l'obligation vaccinale contre la Covid-19.

Critère 4. Moyens de prévention complémentaires

Les contributeurs ont rappelé :

- que la vaccination devait être articulée avec d'autres mesures de prévention, notamment le port du masque en période épidémique, l'hygiène des mains, l'aération et la ventilation des locaux, la gestion des personnes symptomatiques et, plus largement, l'application des gestes barrières ;

- que ces mesures de prévention complémentaires ne se substituent pas à la vaccination mais doivent être envisagées comme un complément et être renforcées indépendamment de l'existence ou non d'une obligation vaccinale ;
- le rôle important de l'information, de la sensibilisation, de la pédagogie, de la formation initiale et continue, des campagnes sur site, de l'accompagnement motivationnel et de la mise à disposition facilitée des vaccins comme leviers de prévention.

Critère 5. Valeurs et préférences

Des contributeurs ont souligné :

- des réserves à l'égard d'une obligation vaccinale, au nom du respect de la liberté individuelle, du consentement libre et éclairé, de l'autonomie de la personne et, pour les résidents, du respect du domicile et du lieu de vie que constitue l'EHPAD ;
- la nécessité de concilier protection des personnes vulnérables avec le respect des libertés individuelles ;
- le fait qu'une obligation vaccinale ciblant uniquement certaines populations ou certains lieux d'exercice pouvait être perçue comme inéquitable, incohérente ou stigmatisante ;
- l'existence d'une défiance persistante envers les obligations vaccinales, en particulier en lien avec le contexte de la pandémie de Covid-19, ainsi que du risque de réactions de rejet en cas de mesure jugée coercitive ;
- à l'inverse, le devoir d'exemplarité, de responsabilité professionnelle, de protection des personnes prises en charge et de cohérence des messages de santé publique délivrés par les professionnels ;
- plus largement, la dimension éthique des professionnels, en particulier lorsqu'ils sont au contact quotidien de personnes vulnérables.

Critère 6. Faisabilité

Pour la faisabilité d'une éventuelle obligation vaccinale antigrippale, les contributeurs ont évoqué les points suivants :

- les contraintes logistiques d'une obligation vaccinale, en particulier dans le contexte d'une vaccination annuelle : commandes anticipées, disponibilité des doses, financement des vaccins, organisation sur site, traçabilité, contrôle du statut vaccinal et gestion des refus ;
- le caractère itératif de la vaccination antigrippale, susceptible de complexifier sa mise en œuvre dans le cadre d'une obligation ;
- l'existence de procédures complexes, en particulier pour la vaccination des résidents et des salariés. Une obligation nécessiterait des moyens humains, organisationnels et financiers supplémentaires ;
- l'absence de lisibilité sur les modalités de contrôle, les responsabilités des employeurs, le traitement des refus et les sanctions éventuelles ;
- la nécessité d'accompagner une éventuelle obligation d'un cadre national clair, de modalités proportionnées, d'exemptions médicales explicites et d'un accompagnement institutionnel renforcé ;
- l'organisation pratique de la vaccination pouvait être jugée réalisable dans certaines structures lorsqu'elle était déjà déployée avec information, gratuité et accès sur site.
- la nécessité de simplifier les procédures d'approvisionnement, d'organisation, de traçabilité et de financement de la vaccination avant toute mise en œuvre d'une obligation.

Parallèlement à la consultation publique, deux contributions écrites ont été transmises à la HAS par courrier. La première correspond à un courrier conjoint de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) ; la seconde émane de la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement (CME).

En synthèse, la FHF et la FEHAP se déclarent défavorables à l'instauration d'une obligation vaccinale antigrippale pour les résidents d'EHPAD. Elles se prononcent en revanche en faveur d'une obligation vaccinale progressive pour l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice, sous réserve que le bénéfice collectif d'une telle mesure soit scientifiquement établi.

La contribution de la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement (CME) propose huit mesures opérationnelles visant à instaurer une obligation vaccinale ciblée pour les professionnels en contact avec des patients vulnérables. Cette proposition repose sur un pilotage par les CME, une identification des équipes et services concernés selon des critères objectivables, prédéfinis par la HAS, ainsi qu'une approche collective à l'échelle des équipes. Celle-ci reposerait sur une dynamique de responsabilisation des équipes, fondée sur le suivi d'un seuil minimal de couverture vaccinale et, en cas d'insuffisance, sur la mise en œuvre d'un plan d'action renforcé.

La démarche proposée s'inscrit dans une logique progressive et graduée, fondée sur la responsabilité professionnelle, l'accompagnement des professionnels et la facilitation de l'accès à la vaccination, et prévoit une évaluation du dispositif dans le temps.

6. Synthèse des résultats

Dans les tableaux ci-dessous, un résumé des données probantes relatives à chacun des critères d'évaluation est présenté afin de faciliter le passage des preuves scientifiques à la décision.

6.1.1. Critère 1. Problématique de santé

Critère	Résumé des preuves	Informations supplémentaires
Le problème est-il une priorité de santé publique ?	**Épidémiologie de la maladie** La part des grippes parmi les IRA représente 21 à 34 % en ville et 7 à 12 % à l'hôpital La part des grippes parmi les IRA avec admission en réanimation : 52 à 76 % **En médecine de ville (IRA)** – L'épidémie de 2024-2025 a été sévère : 2,7 millions de consultations pour syndrome grippal, plus de 2 millions de cas de grippe estimés vus en médecine générale et taux d'incidence record de 3 024/100 000 – La part des personnes de 65 ans et plus parmi les cas vus en ville est en augmentation constante : augmentation de 4,8 % en 2022-2023 à 9,9 % en 2024-2025 **À l'hôpital (IRA)** – Entre les saisons 2022-2023 et 2024-2025 : • Nombre des passages aux urgences pour grippe ou syndrome grippal variable : entre 73 676 et 158 259 entre 2022-2023 et 2024-2025 • Les hospitalisations après passage aux urgences évoluent parallèlement au nombre de passages aux urgences • Les personnes de 65 ans et plus représentent régulièrement plus de la moitié des hospitalisations après un passage aux urgences – Sur la période 2012-2017 : environ 20 000 hospitalisations ont été codées « grippe » chaque année – Sur la période 2018-2023 : le nombre d'hospitalisations pour grippe chez les sujets de 65 ans et plus est variable : 31 257 séjours en 2019,1 325 séjours en 2021, 27 996 séjours en 2022 – La part des grippes parmi les cas graves d'IRA admis en réanimation est variable entre 52 % et 76 % (les mêmes années) ; la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus varie entre 38 % et 56 % (entre 2022-2023 et 2025-2026 semaine 11) **Morbi-mortalité (sous-évaluée avant Covid)** – La grippe (confirmée ou syndrome grippal) est associée à une augmentation significative du risque d'infarctus du myocarde : • Un aOR à 2,7 (IC 95 % : 1,28-5,72) • Les IDM post-grippaux présentent une évolution plus sévère : défaillance multiviscérale (OR = 2,90), mortalité accrue (OR = 1,60) et séjours plus longs (8,8 j *vs* 5,5 j) Durant la saison épidémique de 2024-2025, l'excès de mortalité toutes causes était de 17 600 (comparable à 2022-2023 et 2017-2018) ; durant ces saisons, 88 % à 90 % des décès toutes causes concernaient des personnes de 65 ans et plus, principalement celles âgées de 75 ans et plus (75 % à 82 %)	Au sujet des infections nosocomiales : En l'absence de système de surveillance exhaustif, les données disponibles sur la transmission nosocomiale de la grippe en France restent limitées Les définitions utilisées dans les études et les systèmes de surveillance (délai d'apparition des symptômes, critères cliniques et virologiques) sont hétérogènes, ce qui affecte la comparabilité des estimations Il n'est pas toujours possible de distinguer clairement les infections transmises par des professionnels de celles introduites par des visiteurs ou des patients eux-mêmes

Transmission nosocomiale

- La définition de l'infection nosocomiale est variable selon les études seuils de 48 à 196 h (médiane 72 h)
- Une étude observationnelle montre que les taux d'attaque observés varient entre 11 et 59 %, mais qu'ils peuvent être plus importants s'ils sont estimés sur des données avec confirmation virologique (32-53 %)
- Surrisque d'IRA hôpital *vs* communauté :
  - ratio d'incidence hospitalier par rapport à la communauté de 1,95 (IC 95 % : 1,53-2,50)
  - HR de 1,33 (IC 95 % : 0,89-1,98)
- Données de signalement d'infections nosocomiales 2001-2015 :
  - Les notifications proviennent essentiellement des EHPAD (24 %), des unités médicales (20 %), des unités de réadaptation (18 %) et des unités de soins de longue durée (18 %)
  - 506 épisodes – 7 861 cas – moyenne 11 cas/épisode – 158 décès
  - Répartition des cas : patients seuls 37 % – soignants seuls 1 % – patients + soignants 60 %
  - Acquisition nosocomiale estimée : 91 %
- Facteurs de risque de l'infection nosocomiale :
  - Chambres doubles (HR 2,67)
  - Jour d'exposition (J-1) : 41 % de risque *vs* 19-25 % aux J1-J2
  - Les transmissions nosocomiales causées par infection présymptomatique représentent : 49 % des infections patient source et 82 % soignant source
  - Augmentation progressive et significative avec l'âge : HR 4,04 chez les 35-64 ans et HR 14,35 chez les ≥ 65 ans

Chez les professionnels

- Taux d'attaque plus élevés que la population générale (entre 11 % et 59 %)
- Étude multicentrique : 22,3 % des soignants ont contracté une infection grippale en 2016-2017 ; en majorité asymptomatiques
- Une analyse des contacts soignants-patient dans un service de gériatrie montre que les infirmiers (15 % des soignants) représentent 45 % des contacts ; une modélisation rapporte :
  - Le risque de transmission par contact était plus élevé pour les interactions patient-médecin que patient-infirmier, en raison de la durée plus importante des contacts médecin-patient
  - Le taux de transmission journalier estimé à : 1,04/jour pour infirmier-patient, 0,38/jour pour médecin-patient, 0,34/jour pour infirmier-infirmier

Chez les patients

- Données de surveillance lyonnaises en gériatrie 2004-2009 : 115 syndromes grippaux ; 29,6 % nosocomiaux ; 17,6 % grippes confirmées nosocomiales ; taux d'attaque des cas confirmés par année : 1,4 ; 0,4 ; 0,3 ; 0 ; 0
- Données de surveillance lyonnaises 2004-2017 :
  - 756 patients ; gériatrie 75,8 %/médecine 21,7 %/chirurgie 2,5 %
  - 160 grippes confirmées (21,2 %) – grippe A à 78,1 % – 39,4 % vaccinés
  - 35,6 % grippes confirmées nosocomiales
  - taux d'attaque 13/10 000 (IC 95 % : 9,9-16,9)

- incidence 0,25/1 000 patients-jours (IC 95 % : 0,19-0,32)

– Données de surveillance lyonnaises 2004-2020 : 6,1 % des patients hospitalisés ≥ 72 h présentaient une grippe nosocomiale confirmée

Épidémiologie de la grippe en EHPAD

– Saison 2024-2025 : 3 764 épisodes d'IRA en EMS, 40 % attribués exclusivement à la grippe

– 14 janvier 2023 au 4 juillet 2025 (2 saisons) :
  - 14 670 signalements d'IRA en EHPAD (10 075 clôturés) dont 1 582 épisodes de grippe seule et 2 418 de grippe associée à une autre étiologie
  - 23 796 résidents, avec 1 397 hospitalisations, 1 476 décès, un taux d'attaque moyen par épisode de 19,8 %, 6,4 % taux d'hospitalisations, 6,1 % de létalité moyenne, une couverture vaccinale de 82,2 %
  - 5 397 professionnels : taux d'attaque moyen par épisode de 6,5 % (0 %-94,4 %) et létalité estimée à 0,1 % (0,0 %-33,3 %) ; chez les professionnels, 5 397 professionnels : taux d'attaque moyen par épisode de 6,5 % (0 %-94,4 %) et létalité de 0,1 % (0,0 %-33,3 %)

– Saison 2025-2026 (jusqu'au 15 février 2026) : 2 999 épisodes IRA rapportés en EMS (95 % en EHPAD), dont 1 087 grippes seules (38,1 %)

Impact sur le système de soins

– La grippe représente une proportion allant de 2,6 % à 9,1 % des épisodes d'absentéisme, selon les 4 nouvelles études retenues

– L'incidence saisonnière reste globalement stable, autour de 9-10 cas pour 100 personnes-saisons

– La durée d'absence liée à la grippe varie de 3,6 à 9 jours

Utilisation et coûts des soins de santé

– Coût direct annuel des consultations : 1 million de consultations annuelles attribuées à la grippe (50 à 100 millions d'euros sur l'ensemble des motifs)

6.1.2. Critère 2. Balance bénéfices/risques

Critère	Résumé des preuves	Informations supplémentaires

Bénéfices individuels de la vaccination des professionnels **Les effets bénéfiques attendus sont-ils importants ?**	**EV directe chez les professionnels** ➔ **EV en prévention des cas de grippe confirmée** – Rappel des données du rapport HAS de 2023 : • En population générale : EV variable entre 36 % et 67 % • EV chez les professionnels : 88,5 % (IC à 95 % : 39-98) ; données estimées sur une population de 150 soignants ayant eu une IRA, parmi lesquels 27 (18 %) avaient des grippes confirmées et 42 (28%) étaient vaccinés – Nouvelles données : Les données en vie réelle 2023 à 2026 (18-64 ans) : EV entre 44 (IC 95 % : 25-59) et 52,9 % (IC à 90 % : 48,9-56,8) Méta-analyses récentes : 39,9 (IC 95 % : 23,5-51,9) à 48 % (IC 95 % : 42-54) selon les types d'études ➔ **EV en prévention des hospitalisations pour grippe confirmée** – Données issues du rapport HAS de 2023 non significatives (4 % [IC à 95 % : - 8 % à 15 %]) Nouvelles données méta-analyse récente (moins de 65 ans) : EV à 38 % (IC 95 % : 33-43) ➔ **EV en prévention de la survenue d'une pneumonie** – Pas de données rapport HAS 2023 – Nouvelles données méta-analyse récente (moins de 65 ans) : 42 % (IC 95 % : 35-45) ➔ **EV en prévention de l'admission en unité de soins continus** Pas de données rapport HAS 2023 ; les nouvelles données de méta-analyse ne sont pas significatives L'EV directe chez les professionnels de santé en prévention des cas de grippe confirmée, des hospitalisations toutes causes et de la survenue des cas de pneumonie est modérée mais elle est certaine. Dans la seule étude comparant les mêmes années l'EV des soignants et des soignés, l'EV était deux fois plus importante chez les soignants que les soignés Concernant l'impact d'une vaccination répétée annuellement sur l'EV : – des réductions d'EV estimées entre - 7 % et - 18 % selon les souches chez les personnes vaccinées de manière répétée, comparativement à celles vaccinées uniquement la saison courante. Ces estimations reposent sur un niveau de preuve faible (designs observationnels, hétérogénéité élevée dans le nombre de répétitions et des populations incluses) – titres d'anticorps post-vaccinaux plus faibles en cas de vaccination répétée mais avec maintien de la séroprotection (maximum sur 6 ans de suivi avec nombre variable de vaccinations)	**À propos de l'EV :** Absence de corrélat de protection Les études publiées sont en outre de qualité méthodologique variable (puissance limitée, définitions imprécises des cas, etc.)
Bénéfices indirects de la vaccination des professionnels **Les effets bénéfiques attendus sont-ils importants ?**	**EV indirecte chez les professionnels** – **Impact de la vaccination sur la transmission en population générale** – Rappel des données issues du rapport HAS de 2023 Des études de l'impact de la vaccination des enfants sur les cas de grippe dans la population rapportent :	Majorité des études rapportent l'impact de la vaccination des enfants pour

	• Méta-analyse sur essais cliniques : pas d'effet significatif d'immunité de groupe sur le critère de survenue d'infections grippales chez les sujets contacts (OR : 0,62 ; IC à 95 % : 0,34-1,12) • Méta-analyse sur études observationnelles : réduction significative de l'infection grippale chez les sujets contacts des sujets vaccinés (OR : 0,57 ; IC 95 % : 0,43-0,77). L'hétérogénéité inter-études était très élevée (I^2 = 98 %) Deux études rapportent une EV indirecte chez l'adulte : Une étude compare les cas de grippe survenant chez des personnes non vaccinées (EVI) vivant dans des foyers de différents niveaux de couverture vaccinale : • 15,6 % (IC 95 % : - 21,4 à 41,3) foyers à couverture vaccinale modérée [51-99 %] • 2,4 % (IC 95 % : - 24,9 à 24,6) foyers à couverture vaccinale faible [> 0-50 %] Un modèle dynamique de transmission estime qu'avec une couverture vaccinale modérée et une efficacité vaccinale ≤ 60 %, la vaccination annuelle aurait permis d'éviter environ 135 millions d'infections aux États-Unis sur huit saisons – Nouvelles données issues d'une modélisation d'un scénario représentatif d'une grippe saisonnière avec un taux de reproduction compris entre 1,4 et 1,9, une efficacité vaccinale de 40 % et une couverture vaccinale de 51 %, la réduction moyenne du nombre total de cas de grippe varie entre 32,9 % et 41,5 % selon le niveau de transmissibilité – **Impact de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées en EHPAD** Données issues du rapport HAS de 2023 : les données d'une méta-analyse de la Cochrane chez les résidents de 60 ans et plus vivant en établissements de soins de longue durée suggéraient que proposer la vaccination antigrippale aux soignants avait un effet probable sur la réduction des infections respiratoires basses (RD = -0,02 ; IC 95 % : - 0,04 à 0,01, niveau de preuve modéré) mais sans preuve d'efficacité sur la grippe confirmée ni sur les hospitalisations – Nouvelles données : la mise à jour de la même revue Cochrane rapporte que la comparaison entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées proposant une vaccination antigrippale aux soignants et ceux ne la proposant pas a mis en évidence les résultats suivants (niveau de preuve scientifique GRADE) : • peu ou pas d'effet sur le nombre de résidents développant une grippe confirmée en laboratoire (de 5 % à 4 %) (RR 0,87 ; IC à 95 % : 0,46-1,63 ; niveau de preuve faible) • légère réduction des infections respiratoires basses associée à la vaccination des soignants (6 % *versus* 4 %) (RR 0,70 ; IC à 95 % : 0,41-1,20) ; l'intervalle de confiance est compatible à la fois avec une réduction cliniquement pertinente et avec une légère augmentation du risque lorsque l'effet est exprimé en termes absolus (2 % à 7 %). La prise en compte du clustering pour ce critère élargit encore l'intervalle de confiance, conduisant à un niveau de preuve très faible (RR ajusté 0,72 ; IC à 95 % : 0,28-1,85) • peu ou pas d'effet sur les hospitalisations pour pathologie respiratoire (RR 1,02 ; IC à 95 % : 0,82-1,27 ; niveau de preuve faible)	protéger la population générale Les études présentaient toutes de nombreux risques de biais, rendant l'interprétation des résultats délicate

	• les données sont insuffisantes pour déterminer un effet sur la mortalité par infection respiratoire basse chez les résidents : 2 % des résidents sont décédés dans chaque groupe (RR 0,82 ; IC à 95 % : 0,45-1,49 ; niveau de preuve très faible) • réduction de la mortalité toutes causes (RR 0,69 ; IC 95 % : 0,60-0,80 ; niveau de preuve modéré) – **Impact du taux de couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes hébergées et soignées** – Données issues du rapport HAS de 2023 : plusieurs études observationnelles en milieu hospitalier montrent qu'une hausse de la couverture vaccinale des soignants est associée à une diminution des infections nosocomiales même si les seuils définis par les auteurs diffèrent : une couverture vaccinale ≥ 80 % réduit nettement le risque d'infection, des augmentations de couvertures vaccinales de 56 % à 94 % ou de 47 % à 90 % s'accompagnent d'une baisse des grippes nosocomiales (avec ensuite une stabilisation des cas), et un effet protecteur significatif apparaît dès 40 % de couverture vaccinale. Une seule étude ne retrouve pas d'association – Pas de nouvelles données identifiées	
Bénéfices individuels de la vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus **Les effets bénéfiques attendus sont-ils importants ?**	**EV directe chez les personnes âgées de 65 ans et plus** ➔ **EV en prévention des cas de grippe confirmée** – Pas de données du rapport HAS 2025 – Nouvelles données : Les données en vie réelle 2023 à 2026 : EV respectivement de 42,0 % (IC 95 % : 36,6-46,9) ; 25,1 % (IC 95 % : 18,2-31,5) et 27,7 % (IC 95 % : 16,7-37,3) Méta-analyses récentes : 30,6 % (IC à 95 % : 26,2-34,8) ➔ **EV en prévention des hospitalisations toutes causes** – Pas de données du rapport HAS 2025 – Nouvelles données : Nouvelles données méta-analyse récente : 29 % (IC à 95 % : 25-33) ➔ **EV en prévention de la survenue d'une pneumonie** – Pas de données du rapport HAS 2025 – Nouvelles données : Nouvelles données méta-analyse récente : 45 % (IC à 95 % : 21-62) ➔ **EV en prévention de l'admission en unité de soins continus** – Pas de données du rapport HAS 2025 – Nouvelles données : Nouvelles données méta-analyse récente : 53 % (IC à 95 % : 28-69) ➔ **EV sur la réduction du taux de déclin fonctionnel**	Les effets observés sont globalement significatifs, même si l'ampleur des intervalles de confiance reste variable selon les critères étudiés

	– Pas de données rapport HAS 2025 – Pas de nouvelles données ➔ **EV en prévention de survenue d'évènements cardiovasculaires** – Pas de données rapport HAS 2025 – Nouvelles données : Réduction des hospitalisations cardiovasculaires : HR 0,84 (IC 95 % : 0,76-0,93) chez les ≥ 65 ans Impact sur l'infarctus du myocarde (IM) : effet protecteur dans la majorité des 10 études, avec aOR entre 0,79 et 0,84 Effet renforcé selon les caractéristiques de la vaccination : • Souches bien appariées → protection accrue • Vaccination combinée pneumocoque + grippe : HR 0,52 (IC 95 % : 0,38-0,71) Maladie coronarienne ischémique : • OR 0,746 (IC 95 % : 0,595-0,937) dans les sous-groupes BPCO • HR 0,65 (IC 95 % : 0,54-0,78) avec vaccination combinée (PPV + TIV) Syndrome coronarien aigu (ACS) : aHR 0,41-0,48, avec un effet majoré après ≥ 4 vaccinations (jusqu'à aHR 0,20) ➔ **Place des vaccins haute dose et adjuvanté chez les personnes âgées de 65 ans et plus** En 2025, la HAS a recommandé l'utilisation préférentielle des vaccins haute dose et adjuvanté chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sur la base d'une EVr supérieure à celle des vaccins stan-dards, notamment sur les hospitalisations. Bien que l'objectif du présent rapport ne soit pas de com-parer l'efficacité des vaccins haute dose et adjuvanté par rapport aux vaccins standards, de nouvelles données ont été identifiées. Leur analyse ne remet pas en cause les conclusions antérieures de la HAS.	
Bénéfices indirects de la vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus **Les effets bénéfiques attendus sont-ils importants ?**	Concernant l'impact de la vaccination répétée sur l'EV : – la réduction de l'EV est estimée entre - 7 % et - 18 % selon les souches, ces estimations n'étant pas spécifiques des personnes âgées ≥ 65 ans et reposant sur un niveau de preuve faible (designs observationnels, hétérogénéité élevée dans le nombre de répétitions et des populations incluses) – 1 étude observationnelle rapporte que la vaccination sur 2 saisons consécutives n'est pas associée à une diminution significative de la protection par rapport à la vaccination de la saison courante seule Les données sur l'efficacité indirecte chez les personnes âgées de 65 ans et plus rapportent une réduction de 22 % des épisodes d'épidémies de grippe nosocomiales en EHPAD lorsque les résidents recevaient un vaccin adjuvanté plutôt qu'un vaccin standard (RR autour de 0,78-0,83, IC larges) Dans le cadre de la présente évaluation, la mise à jour de la revue de la littérature n'a pas permis d'identifier de nouvelles données sur l'efficacité indirecte dans cette population	Données d'efficacité relative
Efficacité vaccinale directe chez les professionnels et en population	Étude cas-témoin rapporte : l'efficacité vaccinale observée pour la prévention de la grippe nosocomiale en milieu hospitalier est estimée à 58 % (OR : 0,42 ; IC 95 % : 0,22-0,79)	

générale en prévention de cas de grippe contractée en milieu de soins **Les effets bénéfiques attendus sont-ils importants ?**	Deux études non publiées, Nosogrippe et Nosovirus, présentées en audition CTV : L'étude de surveillance continue Nosogrippe (depuis 2004 à Lyon) : – Chez les patients : les cas de grippe nosocomiale sont de 31 % chez les non-vaccinés et de 18 % chez les vaccinés (OR = 0,48, p = 0,001) – Chez les soignants, les cas de grippe contractée à l'hôpital sont de 12 % chez les vaccinés et de 25 % chez les non-vaccinés (OR = 0,42, p = 0,004) L'étude Nosovirus, lancée en 2004 (ANRS-MIE) : – Chez les patients : une tendance à un risque accru de grippe nosocomiale chez les non-vaccinés par rapport aux vaccinés [OR = 3,09 (IC 95 % : 0,92-10,45)] – Chez les soignants : une tendance à un risque accru de grippe contractée à l'hôpital chez les non-vaccinés par rapport aux vaccinés [OR = 2,5 (IC 95 % : 0,55-11,5)]	Les résultats de ces 2 études restent toutefois exploratoires et ne permettent pas de conclure
Risques de la vaccination **Les effets indésirables prévus sont-ils faibles ?**	**Sécurité** Les vaccins antigrippaux, y compris les vaccins haute dose et adjuvanté utilisés chez les personnes âgées, conservent un profil de sécurité favorable. Les effets indésirables observés sont principalement bénins et attendus. Aucun signal de sécurité n'a été identifié par l'ANSM, ni par les évaluations européennes récentes La vaccination répétée ne présenterait pas de signal de sécurité supplémentaire par rapport à une vaccination ponctuelle	

6.1.3. Critère 3. Impact de la vaccination sur le système de soins

Critère	Résumé des preuves	Informations supplémentaires
Bénéfices de la vaccination sur la capacité du système de soins **Les effets bénéfiques attendus sont-ils importants ?**	**Chez les professionnels** – Données issues du rapport HAS de 2023 Méta-analyse : pas d'effet sur l'absentéisme toutes causes (RR 0,82 ; IC 95 % : 0,67-1,00), mais réduction marquée de l'incidence grippale (RR 0,40 ; IC 95 % : 0,23-0,69) et des absences liées à la grippe (RR 0,62 ; IC 95 % : 0,45-0,85) avec une hétérogénéité élevée (I^2 = 79 %) Étude observationnelle : excès d'absentéisme plus faible chez les soignants vaccinés (1,74 j/personne) que chez les non-vaccinés (2,71 j/personne) Étude observationnelle : en période épidémique, absentéisme environ 1,5* plus élevé chez les non-vaccinés, soit + 2,01 j/personne et + 70 % par rapport aux vaccinés Étude observationnelle : pertes de 2,47 jours/100 personnes-jours chez les non-vaccinés *vs* 1,92/100 personnes-jours chez les vaccinés (p < 0,001) – Nouvelles données	Incertitude Refléter les opinions minoritaires

	Incidence de la grippe entre 2,6 et 9 % des épisodes d'absence dans les hôpitaux La vaccination des professionnels réduit les arrêts maladie liés à la grippe. Les données récentes rapportent une efficacité vaccinale contre les arrêts maladie variable entre 45 et 70 % La vaccination antigrippale présente une efficacité entre 45 et 70 % sur l'incidence de la maladie chez les professionnels en milieu de soins et l'absentéisme associé **Personnes âgées de 65 ans et plus vivant en collectivité** La vaccination antigrippale des personnes âgées en collectivité réduit les formes graves et les hospitalisations. Sur la période janvier 2023-juillet 2025, on dénombre 2 235 hospitalisations et 2 182 décès, avec une couverture vaccinale des résidents de 82,2 % en moyenne (données transmises par SpF)	

6.1.4. Critère 4. Moyens de prévention et de contrôle

Critère	Résumé des preuves	Informations supplémentaires
Les moyens de prévention existants sont-ils satisfaisants pour cette problématique de santé ?	– Recommandations très faibles : ventilation des espaces, isolement des personnes malades, évitement des foules – Recommandation faible : nettoyage des surfaces – Recommandations modérées : hygiène des mains, port du masque chez les personnes symptomatiques, port du masque chez les personnes asymptomatiques – Pas de recommandation mais plausibilité mécanistique : mesures d'hygiène respiratoire (tousser dans le coude, utilisation de mouchoirs…) Le guide de la SF2H, le rapport du HCSP ainsi que l'instruction ministérielle du 12 novembre 2025 relative au port obligatoire du masque délivrent un message clair : vaccination et mesures barrières ne doivent pas être opposées mais articulées au sein d'une stratégie intégrée, graduée et proportionnée L'utilisation de l'oseltamivir relève de recommandations spécifiques du HCSP, notamment en prophylaxie post-exposition, et ne constitue pas un outil de prévention primaire ni une alternative à la vaccination – La vaccination demeure centrale pour réduire les formes graves et la mortalité, tandis que les mesures barrières contribuent à limiter la transmission et à protéger les personnes les plus vulnérables	

6.1.5. Critère 5. Valeurs et préférences de la population cible

Critère	Résumé des preuves	Informations supplémentaires
Est-ce que du point de vue de la population cible les effets bénéfiques sont importants par rapport aux effets indésirables ?	**Couverture vaccinale des professionnels** – ES – couverture vaccinale moyenne entre 19 % et 20 % entre 2022 et 2025 – ESMS – couverture vaccinale moyenne de 22,4 % en ESMS et 21 % en EHPAD (2024-2025) La couverture vaccinale a baissé de 37,2 % à 24,2 % sur la période entre 2007 et 2025 – Libéral – couverture vaccinale entre 62,9 % et 86,3 % chez les médecins/63 % chez les paramédicaux Les données mettent en évidence des disparités importantes de couverture vaccinale selon les **catégories professionnelles**, le **niveau socio-économique** et le **type d'établissement** **Couverture vaccinale chez les personnes âgées résidant en collectivité** – 53,7 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus ; 53,3 % sur la saison 2025-2026 (jusqu'au 31/12/2025) – 82,7 % chez les résidents en EHPAD (2024/2025) **Déterminants de l'adhésion vaccinale** : modèle des 5 C (confiance, complaisance, commodités, calcul, responsabilité collective) **Impact des mesures d'incitation à la vaccination sur la couverture vaccinale** Une étude, spécifique aux EHPAD, montre une baisse de la mise en place de ces mesures ainsi que de l'impact des mesures avec le temps qui se traduit par une baisse de la couverture vaccinale des professionnels de santé de 37,2 % en 2007-2008 à 24,2 % en 2024-2025. L'étude estime qu'en 2024-2025, l'association : vaccination gratuite sur site, séances d'information collectives ou individuelles, diffusion d'informations sur la grippe ou les vaccins, aurait augmenté la couverture antigrippale des professionnels de près de 10 points en 2024-2025 par rapport à l'absence de mise en place de ces mesures (26,1 % *vs* 17,2 %) **Acceptabilité de l'OV contre la grippe** ➔ Professionnels de santé : **3 enquêtes** - Enquête en France sur 167 établissements et 8 594 professionnels de santé (2019) : adhésion de 42,7 %, [IC 95 % : 40,6‑44,9] (77,2 % chez les médecins contre 32 % chez les aides-soignants) - Enquête en France auprès de 1 580 professionnels de santé (2024), adhésion de 67 % favorables à une OV des soignants (76 % chez les médecins, 87 % chez les pharmaciens et 50 % chez les infirmiers), et 61 % favorables à la vaccination des résidents (avec des variations selon le lieu d'exercice : 52 % en EHPAD *versus* 70 % à l'hôpital et 69 % en ville)	

- À l'international, méta-analyse sur 40 études : acceptation globale de 61 % (IC 95 % : 53-68), I^2 = 99 %. Acceptabilité variable selon les régions (de 54 % en Europe à 69 % en Asie) et selon les catégories professionnelles, avec 75 % (IC 95 % : 59-87) chez les médecins, 80 % (IC 95 % : 62-90) chez les étudiants et 41 % (IC 95 % : 23-60) chez les infirmiers

➔ Non-professionnels : Baromètre SpF sur 34 940 personnes âgées de 18 à 79 ans interrogées

➔ Évolution de la part des personnes citant le vaccin contre la grippe en réponse à la question « À quel vaccin êtes-vous défavorable ? » parmi l'ensemble des 18-79 ans résidant en France métropolitaine (en %)

Vaccination	2010	2014	2016	2017	2020	2021	2022	2023	2024
Grippe	11 %	19 %	15 %	14 %	14 %	6 %	3 %	6 %	7 %

Enquête ICOVAC (2025), 4 000 adultes :

58 % des répondants favorables à une OV antigrippale pour les professionnels de santé et pour les personnes les plus vulnérables

Parmi les personnes de 65 ans et +, 68 % se déclarent favorables à une obligation pour les professionnels de santé, 62 % pour les personnes vulnérables

– 7 % se revendiquent « antivaccins »

Lien entre l'OV et l'augmentation de la couverture vaccinale

– Le manuel OMS (2019) indique que les politiques obligatoires sont associées aux meilleures couvertures vaccinales, avec des taux > 94 % dans la revue de huit études
– Le guide OMS (2022) précise que les stratégies volontaires, même appuyées par la sensibilisation et l'amélioration de l'accès, n'atteignent pas des niveaux suffisants, particulièrement pour la grippe
– L'OMS souligne qu'aucune intervention, en dehors de l'obligation vaccinale, n'a démontré sa capacité à augmenter rapidement et durablement la couverture vaccinale ; cependant, cette approche reste controversée et dépendante du contexte

➔ Enseignements des obligations vaccinales en pédiatrie :

– Les politiques d'obligation vaccinale chez les enfants sont appliquées dans plusieurs pays européens, avec des sanctions variables (amendes, restrictions scolaires…)
– La comparaison européenne des couvertures vaccinales (ASSET, 2016) ne montre pas de lien clair entre obligation et couverture vaccinale supérieure pour poliomyélite, rougeole et coqueluche
Des données nationales (France, Italie) montrent qu'une obligation élargie en pédiatrie augmente nettement la couverture vaccinale : exemple France (un an après obligation élargie) :

- Hépatite B : 90,5 % → 96,3 % (dose 1) ; 83,1 % → 89,4 % (dose 3)
- Pneumocoque : 98,1 % → 99,5 % (dose 1)
- Méningocoque C : 35,5 % → 75,8 % (dose 1)
- Rougeole : 86,2 % → 87,6 % (dose 1)

➔ Effet de l'obligation vaccinale chez les professionnels de santé

– Données HAS 2023 ; les études examinées montrent que l'OV :
  • permet d'atteindre des couvertures vaccinales > 90 %, bien au-delà des stratégies volontaires
– L'impact sur la charge hospitalière est peu documenté, mais certaines données indiquent :
  • une baisse des infections nosocomiales
  • une réduction du risque de grippe (OR = 0,17)
  • et une diminution de 5,9 points des arrêts maladie dans les établissements sous OV
– Études internationales
  États-Unis/Canada/Finlande : les obligations permettent d'atteindre des taux très élevés (> 90 %)
  • Couverture vaccinale soignants 56 % → 94 % après OV ; baisse significative des cas de grippe nosocomiale, corrélée au taux de couverture vaccinale du personnel
  • Arrêts maladie −5,9 points dans les établissements avec OV
  • OV associée à une diminution importante du risque de grippe (OR = 0,17), mais augmentation des autres infections respiratoires virales (IRR = 1,26)
– Données nouvelles (2023-2024)
  Revue systématique et méta-analyse : les politiques obligatoires atteignent les couvertures vaccinales les plus élevées, souvent > 90 %
  Aucune stratégie volontaire, même incitative, n'atteint des niveaux comparables
  Étudiants en santé (Australie) : couverture vaccinale 73,5 % → 89,6 % après OV (p < 0,001), malgré une couverture vaccinale initialement élevée grâce à des campagnes campus
  Finlande (semi-obligation) : couverture vaccinale professionnels 41 % (2014) → 83-91 % dès les premières saisons après mise en œuvre ; jusqu'à 99,6 % dans certaines structures

6.1.6. Critère 6. Faisabilité

Critère	Résumé des preuves	Informations supplémentaires

La mise en œuvre de l'intervention est-elle réalisable ?	– Taille de la population : au 1er janvier 2025 : 237 214 médecins, 74 554 pharmaciens, 47 636 chirurgiens-dentistes, 25 760 sages-femmes – 14 millions de personnes âgées de 65 ans et plus – Mise en œuvre logistique et opérationnelle – Mobilisation des ressources humaines : • 61 % des EHPAD déclaraient des difficultés de recrutement en 2019, et en 2021, un tiers des EHPAD étaient contraints de réduire leur nombre de places en raison de difficultés de recrutement • la présence accrue de personnels intérimaires, vacataires ou remplaçants : en 2023, 28,3 % des directeurs d'EHPAD recouraient quotidiennement à l'intérim, 31 % au moins une fois par semaine, avec un taux de rotation des effectifs de 25,6 % – Contrôles et gestion des refus – Systèmes d'information (traçabilité…) – Communication et formation	Les éléments complémentaires à inclure : • Tout obstacle qui serait difficile à surmonter • Nécessité de recommandations supplémentaires pour les sous-groupes • Facteurs pouvant avoir un impact sur les conseils accompagnant la recommandation

6.1.7. Critère 7. Acceptabilité des parties prenantes

Critère	Résumé des preuves	Informations supplémentaires
L'intervention est-elle acceptable pour les parties prenantes clés ?	– OV annuelle contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité : 42 contributeurs sur 75 se sont déclarés favorables (56 %), 25 défavorables (33 %) et 8 ne se sont pas prononcés (11 %). Les positions favorables étaient majoritaires dans les établissements de santé ou médico-sociaux, les instances professionnelles et représentatives, les instances scientifiques et académiques, les structures d'exercice libéral et le service public de santé, notamment – OV annuelle chez l'ensemble des professionnels exerçant ou intervenant dans les secteurs sanitaire, social et médico-social : 46 contributeurs se sont déclarés favorables (61 %), 24 défavorables (32 %) et 5 ne se sont pas prononcés (7 %). Les positions favorables étaient majoritaires dans la plupart des catégories – OV limitée aux professionnels exerçant ou intervenant dans les EHPAD : 12 contributeurs se sont déclarés favorables (16 %), 54 défavorables (72 %) et 9 ne se sont pas prononcés (12 %). Des positions défavorables ont été recueillies dans presque toutes les catégories de contributeurs – OV limitée à une autre population : 10 contributeurs se sont déclarés favorables (14 %) et 64 défavorables (86 %)	

7. Recommandation HAS

7.1. Synthèse des considérants

La HAS a été saisie par le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles afin d'évaluer l'opportunité d'une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière. La saisine concerne les professionnels de santé, les personnels du champ sanitaire et médico-social et les personnes de 65 ans et plus résidant en collectivité.

Pour répondre à cette demande, l'évaluation de la HAS s'est, en partie, appuyée sur son rapport de 2023 relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe[30], en l'actualisant à partir des données scientifiques, des données de surveillance épidémiologique, du recueil de la position de parties prenantes via des auditions et contributions écrites, ainsi que de l'avis d'un groupe de travail.

En 2006, la vaccination antigrippale avait été rendue obligatoire pour les professionnels visés par l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique, puis suspendue avant application en raison de l'absence de surrisque démontré chez les soignants, du risque de contre-productivité d'une obligation annuelle, de l'augmentation observée de la couverture vaccinale et de la recommandation de réserver l'obligation au seul contexte pandémique.

En France, l'obligation vaccinale concerne les professionnels exposés ou exposant à un risque de contamination et porte sur l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. En 2023, la HAS a maintenu la vaccination antigrippale au stade de recommandation en raison d'une efficacité variable selon les saisons et de l'insuffisance des données disponibles à ce jour sur le fardeau de la grippe nosocomiale chez les personnes prises en charge ainsi que sur l'impact de la vaccination des soignants sur ce fardeau. La HAS avait alors insisté sur la nécessité de promouvoir la vaccination en milieu professionnel et de renforcer le rôle des services de santé au travail.

Dans le cadre de la présente évaluation, la HAS a pris en compte les éléments suivants.

I- Analyse critique de la littérature scientifique

La grippe saisonnière : problématique de santé publique

La grippe saisonnière constitue un fardeau sanitaire important, en particulier chez les personnes âgées, qui provoque des millions de consultations en ville chaque saison, des dizaines de milliers d'hospitalisations et de passages aux urgences. La grippe est associée à un excès de mortalité toutes causes confondues estimé à plus de 17 600 décès en 2024-2025. Les décès liés à la grippe concernaient à 90 % des personnes de 65 ans et plus, principalement celles âgées de 75 ans et plus.

En EHPAD, 75 % des résidents sont des personnes âgées de 75 ans et plus. Les résidents sont exposés à des contacts particulièrement étroits, répétés et prolongés avec les soignants. Ils ne peuvent se soustraire au risque lié à la vie en collectivité, l'EHPAD constituant leur lieu de vie.

La grippe est associée, en particulier chez les personnes âgées, à des complications cardiovasculaires et une baisse d'autonomie.

[30] Haute Autorité de Santé. Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels. Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle. Recommandation vaccinale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3456359/fr/actualisation-des-recommandations-et-obligations-vaccinales-des-professionnels-coqueluche-grippe-saisonniere-hepatite-a-rougeole-oreillons-rubeole-varicelle

Les recommandations vaccinales actuelles contre la grippe saisonnière

La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée chaque année :

- pour tout professionnel de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère ;
- pour les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- pour les personnes à risque de forme sévère ou compliquée : les femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grosses ; les personnes y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois atteintes d'affections broncho-pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14 (asthme et BPCO), d'insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives quelle que soit la cause y compris les maladies neuromusculaires à risque de décompensation respiratoire, les malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, les malformations pulmonaires ou de la cage thoracique, de maladies respiratoires chroniques susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une grippe dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyper-réactivité bronchique, de dysplasies broncho-pulmonaires, de mucoviscidose, de cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec HTAP et/ou insuffisance cardiaque, d'insuffisances cardiaques graves, de valvulopathies graves, de troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours, de maladies des coronaires, d'antécédents d'accident vasculaire cérébral, de formes graves d'affections neurologiques et musculaires dont myopathie, poliomyélite, myasthénie et maladie de Charcot, de paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique, de néphropathies chroniques graves, de syndromes néphrotiques, de drépanocytoses homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose, de diabètes de type 1 et de type 2, de maladies hépatiques chroniques avec ou sans cirrhose, de déficits immunitaires primitifs ou acquis dont pathologies oncologiques et hématologiques, transplantations d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur, personnes infectées par le VIH quels que soient leur âge et leur statut immunovirologique ; les personnes obèses avec un IMC ≥ 40 kg/m² avec ou sans pathologie associée ; les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge ; l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois à risque de grippe grave (prématurés notamment avec séquelles respiratoires, enfants atteints de cardiopathie congénitale, déficit immunitaire congénital, pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou affection de longue durée) ; l'entourage des personnes immunodéprimées.

Efficacité individuelle de la vaccination antigrippale

La protection individuelle sur la prévention des cas de grippe est modérée et variable selon les saisons, dépendante de la concordance des souches et des caractéristiques des populations. L'efficacité vaccinale en vie réelle chez les adultes âgés de 18 à 64 ans contre les cas de grippe confirmée varie entre 41 % et 76 % sur les trois dernières années. Les méta-analyses confirment ces estimations.

L'efficacité vaccinale contre les cas de grippe confirmée chez les personnes âgées de 65 ans et plus est plus faible (immunosénescence), variant entre 25,1 % et 42 % sur les trois dernières années. La HAS a recommandé, en 2025, l'utilisation préférentielle des vaccins haute dose et adjuvantés dans cette population sur la base d'une efficacité vaccinale supérieure à celle des vaccins standards.

Concernant le caractère répétitif de la vaccination antigrippale, les données d'une méta-analyse rapportent une diminution modeste de l'efficacité vaccinale, sans remettre en question l'intérêt de la vaccination annuelle.

Sécurité des vaccins antigrippaux

Le profil de sécurité est favorable, sans signal identifié en France ni à l'international.

Impact de la grippe et de la vaccination antigrippale sur les absences des professionnels

D'après des études observationnelles, la grippe représenterait entre 2,6 % et 9,1 % des arrêts maladie dans certains pays, avec des absences de 3,6 à 9 jours par an, ce qui a un impact organisationnel sur les établissements hospitaliers. Ces absences contribueraient, dans un contexte d'augmentation forte de la demande de soins liée à l'épidémie de grippe, à des mesures exceptionnelles, telles que la déprogrammation d'interventions non urgentes et le déclenchement de plans blancs.

Les résultats d'une méta-analyse rapportent que la vaccination antigrippale diminuerait de 60 % l'incidence de la maladie chez les professionnels de santé et de 38 % leurs absences liées à la grippe.

Transmission de la grippe en milieu de soins

Les données françaises sur la transmission de la grippe en milieu de soins sont limitées et hétérogènes, sans surveillance nationale consolidée. Elles reposent sur des définitions variables de la transmission en milieu de soins. Cela rend difficile l'attribution des circuits de transmission (professionnels, patients, visiteurs), entraînant une incertitude pour quantifier l'impact de la grippe strictement lié aux soins.

Transmission de la grippe en EHPAD

En EHPAD, les nombres d'épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës déclarés entre janvier 2023 et juillet 2026 ayant pour étiologie la « grippe associée à une autre étiologie » ou la « grippe seule » étaient respectivement de 2 418 et 1 582. Les épisodes de « grippe seule » ont été à l'origine de 23 796 résidents malades (taux d'attaque 19,8 %), 1 397 hospitalisations (taux d'hospitalisation 6,4 %), 1 476 décès (létalité 6,1 %).

Chez les professionnels exerçant en EHPAD, on comptait 5 397 malades (taux d'attaque de 6,5 % et létalité de 0,1 %). L'origine du cas index n'était pas précisée dans ces données de surveillance.

Effets de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées en EHPAD

Selon des résultats d'une méta-analyse de la Cochrane sur des études contrôlées randomisées en cluster, la comparaison entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées proposant une vaccination antigrippale aux soignants et ceux ne la proposant pas a mis en évidence les résultats suivants (niveau de preuve scientifique GRADE) :

- peu ou pas d'effet sur le nombre de résidents développant une grippe confirmée en laboratoire (de 5 % à 4 %) (RR 0,87 ; IC à 95 % : 0,46-1,63 ; niveau de preuve faible) ;
- légère réduction des infections respiratoires basses associée à la vaccination des soignants (6 % *versus* 4 %) (RR 0,70 ; IC à 95 % : 0,41-1,20) ; l'intervalle de confiance est compatible à

la fois avec une réduction cliniquement pertinente et avec une légère augmentation du risque lorsque l'effet est exprimé en termes absolus (2 % à 7 %). La prise en compte du clustering pour ce critère élargit encore l'intervalle de confiance, conduisant à un niveau de preuve très faible (RR ajusté 0,72 ; IC à 95 % : 0,28-1,85) ;

- peu ou pas d'effet sur les hospitalisations pour pathologie respiratoire (RR 1,02 ; IC à 95 % : 0,82-1,27 ; niveau de preuve faible) ;
- les données sont insuffisantes pour déterminer un effet sur la mortalité par infection respiratoire basse chez les résidents : 2 % des résidents sont décédés dans chaque groupe (RR 0,82 ; IC à 95 % : 0,45-1,49 ; niveau de preuve très faible) ;
- réduction de la mortalité toutes causes (RR 0,69 ; IC 95 % : 0,60-0,80 ; niveau de preuve modéré).

Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence, la mortalité toutes causes confondues étant un critère non spécifique de la grippe. Par ailleurs, cette réduction de la mortalité toutes causes n'est pas expliquée par les effets observés sur les critères spécifiques de la grippe.

Taux de couverture vaccinale dans les établissements de santé/EHPAD

En France, en 2024-2025, la couverture vaccinale antigrippale des professionnels en établissements de santé était de 20 % (taux médian). Elle était variable entre 19 % et 22 % sur les 4 dernières saisons épidémiques.

Concernant les professionnels en EHPAD, la couverture vaccinale est passée de 37,2 % en 2007-2008 à 24,2 % en 2024-2025.

Les couvertures vaccinales sont hétérogènes selon les professions, les modes d'exercice et les territoires. Le taux est le plus élevé chez les médecins. Il est décroissant successivement chez les sages-femmes, les infirmiers et les aides-soignants, catégories professionnelles qui sont les plus en contact avec les patients des établissements de santé et les résidents des EHPAD.

Chez les résidents en EHPAD, la couverture vaccinale antigrippale était de 83,3 % en 2023-2024 et de 82,7 % en 2024-2025.

Impact du taux de couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes soignées

Chez les soignants, plusieurs études observationnelles suggèrent un effet de la vaccination sur la protection des personnes soignées, à partir de seuils de couvertures vaccinales compris entre 40 % et 80 %. Ces études sont hétérogènes et exposées à des biais importants.

Moyens de prévention complémentaires à la vaccination

La position partagée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) et le HCSP souligne que la vaccination et les mesures barrières (port du masque, ventilation des locaux, hygiène des mains…) doivent être complémentaires. Ces avis, qui reposent sur des études mécanistiques, sont appuyés par l'instruction ministérielle du 12 novembre 2025 relative au port obligatoire du masque en période épidémique. Aucune étude clinique n'a identifié d'alternative de prévention permettant de diminuer la fréquence de la grippe en établissements de soin/EHPAD.

Les mesures de prévention de la grippe peuvent être particulièrement difficiles à appliquer dans les EHPAD en raison des multiples activités liées à la vie en établissement et parfois incompatibles avec le port du masque par les résidents (repas...).

Les antiviraux tels que l'oseltamivir ne constituent pas une alternative à la vaccination ; ils relèvent de la prise en charge curative ou de la prophylaxie post-exposition.

Déterminants de l'adhésion ou de l'hésitation vaccinale contre la grippe en France

Chez les professionnels, les freins à l'adhésion vaccinale contre la grippe incluent la faible perception du risque, les doutes sur l'efficacité, les contraintes d'organisation du système de soins (accès difficile au vaccin, manque de disponibilité, logistique insuffisante), mais également l'insatisfaction à l'égard des conditions de travail.

À l'inverse, les leviers de la vaccination reposeraient sur la protection personnelle, la protection de l'entourage et des patients, le fait de considérer le vaccin comme sûr et efficace, et sa disponibilité, ainsi que la crainte de l'arrêt de travail.

Cadre éthique et juridique d'une obligation vaccinale

Selon les principes bioéthiques repris dans les référentiels de l'OMS et du CCNE, une obligation vaccinale ne peut être envisagée qu'en dernier recours. Elle doit répondre aux principes de nécessité, proportionnalité et équité. Le contexte, distinguant une situation courante et une situation de crise sanitaire, doit également être apprécié, ainsi que le respect des libertés, le respect de l'autonomie et du consentement. La mise en place d'une obligation vaccinale doit s'accompagner de garanties telles l'information, l'accessibilité et la démocratie en santé.

Ces exigences sont renforcées lorsque l'obligation vise :

- des résidents en EHPAD, établissement considéré comme un lieu de vie ;
- des professionnels, dans un contexte de fortes tensions en ressources humaines.

L'OMS distingue quatre stratégies de vaccination des professionnels de santé : volontaire, semi-obligatoire, obligatoire et obligatoire sélective (en contact direct avec des patients à haut risque).

L'OMS décrit par ailleurs les implications pratiques et systémiques possibles d'une OV, comme :

- des transferts de postes, la signature d'un refus, des sanctions ;
- un effet d'entraînement sur l'adhésion, un renforcement de la confiance envers la vaccination et une meilleure préparation aux pandémies.

Acceptabilité de l'obligation vaccinale contre la grippe en France

Concernant l'adhésion à une obligation vaccinale, une enquête nationale multicentrique de Santé publique France, menée avant la pandémie de Covid en 2019 dans des établissements de santé, rapporte une acceptabilité de 42,7 % de l'obligation vaccinale antigrippale. Une enquête de 2024 auprès de 1 580 professionnels de santé (50 % de médecins) portant exclusivement sur les EHPAD rapporte 60,9 % d'opinions favorables pour l'obligation vaccinale pour les résidents et 67,7 % pour les professionnels des EHPAD.

En population générale, une enquête française menée en septembre 2025 auprès d'un échantillon représentatif de la population adulte vivant en France hexagonale (n = 4 000) rapporte que parmi les

personnes de 65 ans et plus, 68 % se déclarent favorables à une OV antigrippale pour les professionnels de santé, 62 % pour les personnes vulnérables et 38 % pour la population générale.

Mesures permettant d'augmenter la couverture vaccinale

L'obligation vaccinale serait le levier le plus efficace pour augmenter rapidement et de façon durable la couverture vaccinale des professionnels de santé. Ainsi, des niveaux élevés de couverture vaccinale (> 90 %) sont rapportés dans les pays ayant mis en place et appliqué cette obligation. En Finlande, la couverture vaccinale des professionnels de santé est ainsi passée d'environ 41 % en 2014 avant l'introduction de la loi, à 83,7 % et 90,8 % au cours des premières saisons suivant sa mise en œuvre. Aux États-Unis, une étude rapporte, sur la saison 2024-2025, des taux de couverture de 97,3 % lorsque la vaccination était obligatoire et de 73,9 % lorsqu'elle était recommandée.

Selon l'OMS, l'obligation vaccinale peut également produire un effet d'entraînement sur l'adhésion et les comportements vaccinaux d'autres groupes cibles.

En France, l'extension de l'obligation vaccinale en pédiatrie s'est traduite, un an après son entrée en vigueur, par une augmentation des couvertures vaccinales pour les vaccins hépatite B, pneumocoque, rougeole et méningocoque C, avec des gains particulièrement marqués pour ce dernier vaccin (de 35,5 % à 75,8 %).

En France, les enseignements de la pandémie de Covid-19 soulignent que l'obligation vaccinale peut générer des tensions lorsqu'elle est perçue comme stigmatisante. Selon l'OMS, l'obligation vaccinale peut avoir des effets contre-productifs, notamment en altérant la confiance lorsqu'elle est perçue comme autoritaire ou insuffisamment justifiée.

Une étude française de Santé publique France, réalisée entre 2007 et 2024 dans les établissements de santé et en EHPAD, a rapporté un impact variable de plusieurs mesures incitatives à la vaccination antigrippale (plans d'action, vaccination gratuite, référent vaccination…) sur la couverture vaccinale, allant de + 15 % à + 44 % chez les soignants dans les établissements de santé concernés et de + 16 % à + 69 % chez les soignants des EHPAD inclus.

Une étude, spécifique aux EHPAD, montre une baisse de la mise en place de ces mesures ainsi que de l'impact des mesures avec le temps qui se traduit par une baisse de la couverture vaccinale des professionnels de santé de 37,2 % en 2007-2008 à 24,2 % en 2024-2025. L'étude estime qu'en 2024-2025, l'association : vaccination gratuite sur site, séances d'information collectives ou individuelles, diffusion d'informations sur la grippe ou les vaccins, aurait augmenté la couverture antigrippale des professionnels de près de 10 points en 2024-2025 par rapport à l'absence de mise en place de ces mesures (26,1 % *vs* 17,2 %).

Faisabilité

La littérature s'est révélée peu contributive pour l'analyse de ce critère qui repose principalement sur la position des membres du groupe de travail, des contributions écrites et des auditions, et les échanges au sein de la CTV.

L'éventualité d'une obligation vaccinale annuelle nécessiterait dans tous les établissements :

- la mise en œuvre logistique et opérationnelle, supposant une organisation annuelle structurée avec campagnes, gestion des commandes pour garantir la disponibilité des vaccins dès le début de saison, stockage, accessibilité via vaccination sur site et/ou équipes mobiles ;

- des ressources humaines suffisantes dans un contexte français marqué par des tensions dans les effectifs de nombreux établissements, dont les EHPAD, et la présence accrue de personnels intérimaires, vacataires ou remplaçants ;
- un contrôle des statuts vaccinaux, rendu difficile par un accès variable à la médecine du travail et aux outils de suivi, selon les établissements et les modes d'exercice ;
- un renforcement des dispositifs de traçabilité et des systèmes d'information ;
- une capacité de gestion des refus qui doit concilier protection des personnes vulnérables, respect des droits individuels et continuité de l'activité dans les établissements :
  - **en Finlande**, le dispositif mis en place depuis 2017 repose sur une obligation fonctionnelle, avec des exemptions médicales limitées. En cas de refus ou d'impossibilité, l'amendement prévoit une réaffectation sans contact avec les patients vulnérables,
  - **aux États-Unis**, une étude menée sur 5 ans dans un centre médical de grande taille (établissement de soins de longue durée (*long-term care institutions*, LTCI), assimilable à un EHPAD) a évalué une politique imposant aux professionnels de santé soit la vaccination antigrippale annuelle, soit le port du masque pendant la saison grippale en cas d'exemption médicale ou religieuse. La première année, 4 588/4 703 professionnels (97,6 %) ont été vaccinés. Au cours des 4 années suivantes, la couverture vaccinale est restée supérieure à 98 %. Les exemptions concernaient moins de 0,7 % des professionnels, et moins de 0,2 % ont refusé la vaccination et quitté l'établissement ;
- une stratégie de communication et de formation adaptée et de concertation pour soutenir l'adhésion et permettre l'appropriation des modalités par les établissements et les professionnels.

La mise en place d'une obligation vaccinale annuelle impliquerait un effort constant auprès des populations concernées, mobilisées pour chaque saison hivernale.

Les obligations vaccinales antigrippales mises en œuvre à l'international

En Europe : une « semi-obligation » est appliquée en Finlande, fondée sur la responsabilité légale des employeurs (avec réaffectation des soignants non vaccinés hors secteur de soins de personnes vulnérables).

En dehors de l'Europe : des dispositifs spécifiques sont en place (Australie : obligation dans certains États ; États-Unis : obligation selon certains États ou hôpitaux ; Canada : mesures dans certaines provinces).

Impact de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale à l'international sur la transmission de la grippe

L'impact de l'obligation vaccinale sur la charge hospitalière liée à la grippe a été très peu étudié. Aux États-Unis, après l'instauration de l'obligation vaccinale en 2009, la vaccination des soignants est passée de 56 % à 94 % en 2013-2014, la proportion de grippe nosocomiale a diminué de façon significative au cours de cette même période, passant de 6 % en 2006-2007 à 2,3 % en 2013-2014 ($p = 0,045$), avec une association significative avec la couverture vaccinale des personnels, notamment le personnel de soins ($p = 0,043$).

II- Contributions externes

La HAS a constitué un groupe d'experts multidisciplinaire et a sollicité des parties prenantes concernées par le sujet. L'ensemble des experts et organisations sollicités reconnaissent sans réserve l'intérêt de la vaccination saisonnière contre la grippe. Ils soulignent unanimement la nécessité d'augmenter la couverture vaccinale chez les professionnels de soins.

Le groupe d'experts HAS était très majoritairement défavorable à une obligation vaccinale, tant pour les professionnels que pour les résidents. Les experts ont évoqué notamment l'efficacité vaccinale jugée insuffisante pour justifier une telle mesure, ainsi que les tensions en ressources humaines et les difficultés pratiques de mise en œuvre (campagnes annuelles de vaccination, gestion des commandes, stockage des doses, accessibilité). Selon les experts, le caractère itératif de la vaccination contre la grippe saisonnière apparaît également comme un frein à l'obligation vaccinale.

Les avis des parties prenantes étaient divergents quant au recours à l'obligation vaccinale. Si l'instauration d'une obligation vaccinale des professionnels pourrait renforcer la protection collective, elle soulève néanmoins des enjeux importants en matière d'acceptabilité et de ressources humaines, conduisant plusieurs parties prenantes à privilégier des approches incitatives. Un large consensus existe sur la nécessité d'un cadrage national clair, d'un accompagnement opérationnel et de mesures alternatives proportionnées pour la gestion des refus. Pour les personnes âgées résidant en collectivité, la majorité des parties prenantes a émis des réserves sur l'obligation vaccinale. Ces réserves s'appuient sur des couvertures déjà très élevées, des bénéfices supplémentaires jugés limités et des enjeux éthiques liés au consentement, à l'autonomie et au lieu de vie. Quelques avis restent favorables au nom de la protection des plus vulnérables.

Par ailleurs, l'écart de couverture vaccinale chez les professionnels de santé et les soignés dans les EHPAD a été souligné lors d'une audition, soulevant un problème de cohérence et de crédibilité.

L'obligation vaccinale antigrippale soulève des enjeux éthiques, opérationnels et scientifiques. La réflexion éthique souligne la spécificité du rôle et de la responsabilité des professionnels vis-à-vis des personnes vulnérables, et l'importance de respecter l'autonomie et le consentement des personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité. Le retour d'expérience international montre qu'un dispositif contraignant peut fortement augmenter la couverture vaccinale, tout en générant des tensions et des limites de mise en œuvre. Enfin, les discussions au sujet de l'épidémiologie de la grippe nosocomiale montrent qu'elle est imparfaitement documentée et que l'effet de la vaccination des soignants sur la transmission n'est pas formellement établi.

III- Consultation publique

La consultation publique relative au projet de recommandation portant sur l'évaluation de la pertinence d'une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière a été organisée par la HAS du 20 mai 2026 au 10 juin 2026. Elle a permis de recueillir 74 contributions, émanant principalement d'établissements de santé ou médico-sociaux et d'instances professionnelles et représentatives.

Quatre questions de positionnement étaient soumises, portant sur :

- obligation vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité : 42 favorables, 24 défavorables, 8 ne se prononcent pas ;
- obligation vaccinale chez l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social : 46 favorables, 23 défavorables, 5 ne se prononcent pas ;
- obligation vaccinale limitée aux professionnels exerçant en EHPAD : 12 favorables, 53 défavorables, 9 ne se prononcent pas ;

- obligation vaccinale limitée à une autre population (à préciser) : 10 favorables, 64 défavorables.

Les commentaires accompagnant les positions exprimées n'ont pas fait émerger d'arguments nouveaux par rapport à ceux déjà recueillis.

Parallèlement à la consultation publique, deux contributions écrites ont été transmises à la HAS. Dans un courrier commun, la Fédération hospitalière de France (FHF) et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) se déclarent défavorables à l'obligation vaccinale des résidents d'EHPAD, mais favorables à une obligation progressive pour l'ensemble des professionnels de santé, indépendamment du lieu d'exercice, sous réserve d'un bénéfice collectif scientifiquement établi. La Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) propose, pour sa part, une obligation ciblée pour les professionnels en contact avec des patients vulnérables. Cette obligation reposerait sur un dispositif opérationnel structuré (pilotage par les CME, critères objectivables prédéfinis par la HAS). Elle s'appuierait sur une approche collective reposant sur une responsabilisation des équipes, avec suivi d'un seuil minimal de couverture vaccinale et mise en œuvre d'un plan d'action renforcé en cas d'insuffisance, et évaluation dans le temps.

7.2. Recommandations de la HAS

Évaluation portant sur l'opportunité d'instaurer une obligation vaccinale antigrippale annuelle pour les personnes âgées de 65 ans et plus, résidant en collectivité

Au terme de son évaluation et compte tenu :

- du taux élevé de couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité, qui s'établit à ce jour à 82,7 %, soit au-delà du seuil de 75 % recommandé par l'OMS ;
- des exigences éthiques renforcées encadrant le recours à une obligation vaccinale lorsque celle-ci concerne des résidents en EHPAD, ces établissements étant considérés comme des lieux de vie ;
- des réserves majoritairement exprimées par les parties prenantes, et par les membres du groupe d'experts sur le recours à une obligation vaccinale antigrippale chez les personnes âgées résidant en collectivité ;

Recommandation n° 1 : la HAS ne recommande pas la mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale annuelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité. Elle recommande le maintien de la recommandation vaccinale antigrippale existante, pour cette population, selon les mêmes modalités que celles prévues par le calendrier vaccinal en vigueur.

Compte tenu :

- des données épidémiologiques disponibles mettant en évidence :
  - un risque élevé de formes sévères de grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus, associé à une mortalité importante,
  - la survenue fréquente d'épisodes grippaux en EHPAD touchant des résidents âgés de 65 ans et plus, également associés à une mortalité élevée,

    - l'impact significatif de la grippe sur le système de soins chez les personnes âgées de 65 ans et plus, avec un recours accru aux consultations médicales, aux hospitalisations et aux services d'urgence au cours de la saison grippale ;
- de l'efficacité vaccinale améliorée par rapport aux vaccins standards, dans cette population, des vaccins haute dose et des vaccins adjuvantés ;
- du faible impact de la vaccination répétée sur l'efficacité vaccinale, tous vaccins confondus ;
- du profil de sécurité des vaccins disponibles à ce jour, en faveur d'une sécurité de l'emploi dans cette population ;
- de la couverture vaccinale antigrippale élevée chez les résidents en EHPAD, estimée à 83,3 % en 2023-2024 et à 82,7 % en 2024-2025 ;

Recommandation n° 2 : la HAS recommande également de maintenir les mesures d'incitation à la vaccination des personnes âgées de 65 ans et plus et de renforcer l'usage des moyens de prévention complémentaires. Les efforts nécessaires concernent aussi bien le fonctionnement des établissements que les personnes qui y accèdent.

Ainsi, la HAS insiste sur le respect par les établissements hébergeant des personnes âgées des mesures de prévention de la transmission des infections respiratoires :

- une bonne ventilation des espaces ;
- l'isolement des personnes malades ;
- un nettoyage des surfaces adéquat.

Par ailleurs, toute personne (professionnels, bénévoles, intervenants externes d'animation ou de soins et visiteurs) accédant à ces établissements doit s'assurer du respect :

- des mesures d'hygiène des mains ;
- du port du masque chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques ;
- des mesures d'hygiène respiratoire (tousser dans le coude, utilisation de mouchoirs jetables…).

Évaluation portant sur l'opportunité d'instaurer une obligation vaccinale antigrippale annuelle pour les professionnels

Au terme de son évaluation portant sur l'opportunité d'instaurer une obligation vaccinale antigrippale annuelle pour les professionnels, et au regard des éléments suivants :

- L'ampleur du fardeau sanitaire de la grippe saisonnière, caractérisée par :
    - un excès de mortalité toutes causes confondues important, estimé à plus de 17 600 décès pour la saison 2024-2025 ; les décès liés à la grippe concernent à 90 % des personnes âgées de 65 ans et plus, principalement celles de 75 ans et plus,
    - l'impact de la grippe sur la décompensation des pathologies chroniques, en particulier cardiaques ?
    - la présence, dans l'ensemble du système de santé, de personnes vulnérables exposées à un risque accru de formes graves de grippe ;
- l'impact significatif de la grippe sur le système de soins, se traduisant par :
    - des millions de consultations en médecine de ville chaque saison, ainsi que des dizaines de milliers d'hospitalisations et de passages aux urgences au cours de la saison grippale hivernale,

    - la mise en œuvre de mesures exceptionnelles, pouvant inclure des déprogrammations ou le déclenchement de plans blancs,
    - la diminution probable de l'incidence des absences professionnelles liées à la grippe chez les professionnels vaccinés ;
- le risque de transmission en milieu de soins et médico-social, des professionnels vers les personnes soignées ou hébergées ;
- des couvertures vaccinales antigrippales insuffisantes chez les professionnels malgré les recommandations existantes depuis de nombreuses années et les mesures mises en place jusqu'à présent pour augmenter la couverture vaccinale des professionnels ;
- l'écart important et persistant entre les taux de couverture vaccinale des professionnels en EHPAD (21 %) au cours de la saison 2024-2025, et ceux observés chez les résidents dans ces établissements (82,7 %). Cet écart est aussi observé entre les taux de couvertures vaccinales chez les professionnels exerçant en établissements de santé d'une part (20 %) et la population générale d'autre part (46,5 % tous âges confondus et 53,7 % chez les personnes de 65 ans et plus). Ces écarts soulèvent un enjeu de cohérence et de crédibilité des messages de prévention ;
- des couvertures vaccinales des professionnels inférieures au seuil de 70 % fixé dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance ;
- l'impact attendu d'une obligation vaccinale antigrippale :
    - l'impact observé des obligations vaccinales déjà en place en France, pour d'autres infections, sur l'amélioration des couvertures vaccinales ;
    - l'impact observé de l'obligation vaccinale antigrippale sur l'amélioration des couvertures vaccinales antigrippales observées à l'étranger (Finlande, États-Unis) ;
    - le bénéfice attendu d'une augmentation de la couverture vaccinale des professionnels sur la santé des personnes prises en charge ;
- la probable adhésion des professionnels et de la population générale à une telle obligation, rapportée par des enquêtes françaises publiées entre 2024 et 2025. Ainsi, en France métropolitaine, 68% des personnes de 65 ans et plus se déclarent favorables à une obligation vaccinale pour les professionnels de santé. En EHPAD, une enquête rapporte que 67,7 % des professionnels de santé interrogés (la moitié sont des médecins) sont favorables à une obligation les concernant ;
- le devoir d'exemplarité, de déontologie et de responsabilité professionnelle, ainsi que la nécessité d'assurer la protection des personnes prises en charge et la cohérence des messages de santé publique portés par les professionnels ;
- la reconnaissance, par les parties prenantes, de la nécessité de renforcer les actions visant à améliorer la couverture vaccinale des professionnels du secteur sanitaire et médico-social ;

Recommandation n° 3 : la HAS recommande la mise en place d'une obligation vaccinale annuelle contre la grippe pour les professionnels et les élèves et étudiants énumérés ci-dessous pour lesquels cette vaccination est actuellement recommandée dans le calendrier vaccinal, sauf contre-indication médicale reconnue. Sont concernés :

- **l'ensemble des professionnels de santé (salariés et/ou libéraux) ;**
- **les autres professionnels des établissements de santé, ainsi que les professionnels des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, en contact avec des personnes à risque de forme sévère de grippe.**

Par cohérence, la HAS recommande également la mise en place de la même obligation vaccinale pour l'ensemble des élèves et étudiants des filières médicales et paramédicales.

Pour les autres populations précédemment concernées par la recommandation vaccinale antigrippale annuelle, la HAS recommande de maintenir cette même recommandation.

La HAS rappelle que la définition des personnes à risque de forme sévère de grippe est disponible dans le calendrier vaccinal fixé par le ministère chargé de la Santé.

Priorisation du déploiement de l'obligation vaccinale antigrippale en EHPAD et USLD

Recommandation n° 4 : la HAS recommande que le déploiement de l'obligation vaccinale antigrippale puisse être mis en place en priorité dans les établissements hébergeant des populations particulièrement vulnérables, en particulier les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD), compte tenu des éléments suivants :

- la vulnérabilité des résidents en EHPAD, qui figurent parmi les personnes les plus à risque de formes graves de grippe ; environ 75 % d'entre eux ont 75 ans et plus. Ils sont par ailleurs exposés à des contacts particulièrement étroits, répétés et prolongés avec les soignants ;
- l'impossibilité de se soustraire au risque lié à la vie en collectivité, l'EHPAD constituant leur lieu de vie ;
- la part importante des infections respiratoires aiguës en EHPAD, représentant entre 87 % et 92 % des cas d'IRA observés dans les établissements médico-sociaux ;
- la survenue fréquente d'épisodes grippaux en EHPAD, affectant des résidents âgés de 65 ans et plus, associée à un risque élevé de formes graves et à une mortalité importante et cela malgré la couverture vaccinale élevée des résidents ;
- l'existence de données spécifiques aux EHPAD, montrant un effet probable de la vaccination des professionnels sur la protection des résidents, avec une diminution des infections respiratoires basses (RD ≈ −2 %) et de la mortalité toutes causes (RR ≈ 0,69) ;
- l'écart important entre la couverture vaccinale antigrippale des professionnels exerçant en EHPAD (21 %) et celle des résidents (82,7 %), soulevant un enjeu de cohérence et de crédibilité des messages de prévention ;
- les difficultés de mise en œuvre des autres mesures de prévention en EHPAD, liées notamment aux contraintes de la vie en établissement et à certaines activités (comme les repas), pouvant limiter le port du masque chez les résidents.

Recommandation n° 5 : la HAS recommande un déploiement progressif dans les autres lieux concernés par l'obligation vaccinale antigrippale (établissements de santé, autres établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, structures d'exercice libéral…) afin d'atteindre opérationnellement cet objectif d'obligation vaccinale pour l'ensemble des professionnels susmentionnés. La HAS recommande que ce déploiement progressif s'effectue sur une période de deux ans renouvelables un an, dans un cadre concerté, afin de garantir la faisabilité et l'acceptabilité de cette mesure de large portée.

Cette phase permettra de définir dans ces établissements et avec les acteurs locaux les professionnels concernés par l'obligation vaccinale et éventuellement des priorités en fonction du profil des patients accueillis (risque élevé de formes sévères de grippe). Des actions similaires pourront être menées au sein des structures d'exercice libéral, impliquant les acteurs locaux et régionaux. Pour l'application au sein des établissements, la HAS pourra apporter son appui scientifique au bon déroulement de cette

phase et veillera à la progression de la couverture vaccinale dans les établissements de santé au travers d'indicateurs nationaux.

Ce déploiement devra s'accompagner au niveau national (sous l'égide du ministère chargé de la Santé) de :

- de la mise à disposition des vaccins (prise en charge à 100%, gestion des approvisionnements[31] et des ruptures de stocks, circuits logistiques, modalités de dispensation et d'administration des vaccins…) ;
- d'un système de surveillance permettant la traçabilité de la vaccination ;
- de modalités opérationnelles de contrôles/gestion des refus ;
- de la définition du cadre réglementaire adapté.

Articulation des présentes recommandations avec la législation en vigueur

Le II de l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique introduit par l'article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit : « Sous réserve d'une recommandation préalable de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, en dehors des établissements ou des organismes mentionnés au I ainsi que les personnes employées dans le même lieu d'exercice les exposant ou exposant les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination doivent être vaccinés contre la grippe. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les professions concernées et leurs lieux d'exercice en fonction des risques de contamination auxquels elles sont exposées ou qu'elles sont susceptibles d'induire pour les personnes dont elles ont la charge. »

La HAS précise que cette obligation vaccinale antigrippale pour les professionnels de santé libéraux devrait être mise en œuvre concomitamment à l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale pour les autres professionnels de santé, en application de la trajectoire de déploiement progressif susmentionnée.

Table des annexes

Annexe 1.	Saisine de la DGS du 31 mars 2025	179
Annexe 2.	Saisine de la DGS du 22 décembre 2025	180
Annexe 3.	Analyse juridique du cas de l'obligation vaccinale des militaires	181
Annexe 4.	Appréciation par la CTV du niveau de confiance des données	183
Annexe 5.	Stratégie de recherche et analyse documentaire	184
Annexe 6.	Constitution du groupe de travail, aspects déontologiques et contributions externes	194
Annexe 7.	Études présentées par le Pr Vanhems en audition plénière	197
Annexe 8.	Grilles d'évaluation des revues systématiques	199
Annexe 9.	Données nouvellement identifiées sur l'EV relative des vaccins HD ou adjuvantés par rapport aux vaccins SD	200
Annexe 10.	Épidémiologie	205
Annexe 11.	Compte-rendu de la réunion du GT du 16 février 2026	208

Annexe 1. Saisine de la DGS du 31 mars 2025

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES
Liberté
Égalité
Fraternité

PDT N° 36

07 AVR. 2025

Transmis à la DETA1
par mail le 07/04.

Les Ministres

Paris, le 31 MAR. 2025

Nos Réf. : D-25-005909

Monsieur le Président,

Dans la stratégie actuelle de vaccination contre la grippe saisonnière, la vaccination est recommandée pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère. Cependant, la couverture vaccinale contre la grippe des professionnels exerçant en établissements de santé et structures médico-sociales reste insuffisante. Lors de la campagne de vaccination 2023-2024 contre la grippe saisonnière, cette dernière était estimée à 19 % pour les professionnels en établissement de santé et à 22,4 % pour les professionnels en EHPAD.

Dans ce contexte, nous souhaitons disposer de votre avis sur la pertinence d'une obligation vaccinale pour les professionnels de santé libéraux, les personnels des établissements de santé et médico-sociaux, y compris les soignants, en tenant compte des nouvelles données disponibles, en particulier celles sur l'impact de la vaccination des soignants sur le fardeau de la grippe nosocomiale chez les personnes prises en charge.

En outre, nous souhaitons disposer de votre avis sur la pertinence d'une obligation vaccinale pour les autres populations cibles, notamment pour les résidents d'EHPAD. Cette analyse intégrera notamment les bénéfices épidémiologiques, mais également les implications éthiques, juridiques et organisationnelles d'une éventuelle obligation.

Compte tenu du périmètre populationnel large de cette saisine et des analyses critiques des résultats d'études à réaliser, votre recommandation vaccinale est attendue pour mars 2026.

Nos services restent à votre disposition pour tout complément d'information.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

Catherine VAUTRIN

Yannick NEUDER

Professeur Lionel COLLET
Président
Haute Autorité de Santé
5 avenue du Stade de France
93210 SAINT-DENIS

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse dto-mpd-cab@dgs.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies

Annexe 2. Saisine de la DGS du 22 décembre 2025

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de la santé

Paris, le 22/12/2025

SOUS-DIRECTION : SANTE DES POPULATIONS
ET PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES (SP)
MISSION VACCINATION ET IMMUNISATION (MVI)
Affaire suivie par : Dr Magid HERIDA/Delphine ARNOULT
Tél : 07 62 87 92 73/06 58 73 70 94
Mèls : magid.herida@sante.gouv.fr
delphine.arnoult@sante.gouv.fr

Nos réf. : D-25-026719

La Directrice générale adjointe
de la santé

à

Monsieur le Pr Lionel COLLET
Président de la Haute Autorité
de santé (HAS)

Objet : Saisine complémentaire à la saisine du 31 mars 2025 portant sur l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière des professionnels de santé libéraux, les personnels des établissements de santé et médico-sociaux, y compris les soignants.

Monsieur le président,

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, Madame Catherine VAUTRIN, et le ministre en charge de la santé, Monsieur Yannick NEUDER, ont saisi la Haute autorité de Santé le 31 mars 2025 au sujet de la pertinence d'introduire une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière pour les professionnels de santé libéraux, les personnels des établissements de santé et médico-sociaux, y compris les soignants, en tenant compte des nouvelles données scientifiques disponibles.

En anticipation, et sous réserve de l'avis favorable de la Haute autorité de Santé, cette mesure a été prévue dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Au cours de l'examen parlementaire, le périmètre de l'éventuelle obligation de vaccination contre la grippe saisonnière a été étendu aux personnes employées dans les structures d'exercice libéral les exposant ou exposant les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination.

Il ressort de la note de cadrage adoptée par le Collège de la HAS le 22 octobre 2025 que ces personnels salariés des structures d'exercice libéral ne sont, en cohérence avec la saisine initiale, pas inclus dans le périmètre des professionnels ciblés par votre évaluation à venir.

Tél. 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dpo.pole@sante.gouv.fr, ou par voie postale.
Pour en savoir plus : https://sante.gouv.fr/ministere/article/données-personnelles-et-cookies

Je souhaite donc compléter la saisine initiale pour les inclure dans votre évaluation.

Mes équipes restent à votre disposition pour toute précision.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice Générale Adjointe
de la Santé

Sarah SAUNERON

Annexe 3. Analyse juridique du cas de l'obligation vaccinale des militaires

La mise en œuvre des obligations vaccinales spécifiques aux militaires trouve son fondement dans le Code de la défense (CD) et notamment ses articles L. 4121-1 et L. 4132-1, qui disposent que :

- Art. L. 4121-1 CD : « Les militaires jouissent de tous les droits et libertés reconnus aux citoyens. Toutefois, l'exercice de certains d'entre eux est soit interdit, soit restreint dans les conditions fixées au présent livre. »
- Art. L. 4132-1 CD : « Nul ne peut être militaire :

4. S'il ne possède la nationalité française, sous réserve des dispositions de l'article L. 4132-7 ;
5. S'il est privé de ses droits civiques ;
6. S'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction ;
7. S'il n'est âgé de dix-sept ans au moins, ou de seize ans pour recevoir une formation générale et professionnelle en qualité de volontaire dans les armées ou en qualité d'engagé dans une école militaire.

Ces conditions sont vérifiées au plus tard à la date du recrutement.

Le mineur non émancipé doit être pourvu du consentement de son représentant légal. »

Cette base législative nous apprend que les militaires peuvent voir les droits et libertés qui leur sont reconnus en tant que citoyens être restreints, en raison de leur statut de militaire. Des obligations spécifiques peuvent donc leur être imposées. Ces principes généraux, qui découlent d'obligations législatives, sont ensuite détaillés pour leur application par des dispositions règlementaires :

Art. D. 4122-13 CD : « Les obligations en matière de vaccinations applicables aux militaires sont fixées par instruction du ministre de la Défense. »

Cet article a été transposé au sein du CD par le décret n° 2008-393 du 23 avril 2008 relatif à certaines dispositions règlementaires de la quatrième partie du Code de la défense, adopté par le Premier ministre. Les visas de ce décret (mention formelle détaillant et attestant de la compétence de l'autorité pour adopter ce texte) nous apprennent que ce texte est pris au regard des dispositions législatives du Code de la défense : « Vu le Code de la défense (partie législative) », qui comprend les articles L. 4121-1 et L. 4132-1 du CD.

Nous avons donc un principe légal général (l'exercice de certains droits et libertés des militaires peut être interdit ou restreint), dont l'application est détaillée par le pouvoir règlementaire (le ministre de la Défense est compétent pour définir par voie d'instruction des obligations vaccinales applicables à l'ensemble des militaires). Cet article permet notamment au ministre de la Défense d'établir le calendrier vaccinal des armées (16).

Cette compétence du ministre de la Défense, établie par le décret de 2008, a été reconnue par le Conseil d'État via une décision d'Assemblée, association « Liberté, information, santé », du 3 mars 2004 (n° 222918) : « Considérant, en deuxième lieu, que l'instruction litigieuse rend obligatoires, d'une part, pour l'ensemble des militaires, la vaccination contre la méningite, d'autre part, pour les militaires appelés à servir outre-mer ou en opérations extérieures, la vaccination contre la typhoïde et l'hépatite A, ainsi que, pour les militaires appelés à servir outre-mer ou en opérations extérieures et les plongeurs subaquatiques, la vaccination contre l'hépatite B ; que c'est sans méconnaître sa compétence que le ministre de la Défense, responsable de l'emploi des militaires placés sous son autorité et du maintien de l'aptitude de ces derniers aux missions qui peuvent à tout moment leur être confiées, a édicté ces dispositions qui sont directement liées aux risques et exigences spécifiques à l'exercice de la fonction militaire […] » L'instruction ministérielle relative à la pratique des vaccinations dans les

armées, actuellement applicable, date du 18 février 2005 (n° 3200/DEF/DCSSA/AST/TEC/EPID) et n'est pas librement accessible en ligne, contrairement au calendrier vaccinal des armées (16).

Annexe 4. Appréciation par la CTV du niveau de confiance des données

Pour une prise de décision transparente, la CTV a apprécié un niveau de confiance des données analysées, selon les critères pris en compte.

Critères	Appréciation du niveau de confiance
La grippe saisonnière : problématique de santé publique	Fort
Efficacité individuelle de la vaccination antigrippale	Fort
Efficacité des vaccinations répétées	Moyen-faible
Sécurité des vaccins antigrippaux	Fort
Impact de la grippe sur les absences des professionnels	Moyen
Impact de la vaccination antigrippale sur les absences des professionnels	Faible
Transmission de la grippe en établissements de santé	Faible
Transmission de la grippe en EHPAD	Moyen
Effets de la vaccination des professionnels sur la protection des personnes hébergées en établissements de soins de longue durée	Faible pour les critères spécifiques de la grippe et moyen pour l'impact sur la mortalité toutes causes des résidents
Taux de couverture vaccinale dans les établissements de santé/EHPAD	Moyen
Impact du taux de couverture vaccinale des professionnels sur la protection des personnes soignées	Faible
Moyens de prévention complémentaires à la vaccination	Faible
Déterminants de l'adhésion ou de l'hésitation vaccinale contre la grippe en France	Faible
Acceptabilité de l'obligation vaccinale contre la grippe en France	Faible
Mesures permettant d'augmenter la couverture vaccinale	
Obligations internationales	Fort
Obligations pédiatriques France	Fort
Enseignements obligations Covid-19	Moyen
Mesures incitatives	Moyen
Faisabilité	Faible
Impact de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale à l'international sur la transmission de la grippe	Faible

Annexe 5. Stratégie de recherche et analyse documentaire

L'évaluation repose sur une revue de la littérature. Une recherche de la littérature scientifique publiée sur différents thèmes de l'obligation vaccinale contre la grippe a été effectuée. La recherche documentaire initiale a porté sur la période 2023-2025, avec une mise à jour en janvier 2026. Une veille est effectuée en continu sur le sujet.

1 – Bases de données bibliographiques

La recherche a porté sur les publications dans toutes les langues dans les bases Embase et Medline. Des recherches complémentaires ont été menées dans les bases de l'OMS, dans Science Direct et dans la *Cochrane Library*.

Le tableau 1 présente de façon synthétique les étapes successives de l'interrogation dans les bases de données Embase et Medline. La stratégie d'interrogation des bases de données précise pour chaque question et/ou types d'études les termes de recherche utilisés, les opérateurs booléens et la période de recherche.

Les termes de recherche utilisés sont soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études. Une sélection manuelle est effectuée sur l'ensemble des résultats de recherche.

Tableau 1. Stratégie de recherche dans les bases de données Embase et Medline

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période
Obligation ou recommandation vaccinale chez les professionnels de santé		01/2023 – 01/2026
Étape 1	loc("France") OR loc("Europe") OR loc("England") OR loc("United kingdom") OR loc("Great britain") OR loc("United States") OR loc("USA") OR loc(America) OR loc("Canada") OR ti,ab,if(french*) OR ti,ab,if(France) OR ti,ab,if(Europe[*4]) OR ti,ab,if(USA) OR ti,ab,if("United States") OR ti,ab,if(American*) Or ti,ab,if("America") OR ti,ab,if("United Kingdom") OR ti,ab,if("british") OR TI,AB,if(Great PRE/0 Britain) OR TI,AB,if(England) OR TI,AB,if(english) OR ti,ab,if("Canada") OR ti,ab,if("Canadian") OR MJMESH.EXACT(European Union) OR MJMESH.EXACT(Europe) OR MJEMB.EXACT("European Union") OR MJEMB.EXACT("Europe") OR MJMESH.EXACT(France) OR MJEMB.EXACT("France") OR MJMESH.EXACT (Great Britain) OR MJMESH.EXACT("United States") OR MJMESH.EXACT("Canada") OR MJEMB.EXACT("Canada") OR MJEMB.EXACT("United States") OR pub(francais) OR pub(français) OR pub(francaise) OR pub(française) OR pub(english) OR pub(british) OR pub(canadian) OR pub(American)	
AND		
Étape 2	TI,IF,AB("healthcare workers") OR TI,IF,AB("healthcare worker") OR TI,AB,IF(professional*) OR TI,AB,IF(carer*) OR MESH.EXACT("Health Personnel") OR EMB.EXACT("health care personnel") OR ti(healthcare) OR ti(health care) OR ti(midwives) OR ti(general practitioner) OR ti(general practitioners) OR ti(nurse*) OR ti(physician*) OR ti(pharmacist*)	
AND		

Étape 3	(ti(mandat*) AND ti(vaccin*)) OR (ti(mandat*) AND ti(immunization*)) OR (ti(polic*) AND ti(vaccin*)) OR (ti(polic*) AND ti(immunization*)) OR (ti(compulsory) AND ti(vaccin*)) OR (ti(compulsory) AND ti(immunization*))

Impact de la levée d'une obligation ou recommandation vaccinale grippe	01/2023 – 01/2026
Étape 4	LOC("Europe") OR TI(europe[*4]) OR MJMESH.EXACT(European Union) OR MJMESH.EXACT(Europe) OR MJEMB.EXACT("European Union") OR MJEMB.EXACT("Europe") OR LOC("France") OR TI,AB(francais*) OR TI,AB(France) OR TI,AB(french*) OR MESH.EXACT (France) OR EMB.EXACT("France") OR pub(francais) OR pub(français) OR pub(francaise) OR pub(française)
AND	
Étape 5	MESH.EXACT.EXPLODE("Influenza Vaccines") OR EMB.EXACT("influenza vaccine") OR ((MJMESH.EXACT("Influenza, Human") OR MJEMB.EXACT("influenza") OR ti,if(influenza) OR ti,if("flu")) AND (ti(vaccination) OR ti(vaccine) OR ti(vaccines) OR ti(immunization) OR ti(immunizations) OR ti(vaccinology) OR MESH.EXACT("Vaccination") OR EMB.EXACT("vaccination") OR EMB.EXACT("immunization") OR MESH.EXACT("Immunization") OR MESH.EXACT("Vaccines") OR EMB.EXACT("vaccine"))) OR MJMESH.EXACT("Influenza, Human") OR MJEMB.EXACT("influenza") OR ti,if(influenza) OR ti,if("flu")

Survenue des infections grippe	01/2023 – 01/2026
Étape 4	
AND	
Étape 6	MJMESH.EXACT("Influenza, Human") OR MJEMB.EXACT("influenza") OR ti,if(influenza) OR ti,if("flu")
AND	
Étape 7	ti(infection) OR ti(surveillance) OR ti(monitor*) OR ti(prevalence) OR ti(seroprevalence) OR ti(incidence) OR MJMESH.EXACT("Incidence") OR MJMESH.EXACT("Prevalence") OR MJEMB.EXACT("prevalence") OR MJEMB.EXACT("incidence")

Fardeau grippe : recommandations	01/2023 – 01/2026
Étape 6	
AND	
Étape 8	Ti("burden") OR Ti("incidence") OR Ti("cost of illness") OR Ti("Costs of illness") OR EMB.EXACT("disease burden") OR EMB.EXACT("incidence") OR EMB.EXACT("cost of illness") OR MESH.EXACT("Global Burden of Disease") OR MESH.EXACT("Incidence") OR MESH.EXACT("Cost of Illness")
AND	

Étape 9	TI,IF(recommendation[*1]) OR TI,IF(recommendation[*1]) OR TI,IF(guideline[*1]) OR TI,IF(best PRE/0 practice[*1]) OR TI,IF(statement[*1]) OR TI,IF(consensus) OR TI,IF(position PRE/0 paper) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR MJEMB.EXACT(consensus development) OR MJEMB.EXACT(Practice Guideline) OR DTYPE(practice guideline) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH)

Fardeau grippe : méta-analyses et revues systématiques	01/2023 – 01/2026
Étape 6	
AND	
Étape 8	
AND	
Étape 10	TI,IF(metaanalys[*2]) OR TI,IF(meta PRE/0 analys[*2]) OR TI,IF(systematic[*4] PRE/1 review[*3]) OR TI,IF(systematic[*4] PRE/1 overview[*3]) OR TI,IF(systematic[*4] PRE/1 search[*3]) OR TI,IF(systematic[*4] PRE/1 research[*3]) OR TI,IF(pooled PRE/0 analysis) OR MESH.EXACT("Network Meta-Analysis") OR DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic review) OR PUB(cochrane database syst rev OR "Cochrane database" OR "Cochrane review" OR "Cochrane Library") OR EMB.EXACT(meta-analysis) OR EMB.EXACT(systematic review) OR EMB.EXACT("network meta-analysis") OR EMB.EXACT("umbrella review") OR TI,IF(umbrella PRE/1 review)

Fardeau grippe : essais contrôlés randomisés	01/2023 – 01/2026
Étape 6	
AND	
Étape 8	
AND	
Étape 11	TI,IF(random*) OR TI,IF(single PRE/0 blind) OR TI,IF(double PRE/0 blind) OR TI,IF(cross PRE/0 over PRE/0 stud*) OR MESH.EXACT(random allocation) OR MESH.EXACT(double-blind method) OR MESH.EXACT(single-blind method) OR MESH.EXACT(cross-over studies) OR DTYPE(randomized controlled trial) OR EMB.EXACT(randomization) OR EMB.EXACT(randomized controlled trial) OR EMB.EXACT(double blind procedure) OR EMB.EXACT(single blind procedure) OR EMB.EXACT(crossover procedure) OR DTYPE(Equivalence Trial) OR DTYPE(Pragmatic Clinical Trial)

Couverture vaccinale des professionnels de santé	01/2023 – 01/2026
Étape 2	
AND	
Étape 6	
AND	

Étape 12	TI,IF,AB(vaccination PRE/2 coverage) OR TI,IF,AB(vaccination PRE/2 behavior) OR EMB.EXACT("vaccination coverage") OR MESH.EXACT("Vaccination Coverage")	
Efficacité des vaccins grippe : recommandations		01/2023 – 01/2026
Étape 13	MESH.EXACT.EXPLODE("Influenza Vaccines") OR EMB.EXACT("influenza vaccine") OR ((MJMESH.EXACT("Influenza, Human") OR MJEMB.EXACT("influenza") OR ti,if(influenza) OR ti,if("flu")) AND (ti(vaccination) OR ti(vaccine) OR ti(vaccines) OR ti(immunization) OR ti(immunizations) OR ti(vaccinology) OR MESH.EXACT("Vaccination") OR EMB.EXACT("vaccination") OR EMB.EXACT("immunization") OR MESH.EXACT("Immunization") OR MESH.EXACT("Vaccines") OR EMB.EXACT("vaccine"))) OR TI,IF,tndrug(flucelvax) OR TI,IF,tndrug(efluelda) OR TI,IF,tndrug(influvac) OR TI,IF,tndrug(vaxigrip) OR TI,IF,tndrug(fluad) OR ti,if(inactivated flu vaccine) OR ti,if(inactivated influenza vaccine)	
AND		
Étape 14	MJEMB.EXACT("drug efficacy") OR MJEMB.EXACT("comparative effectiveness") OR MJEMB.EXACT("vaccine effectiveness +") OR MJEMB.EXACT("infection acquired immunity +") OR MJMESH.EXACT("Relative Biological Effectiveness") OR MJMESH.EXACT("Vaccine Efficacy") OR ti,if(effectiveness) OR ti,if(efficacy) OR ti,if(efficiency) OR ti,if(protection) OR ti,if("waning immunity") OR ti,if("diminished immunity") OR ti,if("waning effectiveness") OR ti,if("immunity persistence") OR ti,if("vaccine waning")	
AND		
Étape 9		
Efficacité des vaccins grippe : méta-analyses et revues systématiques		01/2023 – 01/2026
Étape 13		
AND		
Étape 14		
AND		
Étape 10		
Efficacité des vaccins grippe : essais contrôlés randomisés		01/2023 – 01/2026
Étape 13	t	
AND		
Étape 14		
AND		
Étape 11		
Efficacité des vaccins grippe : vie réelle		01/2023 – 01/2026
Étape 13		
AND		

Étape 14

AND

Étape 15 ti,ab,if(real PRE/0 world) OR ti,ab,if(real NEAR world) OR TI,ab,if(real PRE/0 life) OR ti,ab,if(real NEAR life)

Efficacité indirecte des vaccins grippe 01/2023 – 01/2026

Étape 13

AND

Étape 14

AND

Étape 16 ti(protect*) OR ti(transmission) OR ti(impact) OR ti(contamination) OR ti(prevention) OR ti(indirect*) OR ti(herd) OR ti("effect") OR TI,IF(follow*) OR ti(cocoon*)

AND

Étape 6

Tolérance vaccins grippe : recommandations 01/2023 – 01/2026

Étape 13

AND

Étape 17 MJMESH.EXACT("Drug Tolerance") OR MJMESH.EXACT("Immune Tolerance") OR MJEMB.EXACT("drug tolerability") OR MJEMB.EXACT("drug tolerance") OR EMB.EXACT("drug tolerability") OR ti,if(allergic PRE/0 reaction*) OR ti,if(anaphylaxis) OR ti(safety) OR ti,if(adverse PRE/0 effect*) OR ti,if(adverse PRE/0 reaction*) OR ti,if(adverse PRE/0 event*) OR ti,if(side PR/0 effect*) OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("adverse event") OR MJEMB.EXACT.EXPLODE("adverse drug reaction") OR MESH.EXACT("Adverse Drug Reaction Reporting Systems") OR MJMESH.EXACT.EXPLODE("Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions") OR ti,if(Hypersensitivity) OR ti,if(tolerance) OR ti,if(tolerability) OR MESH.EXACT("Pneumococcal Vaccines -- adverse effects") OR EMB.EXACT("Pneumococcus vaccine -- side effect") OR EMB.EXACT("conjugate vaccine -- side effect") OR MESH.EXACT("Vaccines, Conjugate -- adverse effects")

AND

Étape 9

Tolérance vaccins grippe : méta-analyses et revues systématiques 01/2023 – 01/2026

Étape 13

AND

Étape 17

AND

Étape 10		
Tolérance vaccins grippe : essais contrôlés randomisés		01/2023 – 01/2026
Étape 13		
AND		
Étape 17		
AND		
AND		
Étape 11		
Impact de la vaccination sur la transmission de la grippe : recommandations		01/2023 – 01/2026
Étape 18	MESH.EXACT("Influenza, Human -- transmission") OR MESH.EXACT("Influenza, Human -- prevention & control") OR MESH.EXACT("Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient -- prevention & control")	
AND		
Étape 19	ti(vaccination) OR ti(vaccine) OR ti(vaccines) OR ti(immunization) OR ti(immunizations) OR ti(vaccinology) OR MESH.EXACT("Vaccination") OR EMB.EXACT("vaccination") OR EMB.EXACT("immunization") OR MESH.EXACT("Immunization") OR MESH.EXACT("Vaccines") OR EMB.EXACT("vaccine")	
AND		
Étape 6		
AND		
Étape 9		
Impact de la vaccination sur la transmission de la grippe : méta-analyses et revues systématiques		01/2023 – 01/2026
Étape 18		
AND		
Étape 19		
AND		
Étape 6		
AND		
Étape 10		
Impact de la vaccination sur la transmission de la grippe : essais contrôlés randomisés		01/2023 – 01/2026
Étape 18		
AND		

Étape 19		
AND		
Étape 6		
AND		
Étape 11		

Acceptabilité de la vaccination grippe chez les soignants		01/2023 – 01/2026
Étape 2		
AND		
Étape 13		
AND		
Étape 20	ti,if(injection PRE/0 rejection) OR ti,if(refusal) OR ti,if(hesitancy) OR ti,if(trust) OR ti,if(acceptability) OR ti,if(adherence) OR ti,if(perspective*)	

Vaccins grippe en France		01/2023 – 01/2026
Étape 13		
AND		
Étape 21	Ti,if(France) OR ti,if(French) or loc(“France”) OR MESH.EXACT (France) OR EMB.EXACT("France") OR pub(francais) OR pub(français) OR pub(francaise) OR pub(française)	

Vaccination grippe : impact sur l’absentéisme et les clusters		01/2023 – 01/2026
Étape 5		
AND		
Étape 22	ti,if(absenteism) OR ti,if(absenteeism) OR ti,if(absence*) OR MESH.EXACT("Absenteeism") OR EMB.EXACT("absenteeism") OR ti,if,ab(cluster*) OR ti,if,ab(outbreak*)	

Vaccination grippe : impact sur le déclin fonctionnel	
Étape 5	
AND	
Étape 23	ti,if(ADL) OR ti,if(activ*) OR ti,if(functional PRE/0 decline) OR MESH.EXACT("Activities of Daily Living") OR EMB.EXACT("functional disease") OR EMB.EXACT("daily life activity")

2 – Veille

Une veille a été effectuée dans les bases Embase et Medline. Elle est encore en cours.

En parallèle, une veille est menée sur la presse scientifique ainsi qu’une veille médiatique.

3 – Sites consultés

En langue française :

– Académie nationale de médecine
– Agence de la santé publique du Canada
– Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM
– Assistance publique – Hôpitaux de Paris – APHP
– Centre fédéral d'expertise des soins de santé Belgique – KCE
– Centre national de la recherche scientifique – CNRS
– Collège national des généralistes enseignants – CNGE
– Comité consultatif national d'éthique – CCNE
– Comité consultatif national de l'immunisation – CCNI
– Conseil supérieur de la santé – CSS
– Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – DREES
– Eurosurveillance
– Haut Conseil de la santé publique – HCSP
– Haute Autorité de santé – HAS
– Infovac
– Institut de recherche et de documentation en économie de la santé – IRDES
– Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM
– Institut national de santé publique du Québec – INSPQ
– Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS
– Ministère des Solidarités et de la Santé – France
– Office fédéral de la santé publique – Suisse – OFSP
– Santé Canada
– Santé publique France – SpF
– Santé publique Ontario
– Service public fédéral Belgique – SPF

En langue anglaise :

– *Advisory Committee on Immunization Practices* – ACIP
– *Agency for Healthcare Research and Quality's* – AHRQ
– *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*
– *Australian Technical Advisory Group on Immunisation* – ATAGI
– *Bunderministerium Austria*
– *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* – CADTH
– *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC
– *Centre for Reviews and Dissemination databases* – CRD
– *Cochrane Library*
– *Department of Health – Australian Governement*
– *European Centre for Disease Prevention and Control* – ECDC
– *European Medicines Agency* – EMA
– *European Network for Health Technology Assessment* – EuNetHTA
– *Food and Drug Administration* – FDA

– *Global research database*
– *Government of Canada*
– *Guidelines International Network* – GIN
– *Health Information and Quality Authority* – HIQA
– *International Society for Quality in Health Care* – ISQUA
– *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* – UK – JCVI
– *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* – MHRA
– *Ministry of Health – New Zealand*
– *National Advisory Committee on Immunization* – NACI
– *National Health Services* – NHS
– *National Immunization Technical Advisory Groups* – NITAG
– National Institute for Health and Care Excellence – NICE
– *National Institute for Public Health and the Environment* – Pays-Bas
– *National Institute of Public Health* – NIPH
– *National Institutes of Health* – NIH
– *Pan American Health Organization* – PAHO
– *Public Health England* – PHE
– *Robert Koch Institute Ständige Impfkommission* – STIKO
– *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* – SAGE
– *Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services* (SBU)
– *Terveyden ja hyvinvoinnnin laitos (Finnish Institute for Health and Welfare)* – THL
– *United Kingdom Health Security Agency* – UKHSA
– *World Health Organization* – WHO

4 – Modalités de recherche bibliographique

Une recherche documentaire ciblée a été menée afin de rassembler les données pertinentes issues de la littérature scientifique, des rapports institutionnels et des recommandations internationales.

Pour les critères problématiques de santé, balance bénéfices/risques et impact de la vaccination sur les capacités du système de soins, une mise à jour des recherches effectuées dans le cadre des rapports suivants publiés par la HAS a été réalisée :

- conclusions du rapport de la HAS publié en 2023 intitulé « Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels. Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle (25) » ;
- conclusions du rapport de la HAS publié en 2025 intitulé « Vaccination contre la grippe saisonnière des personnes de 65 ans et plus. Place des vaccins Efluelda et Fluad (18) ».

Pour les critères prise en compte des moyens de prévention existants, valeurs et préférences de la population cible qui n'ont pas été pris en considération dans les précédents rapports de la HAS, une recherche documentaire a été effectuée sur la période janvier 2015-novembre 2025.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- les bases de données bibliographiques Medline, Embase et Emcare ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites internet d'organismes publiant des recommandations ;
- les sites internet des agences d'évaluation en santé ;
- les sites internet des agences sanitaires françaises ;

- les sites des instances gouvernementales de santé en Europe ;
- les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Le critère faisabilité n'a pas fait l'objet de recherche bibliographique.

Cette recherche a été complétée par l'identification d'éventuelles références complémentaires citées dans les documents analysés ou fournis par les experts et parties prenantes sollicités.

Annexe 6. Constitution du groupe de travail, aspects déontologiques et contributions externes

Constitution du groupe de travail

L'évaluation a impliqué la participation d'experts externes, de plusieurs disciplines, faisant partie du groupe de travail (GT), dont la composition quantitative et qualitative est décrite ci-dessous.

> Les positions exprimées par les membres du groupe de travail s'inscrivent dans un cadre strictement consultatif et ne préjugent en rien de l'avis final, rendu par le Collège de la HAS.

Des organismes professionnels, des associations et des sociétés savantes ont été sollicités afin de fournir une liste de candidatures au GT :

Conseil national professionnel (CNP) de gériatrie, CNP des maladies infectieuses et tropicales, CNP de médecine du travail, CNP de santé publique, CNP de biologie médicale, Collège de la médecine générale, CNP de pharmacie, Fédération française des associations de médecins coordonnateurs (FFAMCO), Association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (Mcoor), CNP infirmier, CNP aides-soignants, Collège de la masso-kinésithérapie, Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), Société de pneumologie de langue française, Association nationale des directeurs des ressources humaines (ANDRH), association OLD-UP, Association française des aidants, France Assos Santé.

Des experts reconnus pour leur expertise sur les sujets de vaccination antigrippale ont été sollicités individuellement.

Ces sollicitations, en plus des candidatures spontanées (via l'appel à candidatures sur le site internet de la HAS), ont donné lieu à une liste de 83 experts de différentes spécialités :

- 20 infirmiers hygiénistes
- 3 infectiologues
- 10 éthiciens/anthropo
- 5 juristes
- 5 épidémiologistes
- 5 médecins coordonnateurs EHPAD
- 2 gériatres
- 11 médecins du travail
- 4 paramédicaux
- 1 DRH
- 7 biologistes
- 8 pneumologues
- 2 infirmiers
- 1 usager

Parmi ces experts sollicités individuellement ou ayant candidaté spontanément, 45 ont fourni leur déclaration publique d'intérêts sur DPI-Santé, ces DPI ont été analysées par l'équipe projet avant envoi pour analyse par la commission de validation des déclarations d'intérêts (CVDI) de la HAS.

Parmi les 45, 30 ont eu leur DPI validée par la CVDI, 15 ont été sélectionnés et invités au GT, 13 ont participé à la réunion du GT.

Le rôle du GT, qui s'est réuni une fois le 16 février 2016 dans les locaux de la HAS, a en particulier consisté à :

- discuter les résultats de la revue de la littérature scientifique ;
- réfléchir sur l'impact organisationnel, éthique et juridique de la mise en place d'une obligation vaccinale annuelle contre la grippe, à la fois chez les professionnels, mais également chez les personnes âgées de 65 ans et plus en collectivité.

Aspects déontologiques

En vue de constituer le groupe de travail, un appel à candidatures a été publié sur le site internet de la HAS et les sociétés savantes ainsi que les associations de patients concernées par la thématique d'évaluation ont été sollicitées.

La sélection des candidats est effectuée en fonction de leur expertise et de leurs éventuels liens d'intérêts au regard du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Elle tient compte également des modes et des lieux d'exercice représentés dans le souci de favoriser la parité.

La déclaration d'intérêts des candidats retenus par la HAS a été publiée sur le site https://dpi.sante.gouv.fr avant la première réunion du groupe.

À noter, les experts recrutés sont soumis à un certain nombre de principes qui relèvent de l'obligation de confidentialité (secret et discrétion professionnels), de l'obligation de loyauté et du devoir de réserve. Ils interviennent par ailleurs *intuitu personae* et ne représentent pas leur organisme professionnel ou leur association.

Contributions externes

Dans le cadre de l'élaboration de ses travaux, la HAS veille à associer l'ensemble des parties prenantes par plusieurs dispositifs complémentaires : les auditions et demandes de contributions écrites, ainsi que la consultation publique.

Ces contributions externes visent notamment à enrichir l'analyse des données disponibles, à identifier les points de consensus ou de divergence et à garantir que les recommandations tiennent compte de l'éclairage apporté par l'ensemble des professionnels et des usagers. Le détail des auditions, contributions écrites et retours issus de la consultation publique figure dans un document.

Auditions par la commission technique des vaccins

Des auditions d'experts ont été conduites par la CTV les 20/01/2026, 27/01/2026 et 17/02/2026. Elles ont permis de recueillir des points de vue et des analyses auprès d'acteurs institutionnels (notamment en organisation des soins), d'experts en éthique, de représentants des professionnels de santé, ainsi que d'une expérience internationale concernant la mise en place d'une obligation partielle de vaccination antigrippale. Ces échanges ont contribué à éclairer en particulier les enjeux éthiques, organisationnels et juridiques liés à l'obligation vaccinale.

Contributions écrites

Plusieurs parties prenantes ont été invitées à transmettre des contributions écrites en février 2026, afin d'apporter un éclairage complémentaire aux données disponibles. Ces contributions, émanant notamment d'acteurs institutionnels, de représentants professionnels et d'associations d'usagers, ont permis de documenter les enjeux pratiques, les contraintes identifiées et les leviers potentiels.

Consultation publique

Une version provisoire des recommandations a été publiée le 20/05/2026 sur le site internet de la HAS, accompagnée d'un questionnaire en ligne. Parallèlement, le projet a été transmis à plusieurs parties prenantes pour avis (annexe X). Cette consultation avait principalement pour objectif de recueillir des retours sur la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité des propositions avant leur finalisation.

Annexe 7. Études présentées par le Pr Vanhems en audition plénière

Étude Nosogrippe (données non publiées présentées lors de l'audition du Pr P. Vanhems)

Nosogrippe (hôpital Édouard Herriot (HEH)/Hospices civils de Lyon (HEH/HCL)) : il s'agit d'une étude de surveillance continue menée à l'HEH depuis 2004 (hors années Covid-19) portant sur les cas de grippe nosocomiale observés chaque saison, ainsi que sur les couvertures vaccinales des patients et des soignants. Les résultats de cette étude rapportent une réduction substantielle du risque de grippe nosocomiale chez les patients et soignants vaccinés : 46/256 (18 %) cas de grippe chez les patients vaccinés contre 51/162 (31 %) chez les patients non vaccinés (p = 0,001) avec un OR brut = 0,48 (0,30-0,76) et 17/141 (12 %) de cas de grippe chez les soignants vaccinés contre 49/199 (25 %) chez les soignants non vaccinés (p = 0,004) avec un OR brut = 0,42 (0,23-0,77).

Étude Nosovirus (données de l'analyse intermédiaire non publiées présentées lors de l'audition du Pr P. Vanhems)

L'étude clinique Nosovirus a été initiée en 2024 sous l'égide de l'ANRS-MIE à la suite de la publication du rapport de la HAS en juillet 2023 portant sur l'actualisation des obligations vaccinales des professionnels. Son objectif principal est de caractériser les infections respiratoires virales acquises en milieu de soins (IRVAS) – causées par la grippe, le VRS ou le SARS-CoV-2 –, de décrire la couverture vaccinale antigrippale (des patients et des soignants) et d'en estimer l'impact sur le risque de grippe associée aux soins. Il s'agit d'une étude prospective cas-témoins de type test négatif (*test-negative design)*, multicentrique (Bordeaux, Dijon, Paris, Rennes, Lyon). Les cas sont confirmés par PCR (*Polymerase Chain Reaction*) oro/nasopharyngée, des analyses logistiques exprimées par *Odds ratios* (OR ajustés) sont prévues pour les saisons épidémiques de 2024-2025 et 2025-2026 (en cours).

Les inclusions durant la saison 2024-2025 sont restées limitées et tardives, en dehors du centre lyonnais, et souvent postérieures au pic épidémique. Ces résultats présentent des limites, notamment une puissance encore insuffisante, avec des effectifs faibles.

La poursuite des inclusions en 2025-2026 permettra potentiellement de disposer d'estimations plus précises.

Résultats intermédiaires au 31/12/2025

➔ Chez les patients (Tableau 19) :

- la couverture vaccinale est plus élevée en gériatrie *vs* autres services (68 % *vs* 33 % ; p < 0,01) ;
- la proportion de sujets vaccinés était de 41 % parmi les cas et 58 % parmi les témoins, sans différence statistiquement significative (p = 0,23) ;
- estimation du risque ajusté de grippe nosocomiale chez les patients non vaccinés : OR = 3,09 (IC 95 % : 0,92-10,45), traduisant une tendance à un risque accru chez les non-vaccinés, mais avec un intervalle de confiance large recouvrant 1, en raison de la faible puissance statistique à ce stade.

Tableau 19. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les patients en fonction du statut vaccinal

Population totale : 78 patients (âge médian 84 ans)	**% vaccinés**	**% non-vaccinés**
Cas grippe confirmée, n = 17	41 % (n = 7)	59 % (n = 10)
Témoins, n = 61	58 % (n = 36)	42 % (n = 25)
OR = 3,09 (IC 95 % : 0,92-10,45)		

➔ Chez les professionnels de santé (Tableau 20) :

- couverture vaccinale : 44 % des cas *vs* 58 % des témoins (p = 0,42) ;
- estimation du risque ajusté de grippe nosocomiale chez les soignants non vaccinés : OR ajusté = 2,5 (IC 95 % : 0,55-11,5). L'effet est cohérent avec une tendance protectrice de la vaccination, mais la taille d'échantillon (n = 10 cas) est insuffisante pour conclure.

Tableau 20. Nombre de cas de grippe nosocomiale chez les professionnels de santé en fonction du statut vaccinal

Population totale : 88 patients (âge médian 31 ans)	**% vaccinés**	**% non-vaccinés**
Cas (grippe confirmée) n = 10	44 % (n = 4)	56 % (n = 6)
Témoins n = 78	58 % (n = 45)	42 % (n = 33)
OR = 2,5 (IC 95 % : 0,55-11,5)		

Annexe 8. Grilles d'évaluation des revues systématiques

Tableau 21. Grille d'analyse AMSTAR II, revue systématique de Thomas *et al.*, 2025 (135)

Item	Question	Appréciation
1	Est-ce que les questions de recherche et les critères d'inclusion de la revue ont inclus les critères PICO ?	Oui
2	Est-ce que le rapport de la revue contenait une déclaration explicite indiquant que la méthode de la revue a été établie avant de conduire la revue ? Est-ce que le rapport justifiait toute déviation significative par rapport au protocole ?	Oui
3	Les auteurs ont-ils expliqué leur choix de schémas d'étude à inclure dans la revue ?	Oui
4	Les auteurs ont-ils utilisé une stratégie de recherche documentaire exhaustive ?	Oui
5	Les auteurs ont-ils effectué en double la sélection des études ?	Oui
6	Les auteurs ont-ils effectué en double l'extraction des données ?	Oui
7	Les auteurs ont-ils fourni une liste des études exclues et justifié les exclusions ?	Oui
8	Les auteurs ont-ils décrit les études incluses de manière suffisamment détaillée ?	Oui
9	Les auteurs ont-ils utilisé une technique satisfaisante pour évaluer le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue ?	Oui (*Risk of Bias Tool 1*)
10	Les auteurs ont-ils indiqué les sources de financement des études incluses dans la revue ?	Non, la revue détaille le financement de la revue et non des études incluses, sauf une dans matériel supplémentaire
11	Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs ont-ils utilisé des méthodes appropriées pour la combinaison statistique des résultats ?	Oui, *Mantel-Haenszel* à effet aléatoire est le choix le plus conservateur ; le standard Cochrane quand : données binaires/peu d'études/hétérogénéité attendue
12	Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs ont-ils évalué l'impact potentiel des risques de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d'une autre synthèse des preuves ?	Oui, analyse de sensibilité (utilisation de données ajustées)
13	Les auteurs ont-ils pris en compte le risque de biais des études individuelles lors de l'interprétation/de la discussion des résultats de la revue ?	Oui (déclassement du niveau de confiance)
14	Les auteurs ont-ils fourni une explication satisfaisante pour toute hétérogénéité observée dans les résultats de la revue, et une discussion sur celle-ci ?	Oui
15	S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs ont-ils mené une évaluation adéquate des biais de publication (biais de petite étude) et ont-ils discuté de son impact probable sur les résultats de la revue ?	Non – Mais justification de l'absence de *funnel plot* (peu d'études pour évaluer le biais des petites études avec un *funnel plot*)
16	Les auteurs ont-ils rapporté toute source potentielle de conflit d'intérêts, y compris tout financement reçu pour réaliser la revue ?	Oui

Annexe 9. Données nouvellement identifiées sur l'EV relative des vaccins HD ou adjuvantés par rapport aux vaccins SD

Des données publiées après la recommandation de la HAS publiée en avril 2025 relative à la place des vaccins haute dose et adjuvanté des sujets âgés de 65 ans et plus (18) ont été identifiées.

Les résultats de ces études sont présentés dans le Tableau 22.

– Johansen *et al.,* NEJM 2025 (170)

Essai clinique pragmatique, ouvert, randomisé et fondé sur registre, conduit au Danemark sur trois saisons grippales (2022-2023, 2023-2024, 2024-2025). L'étude compare l'efficacité du vaccin hautement dosé à celle du vaccin dose standard (SD) chez 332 438 participants âgés de plus de 65 ans (HD : 166 218 ; SD : 166 220).

L'analyse du critère principal montre une réduction des hospitalisations pour grippe ou pneumonie non significative (EVr 5,9 % ; IC 95 % : - 2,1 ; 13,4).

– Johansen *et al., Lancet* 2025 (171)

L'analyse poolée FLUNITY-HD combine les essais randomisés DANFLU-2 (Danemark, ≥ 65 ans) et GALFLU (Espagne, 65-79 ans), totalisant 466 320 participants. Elle évalue l'efficacité relative du vaccin HD *versus* dose standard (SD) chez les personnes âgées. L'analyse poolée FLUNITY-HD rapporte que le vaccin haute dose (HD-IIV) offre une protection supérieure par rapport au vaccin standard (SD-IIV) pour la prévention des hospitalisations dues à la grippe ou à la pneumonie, avec une EVr de 8,8 % (IC 95 % : 1,7-15,5 ; p = 0,0082), confirmant un bénéfice statistiquement significatif chez les personnes âgées (Tableau 22).

– Johansen *et al., JAMA cardiology* (172)

Cet article présente les résultats d'analyse secondaire de l'essai clinique DANFLU-2, se focalisant uniquement sur l'estimation des EVr reliées à des évènements cardiaques (Tableau 22).

Les résultats de critères de jugement exploratoires sont également présentés : hospitalisations dues à une maladie cardiovasculaire, hospitalisation pour cause respiratoire, hospitalisation pour infarctus du myocarde, hospitalisation pour insuffisance cardiaque, hospitalisation pour fibrillation auriculaire, hospitalisation pour accident vasculaire cérébral, index composé « MACE » incluant hospitalisation pour infarctus du myocarde, hospitalisation pour accident vasculaire cérébral et décès pour cause cardiovasculaire, et un index composé « MACE (autre définition) » incluant hospitalisation pour infarctus du myocarde, hospitalisation pour accident vasculaire cérébral, décès pour cause cardiovasculaire et hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Les auteurs indiquent que selon la procédure de test établie lors de l'essai clinique DANFLU-2, dans le cas où le résultat du critère de jugement principal est non significatif, les critères de jugement secondaires et exploratoires (de l'essai clinique DANFLU-2 et les critères de ce présent article) ne sont présentés qu'à visée descriptive, sans test d'hypothèse (Tableau 22).

– Pardo-Seco *et al.,* NEJM 2025 (173)

L'essai GALFLU, conduit en Galice sur 133 882 sujets de 65 à 79 ans, évalue les vaccins HD *vs* SD selon une hiérarchie de critères exigeant un seuil minimal de 650 évènements pour permettre une interprétation confirmatoire. Ce seuil n'ayant pas été atteint, le critère principal – réduction des hospitalisations pour grippe ou pneumonie – ainsi que l'ensemble des critères secondaires (hospitalisations cardiorespiratoires, toutes causes, grippe non confirmée, pneumonie, décès) ne peuvent être considérés que comme descriptifs.

Efficacité relative sur la réduction du nombre d'hospitalisations : toutes causes, pour causes respiratoires ou pour grippe biologiquement confirmée

D'après Ku *et al.* 2024 (174), l'EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations pour grippe confirmée est de 25,1% (IC à 95% : 0,2-43,8) et celle du vaccin adjuvanté *vs* SD est de 61,6 % (IC à 95% : 18,1-82,0).

Dans l'étude de Johansen *et al.* (171), l'EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations pour grippe ou pneumonie est estimée à 8,8 % (IC à 95 % : 1,7-15,5), p = 0,0082 ; EVr à 6,3 % (IC à 95 % : 2,5-10), p = 0,0006 en prévention des hospitalisations pour causes cardiorespiratoires ; et EVr à 31,9 % (IC à 95 % : 19,7-42,2), p < 0,0001 en prévention des hospitalisations pour grippe confirmée. Dans cette même étude, l'EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations toutes causes est de 2,2 % (IC à 95 % : 0,3-4,1), p = 0,01.

Dans l'étude de Pardo-Seco *et al.*, NEJM 2025 (173), l'EVr de HD *vs* SD est de 23,7 % (IC 95 % : 6,6-37,7) (analyse descriptive, mais seuil de 650 évènements non atteint).

L'étude de Bricout *et al.*, 2025 (175), retrouve une EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations en lien avec la grippe de 27,4 % (IC à 95 % : 19,8-34,3), p < 0,0001 ; 22,7 % (IC à 95 % : 9,8-33,6) dans la classe d'âge 75-85 ans, p = 0,0010 ; 33,6 % (IC à 95 % : 21,2-44) chez les 85 ans et plus, p < 0,0001.

Efficacité relative sur la réduction du nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal ou grippe sans hospitalisation

Pas de nouvelles données identifiées.

Efficacité relative sur la réduction du nombre de cas de grippe confirmés en laboratoire

Pas de nouvelles données identifiées.

Efficacité relative sur la réduction du nombre de syndromes grippaux ou cas de grippe non confirmés ou consultations pour syndrome grippal

D'après Ku *et al*., 2024 (174), l'EVr de HD *vs* SD est de 9,1 % (IC à 95 % : 0,9-16,7) en prévention des recours aux soins pour grippe et celle du vaccin adjuvanté *vs* SD est de 16,9 % (IC à 95 % : 1,7-29,8) sur ce même critère. En revanche, la différence est non significative dans l'étude de Johansen *et al.*, 2025 (171) : 5,9 % [- 2,1 ;13,4].

Efficacité relative sur la réduction du taux de déclin fonctionnel

Pas de nouvelles données identifiées.

Tableau 22. Études d'efficacité relative des vaccins grippe HD et adjuvanté par rapport aux vaccins standards (SD) publiées entre 2023 et 2025

Auteurs, année, référence	Population	Méthode et critères efficacité vaccinale	Résultats
Ku *et al.*, 2024 (174)	65 ans et plus Cohorte rétrospective (2022 - 2023) HD : 370 543 sujets Adjuvanté : 23 508 sujets	Recours aux soins pour grippe Hospitalisations pour grippe confirmée Hospitalisations pour pneumonie Hospitalisations pour causes respiratoires	**EVr de HD et adjuvanté *vs* SD en prévention des recours aux soins pour grippe** HD : 9,1 % (IC à 95 % : 0,9-16,7) **Adjuvanté :** 16,9 % (IC à 95 % : 1,7-29,8) **EVr de HD et adjuvanté *vs* SD en prévention des hospitalisations pour grippe confirmée**

	Contrôle SD : 69 006		HD : 25,1 % (IC à 95 % : 0,2-43,8) Adjuvanté : 61,6 % (IC à 95 % : 18,1-82,0)
Johansen *et al.*, 2025 (170)	65 ans et plus HD : 166 218 SD : 166 220 DANFLU-2 : 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025 au Danemark	**Analyse principale sur l'essai DANFLU-2** Critères de jugement hiérarchisés (si l'hypothèse nulle ne peut pas être rejetée, le critère de jugement suivant n'est analysé que de manière descriptive) : Critère de jugement principal : Réduction des hospitalisations dues à la grippe ou la pneumonie Critères secondaires : Réduction des hospitalisations dues à une maladie cardiorespiratoire, hospitalisations toutes causes, décès toutes causes, hospitalisations dues à la grippe, hospitalisations dues à une pneumonie Critère exploratoire : Réduction des hospitalisations pour grippes biologiquement confirmées	**Critère principal : EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations dues à la grippe ou la pneumonie :** L'EVr est non significative à 5,9 % [- 2,1 ; 13,4]. Le critère de jugement n'étant pas significatif, les estimations des EVr sur les critères de jugement secondaires et exploratoire ne sont qu'à visée descriptive. **Critères secondaires : EVr de HD *vs* SD en prévention de :** – Hospitalisations pour cause cardiorespiratoire : 5,7 % [1,4 ; 9,9] – Hospitalisations toutes causes : 2,1 % [- 0,1 ; 4,3] – Décès toutes causes : - 2,5 % [- 11,6 ; 5,9] – Hospitalisations dues à la grippe (sans confirmation biologique) : 43,6 % [27,5 ; 56,3] – Hospitalisations dues à une pneumonie : 0,5 % [- 8,6 ; 8,8] **Critère exploratoire (EVr de HD *vs* SD en prévention) :** Hospitalisations pour grippes biologiquement confirmées : 35,9 % [22,2 ; 47,3]
Johansen *et al.*, 2025 (171)	65 ans et plus 466 320 sujets issus de 2 études comparatives randomisées, EV relative de vaccins HD *vs* SD, chez les sujets de plus de 65 ans DANFLU-2 : 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025 au Danemark, tous les sujets de 65 ans et plus GALFLU : 2023-2024 et 2024-2025 en Espagne, sujets de 65-79 ans vivant à domicile	**Analyse poolée FLUNITY-HD : DANFLU-2 + GALFLU** **Critère principal :** Réduction des hospitalisations dues à la grippe ou la pneumonie **Critères secondaires :** Réduction des hospitalisations dues à une maladie cardiorespiratoire, hospitalisations pour grippes biologiquement confirmées, hospitalisations toutes causes, décès toutes causes, hospitalisations dues à la grippe, hospitalisations dues à une pneumonie Les critères secondaires ne peuvent être interprétés comme confirmatoires lorsque le critère principal est non significatif, comme dans DANFLU-2, où ils deviennent alors purement descriptifs. Même si FLUNITY-HD rend le critère principal significatif, la hiérarchie statistique ayant été définie pour les	**EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations pour grippe ou pneumonie :** EVr à 8,8 % (IC à 95 % : 1,7-15,5) ; p = 0,0082 **EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations pour causes cardiorespiratoires :** EVr à 6,3 % (IC à 95 % : 2,5-10) ; p = 0,0006 **EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations pour grippe confirmée :** EVr à 31,9 % (IC à 95 % : 19,7-42,2) ; p < 0,0001 **EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations toutes causes :** EVr 2,2 % (IC à 95 % : 0,3-4,1) ; p = 0,012 La mortalité était identique dans les deux groupes : 0,61 % *vs* 0,62 %

		essais individuels limite la solidité interprétative des critères secondaires	Pas de différence en termes de survenue d'effets indésirables graves dans les deux groupes
Johansen *et al.*, 2025 (172)	65 ans et plus HD : 166 218 sujets SD : 166 220 sujets DANFLU-2 : 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025 au Danemark	**Analyse secondaire de DANFLU-2 ciblée sur évènements cardiaques** Dans cet article, les auteurs précisent que dans le cas où le résultat du critère de jugement principal est non significatif, les critères de jugement secondaires et exploratoires (de l'essai clinique DANFLU-2 et les critères de ce présent article) ne sont présentés qu'à visée descriptive, sans test d'hypothèse **Les critères secondaires sont :** Maladie cardiovasculaire, cause respiratoire, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire, AVC, MACE, MACE élargi	**EVr de HD *vs* SD en prévention hospitalisations pour :** Maladie cardiovasculaire : 7,2 % (1,5 ; 12,5) Cause respiratoire : 3,7 % (- 3 ; 10) Infarctus du myocarde : 0 % (- 19 ; 16) Insuffisance cardiaque : 19,5 % (3,3 ; 33,1) Fibrillation auriculaire : 4,2 % (- 6 ; 13,4) AVC : 5,6 % (- 7,5 ; 17,1) MACE : 2,7 % (- 6,4 ; 11) MACE élargi : 5,4 % (- 2,6 ; 12,8)
Pardo-Seco *et al.*, 2025 (173)	65 à 79 ans (vivant à domicile) 133 882 sujets HD : 67 093 SD : 66 789 GALFLU : saisons 2023-2024 et 2024-2025 en Galice (Espagne)	**Critère principal :** Réduction des hospitalisations pour grippe ou pneumonie **Critères secondaires :** Hospitalisations cardiorespiratoires, toutes causes, décès, grippe non confirmée, pneumonie **Critère exploratoire :** Hospitalisations pour grippe confirmée biologiquement Le seuil requis de 650 évènements pour un test confirmatoire n'a pas été atteint ; interprétation uniquement descriptive du critère principal et de tous les critères secondaires	**Critère principal : EVr de HD *vs* SD en prévention des hospitalisations dues à la grippe ou la pneumonie :** 23,7 % (IC 95 % : 6,6-37,7) – analyse descriptive, seuil de 650 évènements non atteint **Critères secondaires : EVr de HD *vs* SD en prévention des :** – Hospitalisations cardiorespiratoires : EVr = 8,4 % (IC 95 % : 0,1-16,1) – descriptif – Hospitalisations pour grippe (non confirmée : EVr = 31,8 % (IC 95 % : 5,0-51,3) – descriptif – Hospitalisations toutes causes : EVr = 2,5 % (IC 95 % : - 1,7 ; 6,5) – non significatif – Décès toutes causes : 12,8 % (IC 95 % : - 2,0 ; 25,4) – non significatif – Pneumonie : 15,7 % (IC 95 % : - 8,7 ; 34,8) – non significatif – Grippe confirmée (exploratoire) : 19,5 % (IC 95 % : - 11,1 ; 41,8)
Bricout *et al.*, 2025 (175)	65 ans et plus	Étude de cohorte HD (n = 675 412) *vs* SD (2 701 648) 2022-2023 Hospitalisations toutes causes	**EVr de HD *vs* SD en prévention hospitalisation en lien avec la grippe était de 27,4 % (IC à 95 % : 19,8-34,3), p < 0,0001** 22,7 % (IC à 95 % : 9,8-33,6) dans la classe d'âge 75-85 ans, p = 0,0010 à 33,6 % (IC à 95 % : 21,2-44) chez les 85 ans et plus, p < 0,0001

			Conclusions : HD > SD en prévention des hospitalisations chez les sujets de 65 ans et plus et en particulier chez les 85 ans et plus

Annexe 10. Épidémiologie

Grippe parmi les infections respiratoires aiguës (IRA)

Tableau 23. Part de la grippe dans les prélèvements de patients consultant pour infection respiratoire aiguë et dans les prélèvements réalisés dans les laboratoires hospitaliers. Sources : Santé publique France (27, 59, 64, 65) https://www.sentiweb.fr

Saison	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026 (au 15/02/2026)
Part des virus influenza dans les IRA en ville (réseau Sentinelle)				
N prélèvements	4 515	4 212	4 453	3 614
N positif (%)	1 416 **(31,4 %)**	911 **(21 %)**	1 997 (**33,6 %**)	1 041 **(28,8 %)**
Part des virus influenza à l'hôpital (réseau RENAL)				
N prélèvements	486 657	346 928	365 879	ND
N positif (%)	36 927 **(8 %)**	25 780 **(7,4 %)**	42 371 **(11,6 %)**	ND

IRA infection respiratoire aiguë ; ND : données manquantes.

Impact de la grippe en médecine de ville

Tableau 24. Impact de la grippe en médecine de ville. Sources : Santé publique France (27, 59, 64, 65) https://www.sentiweb.fr

Saison	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026 (au 15/02/2026)
Consultation pour syndrome grippal				
N	2 073 000	1 540 000	2 700 000	NR
Nombre de cas de grippe vus en MG				
N **IC à 95 %**	1 420 183 1 366 938-1 473 428	1 075 306 894 443-1 266 877	2 022 082 1 958 877-2 085 287	NR
Taux d'incidence des cas de grippe				
Pour 100 000 habitants **IC à 95 %**	2 139 2 059-2 219	1 612 1 340-1 900	3 024 2 929-3 118	NR
Part des personnes 65 ans et + parmi les cas de grippe				
N (%)	67/1 410 (4,8 %)	79/898 (8,8 %)	148/1 495 (9,9 %)	NR
Part des IRA parmi les actes SOS Médecins *Tous âges confondus*				
Pendant la saison **Au pic de l'épidémie**	ND 25,4 %	18 % 27 %	27,8 % 27,8 %	14 % NR

MG : médecine générale ; NR : non renseigné ; IRA : infection respiratoire aiguë.

Impact de la grippe à l'hôpital

Passages aux urgences et hospitalisations après passage aux urgences

Tableau 25. Passages aux urgences pour grippe et syndrome grippal. Sources réseau OSCOUR et Santé publique France (27, 59, 64, 65)

Saisons	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
Passages aux urgences pour grippe et syndrome grippal, N	110 918	73 597	155 947	NR
N d'hospitalisations après passage aux urgences pour grippe/syndrome grippal	15 828	14 012	28 697	NR
Hospitalisations après passage aux urgences des 65 ans et +, %	54 %	NR	60 %	NR

NR : non renseigné.

Nombre d'hospitalisations pour grippe

- Au cours de la **période 2012-2018,** les **données du PMSI** permettent d'estimer à environ 20 000 le nombre d'hospitalisations pour lesquelles un codage « grippe » a été réalisé chaque année. Elles confirment qu'environ **43 % (28 % ; 69 %) des hospitalisations pour grippe concernent des personnes âgées de 65 ans et plus**, soit environ 8 600 hospitalisations par an (18).
- **Au cours de la saison 2022-2023, on note 51 573 hospitalisations pour grippe, dont 51 % chez les sujets de 65 ans et plus** (63)**.**

Cas graves admis en réanimation

La surveillance des cas de grippe admis en réanimation réalisée par SpF est issue des données de surveillance des cas d'IRA en lien avec la grippe, la Covid-19 et le VRS, renseignées par un réseau de services de réanimation volontaires (donc non exhaustif). Les caractéristiques de ces cas sont données dans le Tableau 26.

Tableau 26. Caractéristiques des cas de grippe graves admis en réanimation signalés par les services participant à la surveillance (surveillance non exhaustive). Source : Santé publique France (27, 59, 64, 65)

Saison	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026 (au 15/02/2026)
N cas d'IRA admis en réanimation	NR	1 698	2 498	1 581
N cas de grippe (%)	967 (NR)	876 (52 %)	1 849 (74 %)	1 187 (76 %)
N cas de grippe de 65 ans et + (%)	372 (38 %)	355 (41 %)	846 (46 %)	660 (56 %)
Statut vaccinal contre la grippe des cas graves admis en réanimation				
N vaccinés (%)	136/967 (13,8 %)	111/876 (13 %)	254/1 849 (14 %)	235/811 (29 %)
N non-vaccinés (%)	NR	428/876 (49 %)	877/1 849 (47 %)	
N Ne sait pas/NR (%)	NR	337/876 (38 %)	718/1 859 (39 %)	576/811 (71 %)

Saison	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026 (au 15/02/2026)
				376/1 187

NR : non renseigné.

Impact de la grippe en établissements médico-sociaux et en EHPAD

Tableau 27. Surveillance des cas groupés d'IRA en EMS (déclarations volontaires). Source : Santé publique France (27, 59, 64, 65)

Saison	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026 (au 15/02/2026)
Foyers d'IRA en EMS, n	719	5 767	4 033	2 999
en lien avec grippe, n (%)	313 (44 %)	3 915/5 188 (10 %)	1 490/3 764 (40 %)	1 087/2 850 (38,1 %)
Foyers d'IRA en EHPAD	ND	5 043 (87 %)	3 719 (92 %)	2 758 (92 %)

Annexe 11. Compte-rendu de la réunion du GT du 16 février 2026

Compte-rendu

Réunion du : 16 février 2026

Titre : Groupe de travail : obligation vaccinale grippe

Diffusion interne : Équipe projet + Chef de service SESPEV + Direction DEAI

Diffusion externe : Membres du groupe de travail

Ordre du jour

9 h 30-10 h 00	*Intervention du service juridique* *Tour de table* *Présentation de la HAS*
10 h 00-12 h 45	***Demande et méthode*** ***Résultats préliminaires de la littérature et discussion***
12 h 45-14 h 00	***Pause déjeuner/café***
14 h 00-15 h 45	***Discussion du GT OV professionnels : éthique, faisabilité et organisation***
15 h 45-16 h 00	***Pause***
16 h 00-17 h 00	***Discussion du GT OV des personnes âgées de 65 ans et plus résidant en collectivité : éthique, faisabilité et organisation***

Présentation de la HAS et engagement de confidentialité

Présentation des trois missions principales de la HAS (évaluer, recommander, mesurer), s'appuyant sur trois valeurs fondamentales : rigueur scientifique, indépendance et transparence.

Intervention du service juridique

Rappel sur la nécessaire indépendance et impartialité des personnes participant aux travaux de la HAS [notamment garantie via une obligation d'établir et d'actualiser une déclaration d'intérêts, afin de prévenir tout conflit d'intérêts].

Présentation des autres obligations déontologiques [intégrité, obligation de confidentialité et devoir de réserve] et des possibilités de communication.

Rappel des conséquences en cas de violation de ces obligations et renvoi vers la Charte de déontologie de la HAS pour plus de détails.

Avancement de l'évaluation

Présentation du rôle de la HAS, ses missions en santé publique et le process d'élaboration des recommandations.

Présentation de la saisine.

Rappel du calendrier présenté dans la note de cadrage.

Évaluation

Présentation de l'avancement de l'évaluation, notamment la revue de la littérature sur les critères retenus, à savoir :

1. Problème de santé publique ;
2. Balance bénéfices/risques des vaccins antigrippaux ;
3. Impact de la vaccination antigrippale sur les capacités du système de soins ;
4. Prise en compte des moyens de prévention complémentaires ;
5. Acceptabilité ;
6. Faisabilité de la mise en place d'une obligation vaccinale antigrippale.

Discussion du GT

➔ Problème de santé publique

Importance des infections grippales associées aux soins mais difficulté à distinguer ce qui relève de transmissions internes *vs* visiteurs.

Vulnérabilité des patients et résidents âgés de 65+, en particulier ceux âgés de 75+.

➔ Balance bénéfices/risques (EV directe et indirecte)

Efficacité vaccinale modérée (~ 36 %) mais très variable selon les saisons et les virus circulants.

Selon l'analyse épidémiologique :

→pas d'immunité de groupe atteignable ;

→non-nuisance impossible à démontrer de manière robuste.

Chez les 75+, EV plus basse (immunosénescence) mais impact favorable sur les formes graves.

➔ Moyens de prévention complémentaires

Importance des mesures barrières (lavage des mains, désinfection des mains par FHA, masques…), souvent mal appliquées.

Masques et gel hydroalcoolique parfois indisponibles en établissements.

Importance de responsabiliser les visiteurs en leur demandant d'avoir leurs propres masques pour une protection individuelle et collective.

Absence de preuve sur la supériorité d'un moyen de prévention par rapport aux autres (masques et gel hydroalcoolique *vs* vaccins).

➔ Acceptabilité

Forte hétérogénéité selon les établissements, les catégories de services et les catégories de professions (ex. : aides-soignants beaucoup moins vaccinés que médecins).

Difficultés particulières chez les travailleurs de nuit/catégories plus précaires (acceptabilité très basse).

– Leviers identifiés

Faciliter l'accès (équipes mobiles, vaccination sur site, multimodal).

Faire appel à des référents vaccination dans les services (personnes susceptibles d'apporter des informations fiables sur la vaccination), leaders d'opinion, messages cohérents, indicateurs de couverture vaccinale visibles.

Proposer la vaccination gratuite et facilement accessible pour les professionnels et aidants.

– Freins identifiés

Forte réticence des professionnels à l'obligation vaccinale : traumatisme Covid, lassitude vaccinale, peur de perdre des soignants, risque de « guerre sociale ». Cette réticence est vaccin dépendante, la réticence pour l'OV rougeole est faible.

Opposition soignants/management (refus de contrôle).

Vaccination annuelle.

– Efforts à poursuivre

Campagnes de vaccination internes au plus proche des professionnels (vaccination dans les services, horaires larges, vaccination gratuite…), rôle des directeurs et coordonnateurs en EHPAD pour soutenir les campagnes.

Programmes de formation/outils motivationnels :

→entretien motivationnel, questionnaires en EHPAD pour comprendre les blocages ;

→mise en place de formations collectives ou individuelles sur la grippe et les vaccins adaptées aux catégories de professionnels ;

→nomination de référents vaccination (personnes susceptibles d'apporter des informations fiables sur la vaccination) dans les services (au plus proche des professionnels) ;

→implication des soignants et des salariés dans la prévention contre la grippe pour mettre en place une organisation proactive.

➔ Faisabilité d'une obligation vaccinale antigrippale

Problématique selon la quasi-totalité des experts.

Pénurie de personnel → risque massif de démissions si OV des professionnels.

Logistique lourde : suivi des refus, contrôle des statuts, RH sous tension.

– Faisabilité juridique

L'OV est juridiquement possible, mais fragile car les critères européens (atteinte justifiée, bénéfice collectif important, prévention d'une crise, proportionnalité) sont difficiles à démontrer pour la vaccination contre la grippe saisonnière.

Le droit permet de raisonner en catégories professionnelles (exposition, contact avec vulnérables), mais cela reste délicat à mettre en œuvre.

Pour les résidents : OV très difficile car l'EHPAD est un domicile, les critères seraient fragilisés.

– Faisabilité pratique

Difficulté pour la médecine du travail : pas accès au DMP, pas de moyens de suivi ; de plus, la médecine de travail n'est pas disponible dans tous les établissements.

Difficulté pour les établissements : traçabilité, confidentialité.

En cas d'OV, il faudrait envisager des mesures (telles que la mise en demeure, la privation de primes, la procédure disciplinaire pour les salariés) et/ou des sanctions ordinales (libéraux) → pas forcément de licenciement, mais un système progressif.

– Alternatives légales

Incitation forte (« droit mou »), mesures pour simplifier la vie des personnes vaccinées et rendre certains aspects plus contraignants pour les non-vaccinés, dans la limite du raisonnable.

Incitations financières : primes, avantages, accès facilité aux campagnes.

Obligation de moyens plutôt que de résultats : rendre obligatoire l'organisation des campagnes de vaccination au sein des établissements, rendre obligatoire la nomination de référents vaccination au sein des établissements ou des services (grands établissements), fixer des objectifs de couverture vaccinale aux établissements et diffusion publique de l'indicateur de couverture vaccinale VAG de l'établissement.

Mise en place d'un *mandatory declinaison form* où les professionnels non vaccinés doivent expliciter par écrit les raisons de non-vaccination (mesure testée aux États-Unis, en Australie, au Japon et au Qatar). Difficultés de mise en œuvre soulignées.

Déclaration du statut vaccinal à l'employeur juridiquement possible grâce aux leviers du RGPD si elle poursuit un objectif légitime de santé publique, même si c'est discriminant :

→mesure intermédiaire, moins lourde qu'une OV.

Proposition de points à inclure dans la recommandation

– Efficacité vaccinale chez les 75 ans et plus.
– Les experts ont rappelé que l'efficacité vaccinale tend à diminuer avec l'âge, en particulier au-delà de 75 ans, en lien avec l'immunosénescence. Cette diminution ne remet pas en cause l'intérêt de la vaccination mais constitue un élément important pour évaluer la balance bénéfices/risques dans cette population à risque élevé.
– Acceptabilité et contexte post-Covid.
– L'analyse du groupe de travail souligne une baisse de l'acceptabilité vaccinale depuis la pandémie de Covid-19, marquée par une lassitude des professionnels, une augmentation

des oppositions et une complexification du consentement pour les résidents en établissement. Ces éléments influencent directement les niveaux de couverture vaccinale observés et doivent être pris en compte pour interpréter les résultats et concevoir des stratégies adaptées.
- Outils d'accompagnement au changement et campagnes vaccinales.
- Plusieurs experts ont souligné l'intérêt des dispositifs d'accompagnement au changement, tels que les outils d'entretien motivationnel, les questionnaires de repérage des freins, des outils de formation adaptés aux différentes catégories professionnelles, et les référents vaccination dans les services. Des initiatives locales rapportent qu'une organisation proactive, un accès facilité au vaccin et un soutien institutionnel renforcent l'adoption des mesures de prévention.

- Alternatives légales à l'OV antigrippale

Le groupe de travail identifie plusieurs alternatives à une obligation vaccinale. Une incitation forte, relevant du « droit mou », permettrait de faciliter le parcours des personnes vaccinées tout en rendant certains aspects plus contraignants pour les non-vaccinés. Des incitations financières (primes, avantages, accès facilité) sont également mentionnées. Une obligation de moyens, basée sur des campagnes de vaccination obligatoires et des objectifs de couverture fixés aux établissements, constitue une autre option. Diffusion publique de l'indicateur de couverture vaccinale VAG de l'établissement. Enfin, la déclaration du statut vaccinal à l'employeur, juridiquement possible via les leviers du RGPD dans un objectif légitime de santé publique, représente une mesure intermédiaire, moins contraignante qu'une obligation vaccinale.

Tour de table : retour des experts

Au regard des données présentées, les experts réaffirment unanimement l'importance de la vaccination antigrippale avec une efficacité vaccinale permettant de diminuer le risque de formes graves.

Toutefois, le groupe exprime très majoritairement des réserves sur la mise en place d'une obligation vaccinale.

Concernant les professionnels, 11 experts sur 13 se déclarent défavorables à une OV, invoquant notamment l'efficacité vaccinale insuffisante pour justifier la mesure, les tensions RH et les difficultés de mise en œuvre ; 2 autres experts considèrent l'OV seulement théoriquement possible mais non pertinente dans la situation actuelle.

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en collectivité, la position est également très nette : 12 experts sur 13 sont opposés à une OV, rappelant le statut de lieu de vie des EHPAD, les bonnes couvertures vaccinales observées et les limites juridiques. Un seul expert se prononce en faveur d'une OV, principalement au motif de disparités de couverture vaccinale entre les établissements. Il propose une forme d'adhésion contractuelle, à l'entrée dans l'établissement, pour mise à jour automatique de la vaccination.

Actions à suivre

Équipe projet :

– Compléter le rapport avec les points identifiés et rapporter la position du GT
– Présentation du rapport à la CTV du 17/03
– Consultation publique en mai
– Présentation du rapport à la CTV du 21/04
– Examen des recommandations au Collège de la HAS fin avril

Membres du GT :

– Relecture du CR pour intégration de la version finale en annexe du rapport

Références bibliographiques

1. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: ethical considerations. Policy brief, 30 may 2022. Geneva: WHO; 2022. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4630bf27-23ad-4278-95e0-3e32957f7079/content

2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis 144 La vaccination des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux : sécurité des patients, responsabilité des professionnels et contexte social. Paris: CCNE; 2023. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-07/Avis%20144_0.pdf

3. Haut conseil de la santé publique. Avis des 27 septembre et 7 octobre 2016 relatif aux obligations vaccinales des professionnels de santé. Paris: HCSP; 2016. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=577

4. Giubilini A. Vaccination ethics. Br Med Bull 2021;137(1):4-12. https://dx.doi.org/10.1093/bmb/ldaa036

5. Girbes AR. Mandatory vaccination against COVID-19 and Influenza for ICU personnel? No! Intensive Crit Care Nurs 2025;89:104083. https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104083

6. Langbeen J, Vogelaers D, Blot S. Mandatory vaccination against COVID-19 and Influenza for ICU personnel? Yes! Intensive Crit Care Nurs 2025;89:104082. https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104082

7. Lepine S. Obligation vaccinale, éthique de la santé publique, et Covid-19. Lato Sensu [revue en ligne] 2025;12(1):31-46. https://dx.doi.org/10.20416/LSRSPS.V12I1.4

8. Dawson A. Herd protection as a public good: vaccination and our obligations to others. Dans: Dawson A, Verweij M, ed. Ethics, prevention, and public health. Oxford: Oxford University Press; 2007. p. 160-78.

9. Giubilini A. The ethics of vaccination. Oxford: University of Oxford; 2019. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-030-02068-2.pdf

10. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Avis du 19 mai 2006 relatif à la mise en œuvre de la protection individuelle contre la grippe des professionnels visés à l'article L 3111-4 du code de la santé publique par une obligation vaccinale. Paris: CSHPF; 2006. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=a_mt_190506_grippe_pro.pdf

11. Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Journal Officiel;13 août 2013. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027830751

12. Loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire. Journal Officiel;6 août 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043909676

13. Décret n° 2023-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la covid-19 des professionnels et étudiants. Journal Officiel;14 mai 2023. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047542116

14. Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025. Paris: Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées; 2025. https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal

15. Santé publique France. Réglementation des vaccins. Mis à jour le 28.10.2025. Saint-Maurice: SPF; 2025. https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/La-politique-vaccinale-en-France/Reglementation-des-vaccins

16. Santé publique France. Recommandations vaccinales spécifiques. Professionnels exposés à des risques spécifiques. Militaires. Schéma vaccinal détaillé par situation. Saint-Maurice: SPF; 2023. https://professionnels.vaccination-info-service.fr/var/vis/storage/original/application/download/20221222_NP_DCSSA-SDD-OS_annexes1_6_fiches_techniques_calendrier-vaccinal-2023%20(4).pdf

17. Direction générale de la santé. Saison hivernale 2025-2026 : mobilisation renforcée pour la lutte contre les infections respiratoires aiguës et lancement de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière et le Covid-19. DGS-URGENT N°2025_26 du 07 octobre 2025. Paris: DGS; 2025. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_n2025_26-_lancement_campagne_vaccination_ira.pdf

18. Haute Autorité de Santé. Vaccination contre la grippe saisonnière des personnes de 65 ans et plus. Place des vaccins Efluelda et Fluad. Recommandation vaccinale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3604478/fr/vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-des-personnes-de-65-ans-et-plus-place-des-vaccins-efluelda-et-fluad-recommandation

19. Haute Autorité de Santé. Vaccin antigrippal FLUCELVAX. Transition du vaccin antigrippal FLUCELVAX, de sa forme quadrivalente à une forme trivalente, dans la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590224/fr/vaccin-antigrippal-flucelvax-transition-du-vaccin-antigrippal-a-une-forme-trivalente-contre-la-grippe-saisonniere-avis

20. Haute Autorité de Santé. Vaccin antigrippal INFLUVAC. Transition du vaccin antigrippal INFLUVAC, de sa forme quadrivalente à une forme trivalente, dans la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3574059/fr/transition-du-vaccin-antigrippal-influvac-de-sa-forme-quadriva-lente-a-une-forme-trivalente-dans-la-strategie-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-avis

21. Haute Autorité de Santé. Vaccin antigrippal VAXIGRIP. Transition du vaccin antigrippal VAXIGRIP, de sa forme quadrivalente à une forme trivalente, dans la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590218/fr/vaccin-antigrippal-vaxigrip-transition-du-vaccin-antigrippal-vaxigrip-a-une-forme-trivalente-contre-la-grippe-saisonniere-avis

22. Haute Autorité de Santé. Vaccin antigrippal FLUAD. Transition du vaccin antigrippal FLUAD, de sa forme quadrivalente à une forme trivalente, dans la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590174/fr/vaccin-antigrippal-fluad-transition-du-vaccin-antigrippal-a-une-forme-trivalente-contre-la-grippe-saisonniere

23. Haute Autorité de Santé. Vaccin antigrippal EFLUELDA. Transition du vaccin antigrippal EFLUELDA, de sa forme quadrivalente à une forme trivalente, dans la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590204/fr/vaccin-efluelda-transition-du-vaccin-antigrippal-eflueda-a-une-forme-trivalente-dans-la-strategie-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere

24. Santé publique France. La grippe, une épidémie saisonnière. Dossier thématique [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2026.
https://www.santepubliquefrance.fr/grippe/la-grippe-une-epidemie-saisonniere

25. Haute Autorité de Santé. Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels. Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle. Recommandation vaccinale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3456359/fr/actualisation-des-recommandations-et-obligations-vaccinales-des-professionnels-coqueluche-grippe-saisonniere-hepatite-a-rougeole-oreillons-rubeole-varicelle

26. Santé publique France. Quelle est la couverture vaccinale contre la grippe des résidents et des professionnels en établissements médico-sociaux ? Point au 1er juin 2022. Saint-Maurice: SPF; 2022.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/enquetes-etudes/quelle-est-la-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-des-residents-et-des-professionnels-en-etablissements-medico-sociaux-point-au-1er-juin-2022

27. Santé publique France. Infections respiratoires aiguës. Edition nationale. Semaine 15 (7 au 13 avril 2025). Bilan de la saison 2024-2025 au 15 avril 2025. Saint-Maurice: SPF; 2025.
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

28. Haute Autorité de Santé. Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier. Résultats comparatifs. Annexe à la synthèse de la campagne 2025 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3810090/fr/iqss-2025-vag-resultats-comparatifs-du-theme-couverture-vaccinale-antigrippale-du-personnel-hospitalier-annexe-a-la-synthese-de-la-campagne-2025

29. Santé publique France. Couvertures vaccinales contre la grippe et la Covid-19 des résidents et des professionnels en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Edition nationale. Le point sur au 18 juillet 2025. Saint-Maurice: SPF; 2025.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/enquetes-etudes/couvertures-vaccinales-contre-la-grippe-et-la-covid-19-des-residents-et-des-professionnels-en-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux-esms-.-poin

30. World Health Organization. How to implement seasonal influenza vaccination of health workers. Geneva: WHO; 2019.
https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e617c22a-9807-4e0d-ab49-6c130aa59dbc/content

31. Organisation mondiale de la santé. Vaccins antigrippaux : note de synthèse de l'OMS – mai 2022. Relevé Epidémiol Hebdo 2022;97(19):185-208.

32. World Health Organization. Table 4. Summary of WHO position papers – immunization of health care workers. Updated december 2025. Geneva: WHO; 2025.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/immunization_schedules/immunization-summary-table-4.pdf

33. New South Wales Ministry of Health. Occupational assessment, screening and vaccination against specified infectious diseases. Policy directive. St Leonards: NSW Ministry of Health; 2026.
https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2026_004.pdf

34. Victoria Department of Health. Vaccination for healthcare workers [En ligne]. Melbourne: Department of Health; 2025. https://www.health.vic.gov.au/immunisation/vaccination-for-healthcare-workers

35. Western Australia Department of Health. Staff member influenza vaccination program policy. Perth: Department of Health; 2024. https://www.health.wa.gov.au/~/media/Corp/Policy-Frameworks/Public-Health/Staff-Member-Influenza-Vaccination-Program-Policy/Staff-Member-Influenza-Vaccination-Program-Policy.pdf

36. Australian Technical Advisory Group on Immunisation. Statement on the administration of seasonal influenza vaccines in 2025. Canberra: ATAGI; 2025. https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-03/atagi-statement-on-the-administration-of-seasonal-influenza-vaccines-in-2025_0.pdf

37. Australian Technical Advisory Group on Immunisation. Vaccination for people at occupational risk. Australian Immunisation Handbook [En ligne]. Canberra: ATAGI; 2026. https://immunisationhandbook.health.gov.au/contents/vaccination-for-special-risk-groups/vaccination-for-people-at-occupational-risk

38. Comité consultatif national de l'immunisation. Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2025-2026. Ottawa: CCNI; 2025. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/vaccines-immunization/national-advisory-committee-immunization-statement-seasonal-influenza-vaccines-2025-2026/comite-consultatif-national-immunisation-declaration-vaccination-antigrippale-saison-2025-2026.pdf

39. Ministère de la santé et des services sociaux. Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs. Recommandations. Québec: MSSS; 2013. https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2281403

40. Comité sur l'immunisation du Québec, Institut national de santé publique du Québec. Evaluation d'une politique obligatoire de vaccination contre l'influenza ou de port d'un masque pour les travailleurs de la santé. Québec: INSPQ; 2016. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2173_evaluation_politique_vaccination_influenza_masque_travailleurs_sante.pdf

41. Ministère de la santé et des services sociaux. Grippe saisonnière en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Prévention, surveillance et contrôle. Guide d'intervention. Québec: MSSS; 2013. https://santepubliquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_InfecNosocomiale_GuideInfluCHSLD_TCNMI_2014_01_21.pdf

42. Centers for Disease Control and Prevention. Menu of state hospital influenza vaccination laws. Atlanta: CDC; 2017. https://www.cdc.gov/phlp/docs/menu-shfluvacclaws.pdf

43. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza vaccination laws for ambulatory care facilities [En ligne]. Atlanta: CDC; 2024. https://www.cdc.gov/phlp/php/publications/influenza-vaccination-laws-ambulatory-care-facilities.html

44. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccination laws [En ligne]. Atlanta: CDC; 2024. https://www.cdc.gov/phlp/php/publications/vaccination-laws.html

45. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza vaccination laws for state long-term care facilities [En ligne]. Atlanta: CDC; 2024. https://www.cdc.gov/phlp/php/publications/flu-vaccination-laws-state-ltc-facilities.html

46. Ministry of Social Affairs and Health. Communicable Diseases Act. Section 48. Vaccination of employees and students to protect patients. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2016. https://www.finlex.fi/api/media/statute-foreign-language-translation/687819/mainPdf/main.pdf

47. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön influenssarokotuksista kysyttyä [En ligne]. Helsinki: THL; 2026. https://thl.fi/ohjeita-ammattilaisille/tyoelaman-rokotukset#sosiaali-ja-terveysalan-henkiloston-rokotukset

48. Pravilnik o programu obavezne i preporučene imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti ("Sl. glasnik RS", br. 65/2020) ; 2020. https://www.paragraf.rs/propisi_download/pravilnik-o-programu-obavezne-i-preporucene-imunizacije-stanovnistva-protiv-odredjenih-zaraznih-bolesti.pdf

49. Haute Autorité de Santé. Grippe saisonnière : évaluation de la pertinence d'une obligation vaccinale. Note de cadrage. Mise à jour le 14 janvier 2026. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-11/dir7/grippe_saisonniere_evaluation_de_la_pertinence_dune_obligation_vaccinale_-_note_de_cadrage.pdf

50. Arrêté du 15 mars 1991, modifié, fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné. Journal Officiel;3 avril 1991. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000536663

51. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2025. Communiqué de presse [En ligne]. Paris: DREES; 2025. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/250728_CP-demographie-des-professionnels-de-sante

52. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des

infirmières et des aides-soignantes. DREES Méthodes 2024;(15).

53. Antona D, Morel P, Jacquot C, Fonteneau L, Dina J, Vauloup-Fellous C, et al. Measles and rubella seroprevalence in a population of young adult blood donors, France 2013. Epidemiol Infect 2019;147:e109. https://dx.doi.org/10.1017/s0950268819000050

54. Organisation mondiale de la santé. Grippe saisonnière. Principaux faits [En ligne]. Genève: OMS; 2025. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)

55. Bernard-Stoecklin S. Surveillance de la grippe en France hexagonale, saison 2024-2025. Bull Epidémiol Hebdo 2025;(17):312-30.

56. Réseau sentinelles, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Sorbonne université. Bilan d'activité 2022. Janvier à décembre 2022. Paris: IPLESP; 2022. https://www.sentiweb.fr/document/6012

57. Réseau sentinelles, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Sorbonne université. Bilan d'activité 2023. Janvier à décembre 2023. 2ème édition publiée le 25/07/2024. Paris: IPLESP; 2024. https://www.sentiweb.fr/document/6289

58. Réseau sentinelles, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Sorbonne université. Bilan d'activité 2024. Janvier à décembre 2024. 2ème édition publiée en août 2025. Paris: IPLESP; 2025. https://www.sentiweb.fr/document/6598

59. Bernard-Stoecklin S. Surveillance de la grippe en France, saison 2022-2023. Bull Epidémiol Hebdo 2023;(19):382-97.

60. Campèse C. Surveillance de la grippe en France, saison 2023-2024. Bull Epidémiol Hebdo 2024;(19):414-27.

61. Santé publique France. Caractéristiques des hospitalisations avec diagnostic de grippe, France, 2012-2017. Saint-Maurice: SPF; 2019. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/caracteristiques-des-hospitalisations-avec-diagnostic-de-grippe-france-2012-2017

62. Demont C, El Mouaddin N, Chillotti L, Bénard S, Salhi A, Uhart M, et al. Fardeau de la grippe, de la COVID-19 et du VRS dans les hôpitaux français : analyse des données du PMSI de 2018 à 2023 [abstract]. Méd Mal Infect Formation 2025;4(Suppl 2):S127-S8. https://dx.doi.org/10.1016/j.mmifmc.2025.04.267

63. de Prost N, Caillé Y, Lachâtre M, Fourati S, Rouxel O, Fabry-Vendrand C, et al. Hospitalisations pour infections virales respiratoires en France : étude nationale sur une saison épidémique à partir des données du PMSI (étude BIRD-IC) [abstract]. Rev Mal Respir Actualités 2025;17(1):15-6. https://dx.doi.org/10.1016/j.rmra.2024.11.055

64. Santé publique France. Infections respiratoires aiguës. Edition nationale. Semaine 15 (8 au 14 avril 2024). Bilan de la saison 2023-2024 au 16 avril 2024. Saint-Maurice: SPF; 2024. 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-2023-2024

65. Santé publique France. Infections respiratoires aiguës. Semaine 07 (09 au 15 février 2026). Edition nationale. Saint-Maurice: SPF; 2026. https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19-.-bulletin-du-18-fevrier-2026

66. Zhou X, Feng L. The association between influenza infection and acute myocardial infarction: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Virus Res 2025;358:199594. https://dx.doi.org/10.1016/j.virusres.2025.199594

67. Barker WH, Borisute H, Cox C. A study of the impact of influenza on the functional status of frail older people. Arch Intern Med 1998;158(6):645-50. https://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.6.645

68. Gozalo PL, Pop-Vicas A, Feng Z, Gravenstein S, Mor V. Effect of influenza on functional decline. J Am Geriatr Soc 2012;60(7):1260-7. https://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04048.x

69. Santé publique France. Fardeau de la grippe en France métropolitaine : bilan des données de surveillance des épidémies de 2011-2012 à 2021-2022. Saint-Maurice: SPF; 2023. https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/rapport-synthese/fardeau-de-la-grippe-en-france-metropolitaine-bilan-des-donnees-de-surveillance-lors-des-epidemies-2011-12-a-2021-22

70. Lai J, Sobhani H, Coleman KK, Tai SS, Hong F, Sierra Maldonado I, et al. Evaluating modes of influenza transmission (EMIT-2): insights from lack of transmission in a controlled transmission trial with naturally infected donors. PLoS Pathog 2026;22(1):e1013153. https://dx.doi.org/10.1371/journal.ppat.1013153

71. Yan J, Grantham M, Pantelic J, Bueno de Mesquita PJ, Albert B, Liu F, et al. Infectious virus in exhaled breath of symptomatic seasonal influenza cases from a college community. Proc Natl Acad Sci U S A 2018;115(5):1081-6. https://dx.doi.org/10.1073/pnas.1716561115

72. Zhang C, Huang X, Fang VJ, Chan KH, Leung GM, Ip DK, et al. Frequent presymptomatic

household transmission of influenza A but not influenza B virus. Nat Health 2026;1(2):206-15. https://dx.doi.org/10.1038/s44360-025-00049-y

73. Munier-Marion E, Bénet T, Dananché C, Soing-Altach S, Maugat S, Vaux S, et al. Outbreaks of health care-associated influenza-like illness in France: impact of electronic notification. Am J Infect Control 2017;45(11):1249-53. https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2017.05.012

74. Haut conseil de la santé publique. Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé. Paris: HCSP; 2014. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=425

75. Souty C, Amoros P, Falchi A, Capai L, Bonmarin I, van der Werf S, et al. Influenza epidemics observed in primary care from 1984 to 2017 in France: a decrease in epidemic size over time. Influenza Other Respir Viruses 2019;13(2):148-57. https://dx.doi.org/10.1111/irv.12620

76. Sydnor E, Perl TM. Healthcare providers as sources of vaccine-preventable diseases. Vaccine 2014;32(38):4814-22. https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.03.097

77. Bénet T, Amour S, Valette M, Saadatian-Elahi M, Aho-Glélé LS, Berthelot P, et al. Incidence of asymptomatic and symptomatic influenza among healthcare workers: a multicenter prospective cohort study. Clin Infect Dis 2021;72(9):e311-e8. https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1109

78. Régis C, Voirin N, Escuret V, Kim BA, Robert O, Lina B, et al. Five years of hospital based surveillance of influenza-like illness and influenza in a short-stay geriatric unit. BMC Res Notes 2014;7:99. https://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-7-99

79. El Guerche-Séblain C, Amour S, Bénet T, Hénaff L, Escuret V, Schellevis F, et al. Incidence of hospital-acquired influenza in adults: a prospective surveillance study from 2004 to 2017 in a French tertiary care hospital. Am J Infect Control 2021;49(8):1066-71. https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.003

80. Munier-Marion E, Bénet T, Vanhems P. Definition of healthcare-associated influenza: a review and results from an international survey. Influenza Other Respir Viruses 2017;11(5):367-71. https://dx.doi.org/10.1111/irv.12460

81. Vanhems P, Voirin N, Roche S, Escuret V, Regis C, Gorain C, et al. Risk of influenza-like illness in an acute health care setting during community influenza epidemics in 2004-2005, 2005-2006, and 2006-2007: a prospective study. Arch Intern Med 2011;171(2):151-7. https://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.500

82. Vanhems P, Voirin N, Bénet T, Roche S, Escuret V, Régis C, et al. Detection of hospital outbreaks of influenza-like illness based on excess of incidence rates compared to the community. Am J Infect Control 2014;42(12):1325-7. https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.08.011

83. Vanhems P, Bénet T, Munier-Marion E. Nosocomial influenza: encouraging insights and future challenges. Curr Opin Infect Dis 2016;29(4):366-72. https://dx.doi.org/10.1097/qco.0000000000000287

84. Munier-Marion E, Bénet T, Régis C, Lina B, Morfin F, Vanhems P. Hospitalization in double-occupancy rooms and the risk of hospital-acquired influenza: a prospective cohort study. Clin Microbiol Infect 2016;22(5):461.e7-9. https://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2016.01.010

85. Payet C, Voirin N, Vanhems P, Ecochard R. A statistical model to assess the risk of communicable diseases associated with multiple exposures in healthcare settings. BMC Med Res Methodol 2013;13:26. https://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-13-26

86. Payet C, Voirin N, Ecochard R, Vanhems P. Influence of observable and unobservable exposure on the patient's risk of acquiring influenza-like illness at hospital. Epidemiol Infect 2016;144(10):2025-30. https://dx.doi.org/10.1017/s0950268816000145

87. Voirin N, Roche S, Vanhems P, Giard M, David-Tchouda S, Barret B, et al. A multiplicative hazard regression model to assess the risk of disease transmission at hospital during community epidemics. BMC Med Res Methodol 2011;11:53. https://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-11-53

88. Oussaid N, Voirin N, Régis C, Khanafer N, Martin-Gaujard G, Vincent A, et al. Contacts between health care workers and patients in a short-stay geriatric unit during the peak of a seasonal influenza epidemic compared with a nonepidemic period. Am J Infect Control 2016;44(8):905-9. https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.02.002

89. Voirin N, Payet C, Barrat A, Cattuto C, Khanafer N, Régis C, et al. Combining high-resolution contact data with virological data to investigate influenza transmission in a tertiary care hospital. Infect Control Hosp Epidemiol 2015;36(3):254-60. https://dx.doi.org/10.1017/ice.2014.53

90. Régis C, Gorain C, Pires Cronenberger S, Crozet MN, Moalla M, Najioullah F, et al. La grippe nosocomiale chez les adultes à l'hôpital Edouard Herriot, Lyon (France), hivers 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007. Bull Epidémiol Hebdo 2008;(34):308-11.

91. Voirin N, Barret B, Metzger MH, Vanhems P. Hospital-acquired influenza: a synthesis using the Outbreak Reports and Intervention Studies of Nosocomial Infection (ORION) statement. J Hosp Infect 2009;71(1):1-14. https://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2008.08.013

92. Eibach D, Casalegno JS, Bouscambert M, Bénet T, Regis C, Comte B, et al. Routes of transmission

during a nosocomial influenza A(H3N2) outbreak among geriatric patients and healthcare workers. J Hosp Infect 2014;86(3):188-93.
https://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2013.11.009

93. Gustin MP, Pujo-Menjouet L, Vanhems P. Influenza transmissibility among patients and health-care professionals in a geriatric short-stay unit using individual contact data. Sci Rep 2023;13:10547.
https://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-36908-5

94. Vanhems P, Barrat A, Cattuto C, Pinton JF, Khanafer N, Régis C, et al. Estimating potential infection transmission routes in hospital wards using wearable proximity sensors. PLoS One 2013;8(9):e73970.
https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0073970

95. Saadatian-Elahi M, Henaff L, Elias C, Nunes MC, Hot A, Martin-Gaujard G, et al. Patient influenza vaccination reduces the risk of hospital-acquired influenza: an incident test negative-case control study in Lyon university hospital, France (2004-2020). Vaccine 2023;41(30):4341-6.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.05.060

96. Agence régionale de santé Grand Est. Epidémie de grippe en Grand Est : l'ARS appelle à la vigilance collective pour protéger les plus vulnérables et soulager les hôpitaux de notre région. Communiqué de presse. Strasbourg: ARS Grand Est; 2025.
https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/133681/download?inline

97. Maltezou HC, Gamaletsou MN, Giannouchos TV, Koukou DM, Sourri F, Lemonakis N, et al. Influenza vaccine effectiveness against absenteeism among healthcare personnel during the 2022-2023 season in Greece. Vaccine 2025;62:127468.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127468

98. Maltezou HC, Gamaletsou MN, Giannouchos TV, Koukou DM, Sourri F, Lemonakis N, et al. Morbidity and absenteeism due to SARS-CoV-2 and seasonal influenza in health care personnel during the 2023 to 2024 season: a multicenter cohort study in Greece. Am J Infect Control 2025;53(6):685-9.
https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2025.03.149

99. Azziz-Baumgartner E, Neyra J, Yau TS, Soto G, Owusu D, Zhang C, et al. Healthcare personnel in 2016-2019 prospective cohort infrequently got vaccinated, worked while ill, and frequently used antibiotics rather than antivirals against viral influenza illnesses. Influenza Other Respir Viruses 2023;17(9):e13189.
https://dx.doi.org/10.1111/irv.13189

100. Azziz-Baumgartner E, Hirsch A, Yoo YM, Peretz A, Greenberg D, Avni YS, et al. Incidence of laboratory-confirmed influenza and RSV and associated presenteeism and absenteeism among healthcare personnel, Israel, influenza seasons 2016 to 2019. Euro Surveill 2024;29(31):2300580.
https://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2024.29.31.2300580

101. A-Grippe-Toi. Coût de la grippe : et si on protégeait mieux et dépensait moins ? Paris: A-Grippe-Toi; 2025.
https://www.nile-consulting.eu/drop/Note_cout_de_la_grippe_21032025.pdf

102. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Questions/Réponses - grippe saisonnière [En ligne]. Paris: Ministère de la santé et de l'accès aux soins; 2024.
https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-de-l-hiver/article/questions-reponses-grippe-saisonniere

103. Legrand J, Vergu E, Flahault A. Real-time monitoring of the influenza vaccine field effectiveness. Vaccine 2006;24(44-46):6605-11.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.05.063

104. Kissling E, Pozo F, Martínez-Baz I, Buda S, Vilcu AM, Domegan L, et al. Influenza vaccine effectiveness against influenza A subtypes in Europe: results from the 2021-2022 I-MOVE primary care multicentre study. Influenza Other Respir Viruses 2023;17(1):e13069.
https://dx.doi.org/10.1111/irv.13069

105. Bernard-Stoecklin S. Surveillance de la grippe en France, saison 2021-2022. Bull Epidémiol Hebdo 2022;(21):362-75.

106. Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis 2012;12(1):36-44.
https://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70295-X

107. Demicheli V, Jefferson T, Ferroni E, Rivetti A, di Pietrantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;Issue 2:CD001269.
https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001269.pub6

108. Minozzi S, Lytras T, Gianola S, Gonzalez-Lorenzo M, Castellini G, Galli C, et al. Comparative efficacy and safety of vaccines to prevent seasonal influenza: a systematic review and network meta-analysis. EClinicalMedicine 2022;46:101331.
https://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101331

109. Basta NE, Halloran ME, Matrajt L, Longini IM. Estimating influenza vaccine efficacy from challenge and community-based study data. Am J Epidemiol 2008;168(12):1343-52.
https://dx.doi.org/10.1093/aje/kwn259

110. Vanhems P, Baghdadi Y, Roche S, Bénet T, Regis C, Lina B, et al. Influenza vaccine effectiveness among healthcare workers in comparison to hospitalized patients: a 2004-2009 case-test, negative-control, prospective study. Hum Vaccin Immunother 2016;12(2):485-90.
https://dx.doi.org/10.1080/21645515.2015.1079677

111. European Centre for Disease Prevention and Control. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness against influenza requiring medical attention at primary care level in Europe,

week 41 - 49, 2025 [En ligne]. Stockholm: ECDC; 2025.
https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/early-estimates-seasonal-influenza-vaccine-effectiveness-against-influenza-requiring

112. Abou Chakra CN, Blanquart F, Vieillefond V, Enouf V, Visseaux B, Haim-Boukobza S, et al. Vaccine effectiveness dynamics against influenza and SARS-CoV-2 in community-tested patients in France 2023-2024. Emerg Microbes Infect 2025;14(1):2466699.
https://dx.doi.org/10.1080/22221751.2025.2466699

113. de Clercq A, Blanquart F, Vieillefond V, Visseaux B, Chakra CN, Nunes MC, et al. Influenza vaccine effectiveness and genetic diversity: insights from end-of-season community surveillance, France, 2024-2025. Emerg Microbes Infect 2025;14(1):2562045.
https://dx.doi.org/10.1080/22221751.2025.2562045

114. de Clercq A, Blanquart F, Vieillefond V, Visseaux B, Jacques A, Haim-Boukobza S, et al. Interim vaccine effectiveness against influenza virus among outpatients, France, october 2025 to january 2026. Euro Surveill 2026;31(2):2500992.
https://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2026.31.2.2500992

115. Martins JP, Santos M, Martins A, Felgueiras M, Santos R. Seasonal influenza vaccine effectiveness in persons aged 15-64 years: a systematic review and meta-analysis. Vaccines 2023;11(8):1322.
https://dx.doi.org/10.3390/vaccines11081322

116. Yegorov S, Patel OD, Sharma H, Khan T, Gupta R, Yao M, et al. Effectiveness of influenza vaccination to prevent severe disease: a systematic review and meta-analysis of test-negative design studies. Clin Microbiol Infect 2026;32(2):219-29.
https://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2025.09.023

117. Jones-Gray E, Robinson EJ, Kucharski AJ, Fox A, Sullivan SG. Does repeated influenza vaccination attenuate effectiveness? A systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med 2023;11(1):27-44.
https://dx.doi.org/10.1016/s2213-2600(22)00266-1

118. Sullivan SG, Khvorov A, Carolan L, Dowson L, Hadiprodjo AJ, Sánchez-Ovando S, et al. Antibody responses against influenza A decline with successive years of annual influenza vaccination. NPJ Vaccines 2025;10:11.
https://dx.doi.org/10.1038/s41541-024-01057-x

119. Trieu MC, Bansal A, Sævik M, Ljostveit S, Jul-Larsen Å, Cox RJ. Effects of repeated influenza vaccination and infection on durable seroprotection in healthcare workers. NPJ Vaccines 2025;10:213.
https://dx.doi.org/10.1038/s41541-025-01259-x

120. Zhong JC, Zhong S, Touyon L, Ho F, Au NY, Cheng SM, et al. Repeat influenza vaccination effects in 2021/22 and 2022/23 in a community-based cohort in Hong Kong. J Infect Dis 2026:jiag051.
https://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiag051

121. Mertz D, Fadel SA, Lam PP, Tran D, Srigley JA, Asner SA, et al. Herd effect from influenza vaccination in non-healthcare settings: a systematic review of randomised controlled trials and observational studies. Euro Surveill 2016;21(42):30378.
https://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2016.21.42.30378

122. Friedman L, Renaud A, Hines D, Winter A, Bolotin S, Johnstone J, et al. Exploring indirect protection associated with influenza immunization: a systematic review of the literature. Vaccine 2019;37(49):7213-32.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.086

123. Malosh RE, Petrie JG, Callear A, Truscon R, Johnson E, Evans R, et al. Effectiveness of influenza vaccines in the HIVE household cohort over 8 years: is there evidence of indirect protection? Clin Infect Dis 2021;73(7):1248-56.
https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab395

124. Arinaminpathy N, Kim IK, Gargiullo P, Haber M, Foppa IM, Gambhir M, et al. Estimating direct and indirect protective effect of influenza vaccination in the United States. Am J Epidemiol 2017;186(1):92-100.
https://dx.doi.org/10.1093/aje/kwx037

125. Krauland MG, Mandell A, Roberts MS. Estimated burden of influenza and direct and indirect benefits of influenza vaccination. JAMA Netw Open 2025;8(7):e2521324.
https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.21324

126. Grijalva CG, Nguyen HQ, Zhu Y, Mellis AM, McGonigle T, Meece JK, et al. Estimated effectiveness of influenza vaccines in preventing secondary infections in households. JAMA Netw Open 2024;7(11):e2446814.
https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.46814

127. Ahmed F, Lindley MC, Allred N, Weinbaum CM, Grohskopf L. Effect of influenza vaccination of healthcare personnel on morbidity and mortality among patients: systematic review and grading of evidence. Clin Infect Dis 2014;58(1):50-7.
https://dx.doi.org/10.1093/cid/cit580

128. Potter J, Stott DJ, Roberts MA, Elder AG, O'Donnell B, Knight PV, et al. Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients. J Infect Dis 1997;175(1):1-6.
https://dx.doi.org/10.1093/infdis/175.1.1

129. Lemaitre M, Meret T, Rothan-Tondeur M, Belmin J, Lejonc JL, Luquel L, et al. Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents: a cluster-randomized trial. J Am Geriatr Soc 2009;57(9):1580-6.
https://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02402.x

130. Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J, et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use

among residents: cluster randomised controlled trial. BMJ 2006;333(7581):1241.
https://dx.doi.org/10.1136/bmj.39010.581354.55

131. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. Lancet 2000;355(9198):93-7.
https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(99)05190-9

132. Dolan GP, Harris RC, Clarkson M, Sokal R, Morgan G, Mukaigawara M, et al. Vaccination of health care workers to protect patients at increased risk for acute respiratory disease. Emerg Infect Dis 2012;18(8):1225-34.
https://dx.doi.org/10.3201/eid1808.111355

133. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;Issue 6:CD005187.
https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005187.pub5

134. de Serres G, Skowronski DM, Ward BJ, Gardam M, Lemieux C, Yassi A, et al. Influenza vaccination of healthcare workers: critical analysis of the evidence for patient benefit underpinning policies of enforcement. PLoS One 2017;12:e0163586.
https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0163586

135. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ, Earnshaw S. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025;Issue 2:CD005187.
https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005187.pub6

136. Williams VR, McGuire M, Katz K, Leis JA. Minimum healthcare worker influenza immunization rates required to decrease influenza transmission in two acute-care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2021;42(1):109-10.
https://dx.doi.org/10.1017/ice.2020.1252

137. Frenzel E, Chemaly RF, Ariza-Heredia E, Jiang Y, Shah DP, Thomas G, et al. Association of increased influenza vaccination in health care workers with a reduction in nosocomial influenza infections in cancer patients. Am J Infect Control 2016;44(9):1016-21.
https://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.03.024

138. Dionne B, Brett M, Culbreath K, Mercier RC. Potential ceiling effect of healthcare worker influenza vaccination on the incidence of nosocomial influenza infection. Infect Control Hosp Epidemiol 2016;37(7):840-4.
https://dx.doi.org/10.1017/ice.2016.77

139. Wei WE, Fook-Chong S, Chen WK, Chlebicki MP, Gan WH. The impact of healthcare worker influenza vaccination on nosocomial influenza in a tertiary hospital: an ecological study. BMC Health Serv Res 2020;20:636.
https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05490-1

140. Amour S, Bénet T, Regis C, Robert O, Fontana L, Lina B, et al. Effect of influenza vaccination among healthcare workers on hospital-acquired influenza in short-stay hospitalized patients: a multicenter pilot study in France. Infect Control Hosp Epidemiol 2022;43(12):1828-32.
https://dx.doi.org/10.1017/ice.2022.68

141. Amodio E, Restivo V, Firenze A, Mammina C, Tramuto F, Vitale F. Can influenza vaccination coverage among healthcare workers influence the risk of nosocomial influenza-like illness in hospitalized patients? J Hosp Infect 2014;86(3):182-7.
https://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2014.01.005

142. Guo J, Chen X, Guo Y, Liu M, Li P, Tao Y, et al. Real-world effectiveness of seasonal influenza vaccination and age as effect modifier: a systematic review, meta-analysis and meta-regression of test-negative design studies. Vaccine 2024;42(8):1883-91.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.02.059

143. European Centre for Disease Prevention and Control. Multi-model analysis to quantify the impact of vaccination on COVID-19 and influenza hospitalisation burden among older adults in the EU/EEA, 2024/25. Stockholm: ECDC; 2025.
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/vaccination-multi-model-analysis.pdf

144. Andrew MK, Shinde V, Ye L, Hatchette T, Haguinet F, dos Santos G, et al. The importance of frailty in the assessment of influenza vaccine effectiveness against influenza-related hospitalization in elderly people. J Infect Dis 2017;216(4):405-14.
https://dx.doi.org/10.1093/infdis/jix282

145. Veronese N, Soiza RL, Michel JP. Influenza vaccination in older adults: integral to good geriatric care. Age Ageing 2025;54(12):afaf365.
https://dx.doi.org/10.1093/ageing/afaf365

146. Addario A, Célarier T, Bongue B, Barth N, Gavazzi G, Botelho-Nevers E. Impact of influenza, herpes zoster, and pneumococcal vaccinations on the incidence of cardiovascular events in subjects aged over 65 years: a systematic review. Geroscience 2023;45(6):3419-47.
https://dx.doi.org/10.1007/s11357-023-00807-4

147. Yang T, Tong F, Tang L, Li P, Li B, Ye L, et al. Repeated vaccination does not appear to significantly weaken the protective effect of influenza vaccine in the elderly: a test-negative case-control study in China. Vaccine 2024;42(20):125986.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.05.034

148. Haute Autorité de Santé. Avis n°2025.0037/AC/SESPEV du 17 juillet 2025 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur les sous-populations cibles à vacciner prioritairement parmi les personnes âgées de 65 ans et plus avec les vaccins EFLUELDA et FLUAD dans le cadre de la grippe saisonnière. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3638257/fr/avis-n2025-0037-ac-sespev-17-juillet-2025-college-hasvacciner-prioritairementpersonnes-de-65-ans-vaccins-efluelda-et-fluad-grippe

149. Skaarup KG, Lassen MC, Modin D, Johansen ND, Loiacono MM, Harris RC, et al. The relative vaccine effectiveness of high-dose vs standard-dose influenza vaccines in preventing hospitalization and mortality: a meta-analysis of evidence from randomized trials. J Infect 2024;89(1):106187. https://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2024.106187

150. Young-Xu Y, Thornton Snider J, Mahmud SM, Russo EM, van Aalst R, Thommes EW, et al. High-dose influenza vaccination and mortality among predominantly male, white, senior veterans, United States, 2012/13 to 2014/15. Euro Surveill 2020;25(19):1900401. https://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2020.25.19.1900401

151. Lee JK, Lam GK, Shin T, Samson SI, Greenberg DP, Chit A. Efficacy and effectiveness of high-dose influenza vaccine in older adults by circulating strain and antigenic match: an updated systematic review and meta-analysis. Vaccine 2021;39(Suppl 1):A24-A35. https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.004

152. Bricout H, Levant MC, Assi N, Crépey P, Descamps A, Mari K, et al. The relative effectiveness of a high-dose quadrivalent influenza vaccine versus standard-dose quadrivalent influenza vaccines in older adults in France: a retrospective cohort study during the 2021-2022 influenza season. Clin Microbiol Infect 2024;30(12):1592-8. https://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2024.08.012

153. Johansen ND, Modin D, Nealon J, Samson S, Salamand C, Loiacono MM, et al. A pragmatic randomized feasibility trial of influenza vaccines. NEJM Evid 2023;2(2):EVIDoa2200206. https://dx.doi.org/10.1056/EVIDoa2200206

154. Doyle JD, Beacham L, Martin ET, Talbot HK, Monto A, Gaglani M, et al. Relative and absolute effectiveness of high-dose and standard-dose influenza vaccine against influenza-related hospitalization among older adults-United States, 2015-2017. Clin Infect Dis 2021;72(6):995-1003. https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa160

155. Yaron S, Yechezkel M, Yamin D, Razi T, Borochov I, Shmueli E, et al. Incremental benefit of high dose compared to standard dose influenza vaccine in reducing hospitalizations. NPJ Vaccines 2025;10:3. https://dx.doi.org/10.1038/s41541-025-01065-5

156. Paudel M, Mahmud S, Buikema A, Korrer S, van Voorhis D, Brekke L, et al. Relative vaccine efficacy of high-dose versus standard-dose influenza vaccines in preventing probable influenza in a Medicare Fee-for-Service population. Vaccine 2020;38(29):4548-56. https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.020

157. Lee JK, Lam GK, Yin JK, Loiacono MM, Samson SI. High-dose influenza vaccine in older adults by age and seasonal characteristics: systematic review and meta-analysis update. Vaccine X 2023;14:100327. https://dx.doi.org/10.1016/j.jvacx.2023.100327

158. European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review of the efficacy, effectiveness and safety of newer and enhanced seasonal influenza vaccines for the prevention of laboratory-confirmed influenza in individuals aged 18 years and over. Stockholm: ECDC; 2024. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Systematic-review-update-enhanced-seasonal%20flu-vaccines.pdf

159. Pott H, Andrew MK, Shaffelburg Z, Nichols MK, Ye L, ElSherif M, et al. Vaccine effectiveness of non-adjuvanted and adjuvanted trivalent inactivated influenza vaccines in the prevention of influenza-related hospitalization in older adults: a pooled analysis from the Serious Outcomes Surveillance (SOS) Network of the Canadian Immunization Research Network (CIRN). Vaccine 2023;41(42):6359-65. https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.08.070

160. Imran M, Puig-Barbera J, Ortiz JR, Lopez-Gonzalez L, Dean A, Bonafede M, et al. Relative effectiveness of the MF59®-adjuvanted influenza vaccine versus high-dose and non-adjuvanted influenza vaccines in preventing cardiorespiratory hospitalizations during the 2019-2020 US influenza season. Influenza Other Respir Viruses 2024;18(4):e13288. https://dx.doi.org/10.1111/irv.13288

161. Amaral de Avila Machado M, Moura CS, Abrahamowicz M, Ward BJ, Pilote L, Bernatsky S. Relative effectiveness of influenza vaccines in elderly persons in the United States, 2012/2013-2017/2018 seasons. NPJ Vaccines 2021;6:108. https://dx.doi.org/10.1038/s41541-021-00373-w

162. Izurieta HS, Chillarige Y, Kelman J, Wei Y, Lu Y, Xu W, et al. Relative effectiveness of influenza vaccines among the United States elderly, 2018-2019. J Infect Dis 2020;222(2):278-87. https://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiaa080

163. Pelton SI, Divino V, Shah D, Mould-Quevedo J, DeKoven M, Krishnarajah G, et al. Evaluating the relative vaccine effectiveness of adjuvanted trivalent influenza vaccine compared to high-dose trivalent and other egg-based influenza vaccines among older adults in the US during the 2017-2018 influenza season. Vaccines 2020;8(3):446. https://dx.doi.org/10.3390/vaccines8030446

164. Levin MJ, Divino V, Postma MJ, Pelton SI, Zhou Z, DeKoven M, et al. A clinical and economic assessment of adjuvanted trivalent versus standard egg-derived quadrivalent influenza vaccines among older adults in the United States during the 2018-19 and 2019-20 influenza seasons. Expert Rev Vaccines 2024;23(1):124-36. https://dx.doi.org/10.1080/14760584.2023.2293237

165. Domnich A, Icardi G, Panatto D, Scarpaleggia M, Trombetta CS, Ogliastro M, et al. Influenza epidemiology and vaccine effectiveness during the 2023/2024 season in Italy: a test-negative case-control study. Int J Infect Dis 2024;147:107202. https://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107202

166. O Murchu E, Comber L, Jordan K, Hawkshaw S, Marshall L, O'Neill M, et al. Systematic review of the efficacy, effectiveness and safety of MF59(®) adjuvanted seasonal influenza vaccines for the prevention of laboratory-confirmed influenza in individuals ≥18 years of age. Rev Med Virol 2023;33(3):e2329. https://dx.doi.org/10.1002/rmv.2329

167. Gravenstein S, McConeghy KW, Saade E, Davidson HE, Canaday DH, Han L, et al. Adjuvanted influenza vaccine and influenza outbreaks in US nursing homes: results from a pragmatic cluster-randomized clinical trial. Clin Infect Dis 2021;73(11):e4229-e36. https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaa1916

168. Boikos C, McGovern I, Ortiz JR, Puig-Barberà J, Versage E, Haag M. Relative vaccine effectiveness of adjuvanted trivalent influenza vaccine over three consecutive influenza seasons in the United States. Vaccines 2022;10(9):1456. https://dx.doi.org/10.3390/vaccines10091456

169. Gärtner BC, Weinke T, Wahle K, Kwetkat A, Beier D, Schmidt KJ, et al. Importance and value of adjuvanted influenza vaccine in the care of older adults from a European perspective: a systematic review of recently published literature on real-world data. Vaccine 2022;40(22):2999-3008. https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.04.019

170. Johansen ND, Modin D, Loiacono MM, Harris RC, Dufournet M, Larsen CS, et al. High-dose influenza vaccine effectiveness against hospitalization in older adults. N Engl J Med 2025;393(23):2291-302. https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2509907

171. Johansen ND, Modin D, Pardo-Seco J, Rodriguez-Tenreiro-Sánchez C, Loiacono MM, Harris RC, et al. Effectiveness of high-dose influenza vaccine against hospitalisations in older adults (FLUNITY-HD): an individual-level pooled analysis. Lancet 2025;406(10518):2425-34. https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(25)01742-8

172. Johansen ND, Modin D, Loiacono MM, Harris RC, Dufournet M, Larsen CS, et al. High-dose vs standard-dose influenza vaccine and cardiovascular outcomes in older adults: a prespecified secondary analysis of the DANFLU-2 randomized clinical trial. JAMA Cardiol 2025;10(11):1186-94. https://dx.doi.org/10.1001/jamacardio.2025.3460

173. Pardo-Seco J, Rodríguez-Tenreiro-Sánchez C, Giné-Vázquez I, Mallah N, Mirás-Carballal S, Piñeiro-Sotelo M, et al. High-dose influenza vaccine to reduce hospitalizations. N Engl J Med 2025;393(23):2303-12. https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2509834

174. Ku JH, Rayens E, Sy LS, Qian L, Ackerson BK, Luo Y, et al. Comparative effectiveness of licensed influenza vaccines in preventing influenza-related medical encounters and hospitalizations in the 2022-2023 influenza season among adults ≥65 years of age. Clin Infect Dis 2024;79(5):1283-92. https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciae375

175. Bricout H, Levant MC, Crépey P, Gavazzi G, Gaillat J, Dufournet M, et al. Relative effectiveness of high-dose vs. standard-dose influenza vaccines in preventing hospitalizations: a national retrospective cohort study in France, 2022/2023 season. Influenza Other Respir Viruses 2025;19(11):e70193. https://dx.doi.org/10.1111/irv.70193

176. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Enquête nationale de pharmacovigilance relative aux vaccins quadrivalents antigrippaux utilisés pendant la campagne vaccinale grippale 2024 - 2025. Comité scientifique permanent - Pharmaco-surveillance et bon usage - Formation restreinte Expertise et bon usage. Séance du 23/09/2025. Compte-rendu. Saint-Denis: ANSM; 2025. https://ansm.sante.fr/uploads/2026/01/07/20250923-cr-csp-pvex.pdf

177. Niu D, Xu J, Liu J, Gong R, Shi J, Wu Q. Characteristics and factors of repeated influenza vaccination among elderly individuals in Shanghai, China from 2020 to 2022. Hum Vaccin Immunother 2024;20(1):2364480. https://dx.doi.org/10.1080/21645515.2024.2364480

178. Imai C, Toizumi M, Hall L, Lambert S, Halton K, Merollini K. A systematic review and meta-analysis of the direct epidemiological and economic effects of seasonal influenza vaccination on healthcare workers. PLoS One 2018;13(6):e0198685. https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0198685

179. Gianino MM, Kakaa O, Politano G, Scarmozzino A, Benso A, Zotti CM. Severe and moderate seasonal influenza epidemics among Italian healthcare workers: a comparison of the excess of absenteeism. Influenza Other Respir Viruses 2021;15(1):81-90. https://dx.doi.org/10.1111/irv.12777

180. Gianino MM, Politano G, Scarmozzino A, Charrier L, Testa M, Giacomelli S, et al. Estimation of sickness absenteeism among Italian healthcare workers during seasonal influenza epidemics. PLoS One 2017;12(8):e0182510. https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0182510

181. Antinolfi F, Battistella C, Brunelli L, Malacarne F, Bucci FG, Celotto D, et al. Absences from work among healthcare workers: are they related to influenza shot adherence? BMC Health Serv Res 2020;20:763. https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05585-9

182. Maltezou HC, Giannouchos TV, Gamaletsou MN, Koukou DM, Lemonakis N, Sourri F, et al.

Absenteeism related to respiratory infections among healthcare personnel in hospitals in Greece from 2020-2021 to 2024-2025. Vaccine 2026;75:128264. https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2026.128264

183. Pereira M, Williams S, Restrick L, Cullinan P, Hopkinson NS. Healthcare worker influenza vaccination and sickness absence: an ecological study. Clin Med 2017;17(6):484-9. https://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.17-6-484

184. Zaffina S, Gilardi F, Rizzo C, Sannino S, Brugaletta R, Santoro A, et al. Seasonal influenza vaccination and absenteeism in health-care workers in two subsequent influenza seasons (2016/17 and 2017/18) in an Italian pediatric hospital. Expert Rev Vaccines 2019;18(4):411-8. https://dx.doi.org/10.1080/14760584.2019.1586541

185. Costantino C, Casuccio A, Caracci F, Bono S, Calamusa G, Ventura G, et al. Impact of communicative and informative strategies on influenza vaccination adherence and absenteeism from work of health care professionals working at the university hospital of Palermo, Italy: a quasi-experimental field trial on twelve influenza seasons. Vaccines 2019;8(1):5. https://dx.doi.org/10.3390/vaccines8010005

186. World Health Organization. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. Geneva: WHO; 2019. https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measuresfor-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza

187. Société française d'hygiène hospitalière. Recommandations pour la prévention de la transmission par voie respiratoire. Brest: SF2H; 2024. https://www.sf2h.net/publications/guide-de-prevention-de-la-transmission-par-voie-respiratoire.html

188. Haut conseil de la santé publique. Avis du 31 août 2023 relatif aux mesures de prévention des infections respiratoires virales (incluant la mise à jour des avis Covid-19). Paris: HCSP; 2023. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1343

189. Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la cohésion sociale, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Instruction n° DGS/CCS/PPC/USAR/DGOS/DGCS/2025/139 du 12 novembre 2025 relative au port obligatoire du masque dans les établissements sanitaires et médico-sociaux pour la prévention des infections respiratoires aiguës. Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarités 2025;2025/11.

190. Haute Autorité de Santé. TAMIFLU, gélule (75 mg) et poudre pour solution buvable (6 mg/ml). Réévaluation à la demande de la CT. Adopté par la Commission de la transparence le 18 février 2026. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3892982/fr/tamiflu-18022026-avis-ct21499

191. Haut conseil de la santé publique. Avis du 16 mars 2018 relatif à la prescription d'antiviraux en cas de grippe saisonnière. Paris: HCSP; 2018. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=652

192. Milton DK, Fabian MP, Cowling BJ, Grantham ML, McDevitt JJ. Influenza virus aerosols in human exhaled breath: particle size, culturability, and effect of surgical masks. PLoS Pathog 2013;9(3):e1003205. https://dx.doi.org/10.1371/journal.ppat.1003205

193. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Outils et méthodes pour promouvoir l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination : une approche fondée sur les sciences sociales et comportementales. Stockholm: ECDC; 2025. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/tools-and-methods-for-promoting-vaccination-FR.pdf

194. Wellcome Trust. Wellcome Global Monitor. How does the world feel about science and health? London: Wellcome Trust; 2018. https://cms.wellcome.org/sites/default/files/wellcome-global-monitor-2018.pdf

195. World Health Organization. Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics. Fifty-sixth World Health Assembly, 28 may 2003. Geneva: WHO; 2003. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r19.pdf

196. Conseil de l'Union européenne. Recommandation du Conseil du 22 décembre 2009 concernant la vaccination contre la grippe saisonnière. Journal Officiel de l'Union européenne 2009:L 348/71-72.

197. Haute Autorité de Santé. Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier. Indicateur de qualité et de sécurité des soins. Rapport d'analyse des résultats nationaux. Campagne 2023 - Données 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3547156/fr/iqss-2023-ias-vag-rapport-d-analyse-des-resultats-nationaux-couverture-vaccinale-antigrippale-du-personnel-hospitalier

198. Haute Autorité de Santé. Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier. Indicateur de qualité et de sécurité des soins. Annexe au rapport complet. Résultats comparatifs détaillés. Campagne 2024 - Données Hiver 2023-2024. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3572476/fr/iqss-2024-ias-vag-resultats-nationaux-detailles-comparatifs-couverture-vaccinale-antigrippale-du-personnel-hospitalier-annexe-au-rapport-complet-des-resultats-nationaux-2024

199. Santé publique France. Couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé. Bull Santé Publique 2019;(octobre).

200. Santé publique France. Couvertures vaccinales contre la grippe et la Covid-19 des résidents et contre

la grippe des professionnels en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Edition nationale. Le point sur au 3 juillet 2024. Saint-Maurice: SPF; 2024.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/enquetes-etudes/couvertures-vaccinales-contre-la-grippe-et-la-covid-19-des-residents-et-contre-la-grippe-des-professionnels-en-etablissements-sociaux-et-medico-soc

201. Hanguehard R, Fonteneau L, Bonnet N, Levy-Bruhl D, Parent-du-Châtelet I, Vaux S. Decreases in influenza vaccination coverage among nursing home healthcare workers and in measures to promote influenza vaccination, France, 2007/08 to 2024/25. Euro Surveill 2026;31(12):2500628.
https://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.12.2500628

202. Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins Ile-de-France, Deslandes A, Seringe E. Vaccination antigrippale des professionnels de santé. Evaluation de la couverture vaccinale et des freins à la vaccination parmi les professionnels de santé libéraux en Ile-de-France, 2018/2019. Paris: CPias Ile-de-France; 2019.
https://www.cpias-ile-de-france.fr/evaluation/vaccination/resultats-enquete-vaccination-20182019-liberal.pdf

203. Goupil B. Etude de la couverture vaccinale antigrippale des médecins généralistes libéraux à La Réunion durant la campagne de vaccination 2022, facteurs favorisant et facteurs limitant leur adhésion à la vaccination antigrippale [Thèse : docteur en médecine]. La Réunion: Faculté de médecine; 2023.
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04057340v1

204. Courand D. Vaccination antigrippale des médecins généralistes de la région cannoise. Etude des déterminants de la vaccination saisonnière [Thèse : docteur en médecine]. Nice: Faculté de médecine; 2016.
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01377605

205. Pinier A. La couverture vaccinale antigrippale et les facteurs déterminants la décision vaccinale chez les médecins généralistes libéraux en Normandie [Thèse : docteur en médecine]. Rouen: Faculté de médecine; 2019.
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02797147v1

206. Conseil national de l'ordre des médecins. Vaccination : état des lieux, nouveaux enjeux. Paris: CNOM; 2025.
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CNOM-rapport_vaccination_0.pdf

207. Santé publique France. Vaccination. Bulletin, 28 avril 2025. Edition nationale. Saint-Maurice: SPF; 2025.
https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/vaccination-en-france.-bilan-de-la-couverture-vaccinale-en-2024

208. Bajos N, Costemalle V, Leblanc S, Spire A, Franck JE, Jusot F, et al. Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales. Etudes et Résultats 2022;(1222).

209. Ipsos France. Vaccination des enseignants. Enquête réalisée du 10 au 16 août 2021.
https://www.ipsos.com/fr-fr/vaccination-87-des-enseignants-ont-deja-recu-au-moins-une-dose

210. World Health Organization. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on vaccine hesitancy. Geneva: WHO; 2015.
https://www.who.int/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf

211. Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux. Hésitation vaccinale et professionnels de santé. Mise à jour : mars 2025 [En ligne]. Paris: GERES; 2024.
https://www.geres.org/vaccinations/hesitation-vaccinale-et-professionnels-de-sante/

212. World Health Organization. Report of the Sage Working Group on vaccine hesitancy. Geneva: WHO; 2014.

213. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. PLoS One 2018;13(12):e0208601.
https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0208601

214. World Health Organization. Implementation guide for vaccination of health workers. Geneva: WHO; 2022.
https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/740c5ee7-d437-4f27-b5f0-7e07fe599232/content

215. Verger P, Botelho-Nevers E, Garrison A, Gagnon D, Gagneur A, Gagneux-Brunon A, et al. Vaccine hesitancy in health-care providers in Western countries: a narrative review. Expert Rev Vaccines 2022;21(7):909-27.
https://dx.doi.org/10.1080/14760584.2022.2056026

216. Le Breton A, Touzet H, Fressard L, Chamboredon P, Peretti-Watel P, Ward J, et al. Dissatisfaction with working conditions associated with lower vaccine confidence, commitment and behaviors among nurses: a large scale cross-sectional survey in France. Int J Nurs Stud 2025;161:104935.
https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104935

217. Mueller JE, Olivier C, Diaz Luevano C, Bouvet E, Abiteboul D, Pellissier G, et al. Etude transversale des intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et la COVID-19 des professionnels de santé : quels leviers pour la promotion vaccinale. Bull Epidémiol Hebdo 2021;(Cov_2):2-9.

218. Wilson R, Zaytseva A, Bocquier A, Nokri A, Fressard L, Chamboredon P, et al. Vaccine hesitancy and self-vaccination behaviors among nurses in southeastern France. Vaccine 2020;38(5):1144-51.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.11.018

219. Wilson R, Scronias D, Zaytseva A, Ferry MA, Chamboredon P, Dubé E, et al. Seasonal influenza self-vaccination behaviours and attitudes among nurses in Southeastern France. Hum Vaccin Immunother 2019;15(10):2423-33.
https://dx.doi.org/10.1080/21645515.2019.1587274

220. Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux. Etude Vax Action « MINT & SMART » [En ligne]. Paris: GERES; 2025.
https://www.geres.org/etude-vax-action/

221. European Centre for Disease Prevention and Control. Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021.
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Facilitating-vaccination-uptake-in-the-EU-EEA.pdf

222. Truong J, Bakshi S, Wasim A, Ahmad M, Majid U. What factors promote vaccine hesitancy or acceptance during pandemics? A systematic review and thematic analysis. Health Promot Int 2022;37(1):daab105.
https://dx.doi.org/10.1093/heapro/daab105

223. Antonini M, Goldzahl L, Sicsic J. Vaccine or policy attributes? Unpacking the drivers of vaccine acceptance in France. Health Policy Technol 2026;15(3):101164.
https://dx.doi.org/10.1016/j.hlpt.2026.101164

224. Addario A, Pardo M, Gavazzi G, Bongue B, Célarier T, Dorier S, et al. The desire of autonomy: a lever for vaccination of the elderly? Results of a qualitative study. Hum Vaccin Immunother 2024;20(1):2390227.
https://dx.doi.org/10.1080/21645515.2024.2390227

225. Santé publique France. Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Saint-Maurice: SPF; 2025.
https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/rapport-synthese/vaccination-etat-des-lieux-de-l-adhesion-et-description-des-reticences.-barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024

226. Peretti-Watel P, Haddouche S, Touzet H, Verger P, Ward JK, Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Enquête ICOVAC vague 5. Les Français.es et la vaccination en 2025 : obligations vaccinales, ARN messager et « anti-vaccins ». Marseille: ORS PACA; 2025.
https://shs-vaccination-france.com/wp-content/uploads/2025/11/note-icovac-vague_5.pdf

227. Vaux S, Fonteneau L, Péfau M, Venier AG, Gautier A, Altrach SS, et al. Vaccination against influenza, measles, pertussis and varicella in workers in healthcare facilities in France: a national cross-sectional study in 2019. Vaccine 2023;41(3):812-20.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.12.023

228. Vaux S, Fonteneau L, Venier AG, Gautier A, Soing Altrach S, Parneix P, et al. Influenza vaccination coverage of professionals working in nursing homes in France and related determinants, 2018-2019 season: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2022;22:1049.
https://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-13412-5

229. de Koning R, Gonzalez Utrilla M, Spanaus E, Moore M, Lomazzi M. Strategies used to improve vaccine uptake among healthcare providers: a systematic review. Vaccine X 2024;19:100519.
https://dx.doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100519

230. Mustafa M, Al-Khal A, Al Maslamani M, Al Soub H. Improving influenza vaccination rates of healthcare workers: a multipronged approach in Qatar. East Mediterr Health J 2017;23(4):303-10.
https://dx.doi.org/10.26719/2017.23.4.303

231. Honda H, Sato Y, Yamazaki A, Padival S, Kumagai A, Babcock H. A successful strategy for increasing the influenza vaccination rate of healthcare workers without a mandatory policy outside of the United States: a multifaceted intervention in a Japanese tertiary care center. Infect Control Hosp Epidemiol 2013;34(11):1194-200.
https://dx.doi.org/10.1086/673452

232. Quan K, Tehrani DM, Dickey L, Spiritus E, Hizon D, Heck K, et al. Voluntary to mandatory: evolution of strategies and attitudes toward influenza vaccination of healthcare personnel. Infect Control Hosp Epidemiol 2012;33(1):63-70.
https://dx.doi.org/10.1086/663210

233. Kalcic K, Peddle M. Healthcare workers' perspectives on mandatory influenza vaccination: a scoping review. Contemp Nurse 2024;60(6):614-24.
https://dx.doi.org/10.1080/10376178.2024.2375531

234. Gualano MR, Olivero E, Voglino G, Corezzi M, Rossello P, Vicentini C, et al. Knowledge, attitudes and beliefs towards compulsory vaccination: a systematic review. Hum Vaccin Immunother 2019;15(4):918-31.
https://dx.doi.org/10.1080/21645515.2018.1564437

235. Alkhanishvili Z, Kiguradze-Gogilashvili K, Svanishvili T, Gogichadze N, Chkhikvishvili A, Gvazava S. Dentists' perceptions of mandatory vaccination for hepatitis B, influenza, measles, and rubella: a study in Georgia. Int J Sci Res Dent Med Sci 2023;5(4):188-93.
https://dx.doi.org/10.30485/ijsrdms.2023.418153.1541

236. Vaux S, Fonteneau L, Péfau M, Venier AG, Gautier A, Altrach SS, et al. Acceptability of mandatory vaccination against influenza, measles, pertussis and varicella by workers in healthcare facilities: a national cross-sectional study, France, 2019. Arch Public Health 2023;81:51.
https://dx.doi.org/10.1186/s13690-023-01069-4

237. Weil N, Gavazzi G, Fraisse T, Nevers EB, Roubaut-Baudron C, Reynaud-Levy O, et al. Should we make influenza and SARS-CoV-19 vaccinations mandatory in medicalized nursing homes? An opinion survey of French health care professionals [letter]. J Am Med Dir Assoc 2026:106080.
https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2025.106080

238. Gualano MR, Corradi A, Voglino G, Catozzi D, Olivero E, Corezzi M, et al. Healthcare Workers' (HCWs) attitudes towards mandatory influenza vaccination: a systematic review and meta-analysis. Vaccine 2021;39(6):901-14.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.061

239. Action Plan in Science in Society in Epidemics and Total Pandemics. Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe. Brussels: ASSET; 2016.
https://www.asset-scienceinsociety.eu/reports/pdf/asset_dataviz_I.pdf

240. Ministère des solidarités et de la santé. Premier bilan annuel des obligations vaccinales du nourrisson. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/274980.pdf

241. Sabbatucci M, Odone A, Signorelli C, Siddu A, Maraglino F, Rezza G. Improved temporal trends of vaccination coverage rates in childhood after the Mandatory Vaccination Act, Italy 2014-2019. J Clin Med 2021;10(12):2540.
https://dx.doi.org/10.3390/jcm10122540

242. Frederick J, Brown AC, Cummings DA, Gaydos CA, Gibert CL, Gorse GJ, et al. Protecting healthcare personnel in outpatient settings: the influence of mandatory versus nonmandatory influenza vaccination policies on workplace absenteeism during multiple respiratory virus seasons. Infect Control Hosp Epidemiol 2018;39(4):452-61.
https://dx.doi.org/10.1017/ice.2018.9

243. Simberkoff MS, Rattigan SM, Gaydos CA, Gibert CL, Gorse GJ, Nyquist AC, et al. Impact of mandatory vaccination of healthcare personnel on rates of influenza and other viral respiratory pathogens. Infect Control Hosp Epidemiol 2022;43(9):1216-20.
https://dx.doi.org/10.1017/ice.2021.324

244. Fan J, Xu S, Liu Y, Ma X, Cao J, Fan C, et al. Influenza vaccination rates among healthcare workers: a systematic review and meta-analysis investigating influencing factors. Front Public Health 2023;11:1295464.
https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1295464

245. Lytras T, Kopsachilis F, Mouratidou E, Papamichail D, Bonovas S. Interventions to increase seasonal influenza vaccine coverage in healthcare workers: a systematic review and meta-regression analysis. Hum Vaccin Immunother 2016;12(3):671-81.
https://dx.doi.org/10.1080/21645515.2015.1106656

246. Pitts SI, Maruthur NM, Millar KR, Perl TM, Segal J. A systematic review of mandatory influenza vaccination in healthcare personnel. Am J Prev Med 2014;47(3):330-40.
https://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.035

247. Willis GA, Bloomfield L, Berry M, Bulsara C, Bulsara M, Chaney G, et al. The impact of a vaccine mandate and the COVID-19 pandemic on influenza vaccination uptake in Western Australian health care students. Vaccine 2022;40(39):5651-6.
https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.08.040

248. Meghani M, Garacci Z, Razzaghi H, de Perio MA, Laney AS, Kriss JL, et al. Influenza and COVID-19 vaccination coverage among health care personnel - United States, 2024-25 respiratory virus season. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2026;75(12):164-71.
https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7512a2

249. Hammer CC, Lyytikäinen O, Arifulla D, Toura S, Nohynek H. High influenza vaccination coverage among healthcare workers in acute care hospitals in Finland, seasons 2017/18, 2018/19 and 2019/20. Euro Surveill 2022;27(17):2100411.
https://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2022.27.17.2100411

250. Hämäläinen A, Patovirta RL, Mauranen E, Hämäläinen S, Koivula I. Support among healthcare workers for the new mandatory seasonal influenza vaccination policy and its effects on vaccination coverage. Ann Med 2021;53(1):384-90.
https://dx.doi.org/10.1080/07853890.2021.1889022

251. Karlsson LC, Garrison A, Holford D, Fasce A, Lewandowsky S, Taubert F, et al. Healthcare professionals' attitudes to mandatory COVID-19 vaccination: cross-sectional survey data from four European countries. Hum Vaccin Immunother 2023;19(2):2256442.
https://dx.doi.org/10.1080/21645515.2023.2256442

252. Verger P, Scronias D, Dauby N, Adedzi KA, Gobert C, Bergeat M, et al. Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. Euro Surveill 2021;26(3):2002047.
https://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.Es.2021.26.3.2002047

253. Bianchi FP, Cuscianna E, Rizzi D, Signorile N, Daleno A, Migliore G, et al. Impact of COVID-19 pandemic on flu vaccine uptake in healthcare workers in Europe: a systematic review and meta-analysis. Expert Rev Vaccines 2023;22(1):777-84.
https://dx.doi.org/10.1080/14760584.2023.2250437

254. Gur-Arie R, Davidovitch N, Rosenthal A. Intervention hesitancy among healthcare personnel: conceptualizing beyond vaccine hesitancy. Monash Bioeth Rev 2022;40(2):171-87.
https://dx.doi.org/10.1007/s40592-022-00152-w

255. Gur-Arie R, Jamrozik E, Kingori P. No jab, no job? Ethical issues in mandatory COVID-19 vaccination of healthcare personnel. BMJ Glob Health 2021;6(2):e004877.
https://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004877

256. Kung PJ, Chen CM, Lin EC, Shu BC, Tew Y, He J, et al. Ethical challenges around mandatory vaccination among nurses: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. Int J Nurs Stud 2026;175:105313.

https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105313

257. Tarantini C. Des soignants à l'épreuve des vaccins et de l'obligation. De la persuasion à la contrainte, penser l'éthique. Dans: Israel-Jost V, Weil-Dubuc PL, ed. Ethique vaccinale. Toulouse: Erès; 2023. p. 167-86.

258. Ward JK, Privault S, Touzet H, Le Breton A, Verger P, Peretti-Watel P. La recherche sur les aspects humains et sociaux de la vaccination en France depuis 2020. 1ère édition. Villejuif: CNRS-INSERM-ORS PACA; 2024.
https://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/rapport-icovac-fr-2024.pdf

259. Saleem M. Mandatory influenza immunisation for healthcare workers. J Coll Physicians Surg Pak 2023;33(5):590-1.
https://dx.doi.org/10.29271/jcpsp.2023.05.590

260. Sénat, Commission des affaires sociales, Deseyne C, Nadille S, Souyris A. Situation des Ehpad. Rapport d'information n° 778 (2023-2024). Paris: Sénat; 2024.
https://www.senat.fr/rap/r23-778/r23-77813.html

261. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Lévy M. Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux. Repères statistiques 2025;(24).

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail :

Collèges Nationaux de Professionnels et Sociétés savantes

Conseil National Professionnel de Gériatrie

Conseil National Professionnel des Maladie Infectieuses et Tropicales

Conseil National Professionnel de la Médecine du Travail

Conseil National Professionnel de Santé publique

Conseil National Professionnel de Biologie médicale

Collège de la Médecine générale

Conseil National Professionnel de la Pharmacie

Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs

Association nationale des Médecins coordonnateurs et du secteur médico-social

Conseil National Professionnel Infirmier

Conseil National Professionnel Aides-soignants

Collège de la Masso-kinésithérapie

Société Française d'Hygiène Hospitalière

Société de pneumologie de langue Française

Association nationale des DRH

Groupe de travail

Dr AHMINE Sabiha, Médecin gériatre, Lyon

Pr BIOY Xavier, Professeur de droit public, Toulouse

Dr BRUEL Sébastien, Médecin généraliste, Saint-Etienne

Dr CARAUX-PAZ Pauline, Médecin gériatre, Créteil

M. CHAUMEIL Claude, Usager du système de soins, Suresnes

Dr DIEUDONNE Boris, Pharmacien hygiéniste, Toulouse

Dr FRAISSE Thibaut, Médecin infectiologue, Alès

Dr KEITA PERSE Olivia, Médecin hygiéniste, Monaco

Dr LEPINE Samuel, Enseignant chercheur, Clermont-Ferrand

Dr LOCHON Caroline, Médecin du travail, Nantes

Dr MAUBOURGUET Nathalie, Médecin coordonnateur d'EHPAD, Biscarosse

Mme SOUYRI Valérie, Cadre de santé, Le Pré Saint-Gervais

Dr VAUX Sophie, Pharmacien épidémiologiste, Saint-Maurice

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AD-PA	Association des directeurs au service des personnes âgées
AEFI	Évènements indésirables post-immunisation
AMSTAR II	Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques
ANDRH	Association nationale des directeurs des ressources humaines
ARN	Acide ribonucléique
ARS	Agence régionale de santé
ASSET	*Action plan in Science in Society in Epidemics and Total pandemics*
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP	Conseil national professionnel
CNR	Centre national de référence
CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
CSP	Code de la santé publique
CTV	Commission technique de la vaccination
CV	Couverture vaccinale
DGS	Direction générale de la Santé
DROM	Départements et régions d'outre-mer
DUMG	Départements universitaires de médecine générale
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
EPI	Équipement de protection individuelle
ES	Établissement de santé
ESMS	Établissement(s) social(aux) et médico-social(aux)
EV	Efficacité vaccinale

EVI	Efficacité vaccinale indirecte
EVr	Efficacité vaccinale relative
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FFAMCO	Fédération française des associations de médecins coordonnateurs
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNAPAEF	Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles
FNESP	Fédération nationale des établissements de santé de proximité
GERES	Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux
GMT	Moyenne géométrique des titres des anticorps
HAD	Hospitalisation à domicile
HAI	*Hemagglutination Inhibition Assay*
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HD	Haute dose
HR	*Hazard Ratio*
IDM	Infarctus du myocarde
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRA	Infections respiratoires aiguës
IRR	*Incidence Rate Ratio*
MECIR	*Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews*
NA	Non applicable
NPI	Mesures non pharmaceutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	*Odds Ratio*
ORION	*Outbreak Reports and Intervention Studies Of Nosocomial Infection*
OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
OV	Obligation vaccinale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PS	Professionnels de santé
PSUSA	*Periodic Safety Update Report Single Assessment*

RELAB	Réseaux de laboratoires privés
RENAL	Réseau national des laboratoires hospitaliers de surveillance
RFID	*Radio Frequency Identification*
RR	Risque relatif
RSMA	Revue systématique avec méta-analyse
Rt	Taux de reproduction effectif
RT-PCR	*Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*
SD	Dose standard
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
SFST	Société française de santé au travail
SLD	Soins de longue durée
SpF	Santé publique France
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – juillet 2026 – ISBN : 978-2-11-179639-3