



Maladies transmissibles

«Ahead of Epub» (Bulletin OFSP)

Recommandation pour la vaccination contre le COVID-19 : mise à jour 2026

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

État au 28 septembre 2026.

Les modifications importantes par rapport à la dernière version du 16 septembre 2024 sont surlignées en bleu.



Version du	Version précédente	Modifications par rapport à la version précédente
28.09.2026	16.09.2024	• Période recommandée pour la vaccination saisonnière (dose unique) : la période recommandée jusqu'à présent, à savoir en automne/hiver (idéalement entre mi-octobre et décembre), a été adaptée comme suit en raison de l'évolution épidémiologique : la vaccination est recommandée en automne (dès septembre). Si la vaccination n'a pas encore été effectuée, elle devrait être rattrapée en cours de saison. • Femmes enceintes sans maladie sous-jacente : la vaccination contre le COVID-19 n'est plus recommandée à toutes les femmes enceintes. Elle n'est recommandée aux femmes enceintes sans maladie sous-jacente que si elle est jugée médicalement indiquée après une évaluation individuelle du rapport bénéfices/risques. • Femmes enceintes présentant une maladie sous-jacente : l'OMS liste une série de conditions préexistantes, qui augmentent le risque de forme grave de COVID-19 ; celle-ci s'applique aux femmes enceintes. • Personnes < 16 ans présentant une immunodéficience sévère (non encore vaccinées ou ayant subi une greffe de cellules souches) : la primovaccination n'est désormais plus recommandée.

Table des matières

Table des matières	2
1 En bref : recommandations de vaccination contre le COVID-19.....	3
1.1 Évolution épidémiologique depuis la saison 2024/2025.....	3
1.2 Groupe cibles.....	3
1.3 Période de vaccination, schéma vaccinal et vaccins recommandés	3
2 Contexte et situation épidémiologique actuelle	4
2.1 Objectifs prioritaires de la vaccination contre le COVID-19.....	4
2.2 Situation immunologique de la population suisse	4
2.3 Évolution de la situation épidémiologique à partir de la saison 2024/2025	5
2.4 Motifs justifiant la vaccination contre le COVID-19.....	5
3 Vaccins à ARNm contre le COVID-19	6
3.1 Vaccins recommandés et autorisés	6
3.2 Immunogénicité et efficacité	7
3.3 Effets indésirables de la vaccination (EIV) et sécurité	8
3.4 Contre-indications et mesures de précaution	8
4 Groupes cibles pour la vaccination contre le COVID-19	9
4.1 Personnes âgées de ≥ 65 ans.....	9
4.2 Personnes présentant un risque élevé de forme grave de COVID-19.....	10
4.3 Femmes enceintes.....	10
4.4 Prise de position sans recommandation : personnel de santé et personnes qui voyagent ...	11
5 Recommandations pour les personnes présentant une immunodéficience sévère	12
5.1 Personnes présentant une immunodéficience sévère (sans transplantation de cellules souches)	12
5.2 Immunisation passive par anticorps monoclonaux pour les personnes présentant une immunodéficience sévère	13
5.3 Personnes ayant subi une transplantation de cellules souches.....	13
6 References	15
Annex 1. Liste de catégories : personnes qui présentent un risque élevé de forme grave de COVID-19 en raison d'une maladie préexistante	20
Impressum	22

1 En bref : recommandations de vaccination contre le COVID-19

1.1 Évolution épidémiologique depuis la saison 2024/2025

Le SARS-CoV-2 circule toujours et provoquera encore à l'avenir des infections et des cas de COVID-19 s'accompagnant, chez certaines personnes, d'un risque de complications et de formes graves de la maladie.

Un schéma saisonnier de circulation du SARS-CoV-2 s'est dessiné en Suisse ces deux dernières années : augmentation des cas à la fin de l'été, pics à la fin de l'automne et à la fin de l'année (voir les rapports annuels sur les virus respiratoires 2024/2025 [1] et 2025/2026 [2] ; ce dernier sera publié prochainement). En Allemagne, en 2024 et 2025, les pics saisonniers d'hospitalisations dues au COVID-19 ont été observés en octobre et à la mi-décembre [3]. On ignore à l'heure actuelle à quel moment le pic des hospitalisations a été atteint en Suisse en 2024 et 2025. Il n'existe pas de données récentes sur les hospitalisations liées au COVID-19 au cours des deux dernières années. Selon toute vraisemblance, le pic est survenu dans un laps de temps similaire à celui observé récemment en Allemagne.

Par conséquent, la vaccination saisonnière est désormais recommandée en automne **dès septembre** (auparavant automne/hiver, idéalement entre mi-octobre et décembre), voir chapitre 1.3.

1.2 Groupe cibles

L'OFSP et la CFV recommandent la vaccination contre le COVID-19 pour les groupes suivants :

- **toute personne de ≥ 65 ans**, en tant que vaccination complémentaire pour une protection individuelle contre le risque accru d'évolution défavorable de la maladie lié à l'âge ;
- **personnes de ≥ 16 ans présentant un risque élevé de développer une forme grave de COVID-19** en raison d'une maladie préexistante (voir annexe 1) ¹ ou d'une trisomie 21 ;
- **femmes enceintes atteintes d'une maladie préexistante selon la définition de l'OMS²** augmentant le risque de développer une forme grave de COVID-19 ;
- **femmes enceintes sans maladie préexistante, uniquement dès** lors que la vaccination est jugée médicalement indiquée après évaluation individuelle du rapport bénéfice-risque.

Pour toutes les autres personnes sans facteurs de risque, il n'est pas recommandé de se faire vacciner contre le COVID-19, car il n'existe pratiquement aucun risque de développer une forme grave de la maladie. Le personnel de santé peut se faire vacciner contre le COVID-19 sans que l'OFSP et la CFV formulent de recommandation pour ce groupe.

1.3 Période de vaccination, schéma vaccinal et vaccins recommandés

- Une dose saisonnière unique de vaccin est recommandée **en automne (dès septembre)**. Le cas échéant, un rattrapage vaccinal devrait avoir lieu durant la saison.
 - Pour les personnes âgées de ≥ 16 ans présentant une immunodéficience sévère, il convient de respecter des recommandations spécifiques concernant la vaccination saisonnière, notamment en ce qui concerne le choix du moment de la vaccination (voir chapitre 5.1).

¹ La primovaccination contre le COVID-19 n'est désormais plus recommandée pour les personnes de moins de 16 ans présentant une immunodéficience sévère qui n'ont pas encore été vaccinées contre le COVID-19 ou qui ont subi une greffe de cellules souches.

² Maladies cardio-vasculaires chroniques, maladies respiratoires chroniques, maladies rénales chroniques, maladies hépatiques chroniques, diabète, obésité, maladies neurologiques et maladies affaiblissant le système immunitaire [4].

- La vaccination annuelle est recommandée indépendamment du nombre de doses de vaccin contre le COVID-19 reçues et d'infections par le SARS-CoV-2 contractées.
- Elle doit avoir lieu au plus tôt six mois après la dernière dose de vaccin contre le COVID-19 ou la dernière infection par le SARS-CoV-2 documentée.
- Pour la vaccination saisonnière (dose unique), un vaccin à ARNm adapté aux variants circulants du virus SARS-CoV-2 est recommandé de préférence. Les vaccins à ARNm disponibles actuellement, *Comirnaty*[®] et *Spikevax*[®], sont tous deux recommandés de façon équivalente.
- Schéma vaccinal spécifique pour les personnes âgées de ≥ 16 ans ayant subi une greffe de cellules souches (GCS) : quel que soit le statut immunitaire, une primovaccination avec un schéma « 3+1 » est recommandée après une GCS (pour plus de détails, voir le chapitre 5.3). Les vaccins à ARNm actuellement disponibles sont recommandés à titre équivalent, à l'exception des personnes âgées de 16 à 29 (*Comirnaty*[®] demeure recommandé).

2 Contexte et situation épidémiologique actuelle

Après la détection du premier cas de COVID-19 en décembre 2019, le *severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2* (SARS-CoV-2) a été prédominant dans le contexte épidémiologique international au cours des années suivantes et a entraîné plusieurs vagues pandémiques avec l'apparition de nouveaux variants du virus. Le 5 mai 2023, après plus de trois ans de pandémie, l'OMS a déclaré que le COVID-19 ne constituait plus une urgence de santé publique de portée internationale [5]. Pendant la pandémie, la Confédération et les cantons ont assuré l'approvisionnement en vaccins et la facturation des vaccinations contre le COVID-19. Depuis le 1^{er} juillet 2024, la vaccination contre le COVID-19 a été transférée aux structures ordinaires des vaccinations. Il est ainsi possible pour les professionnels de la santé de se procurer les vaccins par l'intermédiaire des titulaires d'autorisations et de leurs partenaires distributeurs, le financement étant fondé sur la liste des spécialités et régi par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.

La situation épidémiologique en Suisse s'est considérablement apaisée (voir chap. 2.3) ; toutefois, le SARS-CoV-2 est toujours en circulation et provoquera encore à l'avenir des infections et des cas de COVID-19 s'accompagnant, chez certaines personnes, d'un risque de complications et de formes graves de la maladie.

2.1 Objectifs prioritaires de la vaccination contre le COVID-19

En Suisse, sur la base du document « COVID-19 : stratégie de vaccination » [6], l'objectif prioritaire de la recommandation de vaccination reste de diminuer le fardeau de la maladie, notamment des formes graves et des cas mortels de COVID-19. Dans ce contexte, il s'agit de protéger en particulier les personnes qui font face à un risque élevé, en raison de leur âge, d'une maladie préexistante ou d'autres facteurs, de développer une forme sévère de COVID-19 ou de souffrir de complications en cas d'infection par le SARS-CoV-2.

2.2 Situation immunologique de la population suisse

Les données de l'étude *Corona Immunitas* sur la séroprévalence ont montré qu'au printemps et en été 2022 (soit après la vaccination de la majorité de la population et plusieurs vagues pandémiques), plus de 98 % de la population suisse avait des anticorps anti-SARS-CoV-2 [7, 8]. En d'autres termes, presque toutes les personnes sont vaccinées contre le COVID-19 et/ou ont guéri de la maladie, et leur système immunitaire a donc été exposé au SARS-CoV-2.

Avec la variabilité génétique du SARS-CoV-2, on observe l'émergence de nouveaux variants du virus. L'écart temporel avec les vaccinations précédentes augmentant, la protection vaccinale acquise diminue. De plus, comme la différence entre le variant viral du vaccin et le variant viral en circulation

réduit la protection, les rappels avec le vaccin adapté sont toujours considérés comme utiles pour les personnes présentant un risque accru de développer une forme grave de la maladie.

2.3 Évolution de la situation épidémiologique à partir de la saison 2024/2025

Saisonnalité : un schéma saisonnier de circulation du SARS-CoV-2 s'est dessiné en Suisse ces deux dernières années : augmentation des cas à la fin de l'été, pics à la fin de l'automne et à la fin de l'année (voir les rapports annuels sur les virus respiratoires 2024/2025 [1] et 2025/2026 [2] ; ce dernier sera publié prochainement).

En Allemagne, en 2024 et 2025, les pics saisonniers d'hospitalisations dues au COVID-19 ont été observés en octobre et à la mi-décembre [3]. On ignore à l'heure actuelle à quel moment le pic des hospitalisations a été atteint en Suisse en 2024 et 2025. Il n'existe pas de données récentes sur les hospitalisations liées au COVID-19 au cours des deux dernières années. Selon toute vraisemblance, le pic est survenu dans un laps de temps similaire à celui observé récemment en Allemagne.

La vaccination saisonnière contre le COVID-19 est donc recommandée en automne (dès septembre).

Fardeau de la maladie : durant la saison 2025/2026, les taux de positivité du SARS-CoV-2 parmi les consultations ambulatoires pour infections respiratoires aiguës IRA et «*Influenza-like illness*» ILI (Sentinella), de même que les taux de déclaration du SARS-CoV-2 en laboratoire, ont diminué en Suisse par rapport aux années précédentes (voir le rapport annuel sur les virus respiratoires 2025/2026 [2]). Une baisse du nombre d'hospitalisations dues au COVID-19 et de l'incidence s'observe, saison après saison (2023/2024 et 2025/2026), également à l'international (p. ex. en Allemagne [3]) ces dernières années, et ce, dans tous les groupes d'âge.

Variants en circulation : la surveillance des eaux usées réalisée en Suisse durant la saison 2025/2026 a permis de détecter principalement le variant XFG du virus SARS-CoV-2. Ce variant est issu de la recombinaison de deux sous-variants précédents d'Omicron, L.F.7 et LP.8.1.2. L'OMS le classifie comme un variant sous surveillance (variant under monitoring, VUM), mais juge le risque d'échappement immunitaire faible, comparable à celui de JN.1 [9]. Le variant BA.3.2 circulait également à la fin de la saison ; classifié lui aussi comme VUM, il présente un certain risque d'échappement immunitaire comparé à d'autres variants circulant à la même période [10]. La présence dans une moindre mesure des variants KP.2, KP.3, LP.8, NB.1.8.1 et XEC a également été mise en évidence. Par ailleurs, le variant JN.1 a été détecté dans quelques échantillons cliniques provenant du système Sentinella. Rien ne laisse à penser qu'une infection par les sous-variants XFG ou BA.3.2 entraînerait une forme de la maladie plus grave qu'une infection par les sous-variants précédents d'Omicron [9, 11].

Le variant XFG a été sélectionné comme antigène pour les vaccins contre le COVID-19 de la saison 2026/2027 (voir chapitre 3.1).

2.4 Motifs justifiant la vaccination contre le COVID-19

La large exposition immunologique à des antigènes du SARS-CoV-2 et l'apparition de variants qui déclenchent des maladies plutôt bénignes par rapport aux variants précédents [12] ont entraîné une réduction du fardeau de la maladie, y compris en Suisse [2, 13]. Le contexte est donc très différent des années de pandémie 2020 et 2021 : pour les personnes sans facteurs de risque, la probabilité d'une forme sévère de la maladie est très faible.

Certains groupes de personnes présentent, en raison de leur âge ou de facteurs de risque cliniques, un risque nettement plus élevé que la population générale de développer une forme grave de COVID-19. En outre, la protection vaccinale contre les formes graves de la maladie peut être moins bonne chez eux et, selon les facteurs de risque (p. ex. âge avancé), diminuer plus rapidement. La vaccination améliore la protection pendant environ six mois contre les formes graves, notamment celles qui entraîneraient une hospitalisation [14–17].

Les personnes âgées de < 65 ans sans facteurs de risque sont protégées contre les formes graves, y compris celles qui entraînent une hospitalisation, grâce à l'immunité hybride existante (voir chap. 2.2). La vaccination n'a donc pratiquement aucune influence sur le fardeau de la maladie au sein de ce groupe de population.

La vaccination offre une bonne protection contre les formes graves de COVID-19, mais ne protège que faiblement contre l'infection elle-même et les formes symptomatiques bénignes de la maladie. Qui plus est, cette protection contre toutes les formes bénignes diminue nettement plus vite que la protection contre les formes graves [14]. [La majorité des études disponibles sur la transmission du virus par les personnes vaccinées montre que la vaccination protège peu contre cette transmission \[18–20\].](#)

Pour ces raisons, et compte tenu du contexte décrit au chapitre 2.2, l'OFSP et la CFV recommandent la vaccination contre le COVID-19 uniquement aux personnes présentant un risque élevé de développer une forme grave de COVID-19, répertoriées au chapitre 4.

3 Vaccins à ARNm contre le COVID-19

3.1 Vaccins recommandés et autorisés

La CFV et l'OFSP recommandent de vacciner de préférence **avec des vaccins à ARNm adaptés aux variants circulants** afin de garantir la meilleure protection possible contre les formes graves de COVID-19 pour la saison en cours. Il est attendu que, chaque automne, les vaccins soient adaptés aux variants du SARS-CoV-2 (ou aux variants dont ils sont issus) supposés prédominer en Suisse pendant la saison d'hiver.

Sur base des informations disponibles concernant les caractéristiques des vaccins (voir chapitre 3.2 et 3.3), **la recommandation suivante** s'applique aux vaccins à ARNm actuellement disponibles, **en fonction du nombre de doses recommandées et de l'âge** :

- **Dose unique saisonnière** (toutes les personnes âgées de ≥ 16 ans) : *Spikevax*[®] ou *Comirnaty*[®] (équivalents)
- **Primovaccination** (schéma de vaccination « 3+1 ») **après une greffe de cellules souches** :
 - Personnes âgées de ≥ 30 ans : *Spikevax*[®] ou *Comirnaty*[®] (équivalents)
 - Personnes âgées de 16 à 29 ans : *Comirnaty*[®].

[Pour la saison 2026/2027, plusieurs autorités internationales \[21–23\] ont recommandé l'utilisation du variant XFG du virus SARS-CoV-2 comme antigène dans les vaccins contre le COVID-19. La surveillance des eaux usées réalisée en Suisse durant la saison 2025/2026 a permis de détecter principalement ce variant \[2\]. Le chapitre 2.3 donne plus d'informations sur les virus en circulation.](#)

Ci-après se trouvent des informations concernant les vaccins autorisés, disponibles et recommandés en Suisse au moment de la publication (28.9.2026) pour une immunisation active en vue de prévenir le COVID-19. Depuis le transfert de la vaccination aux structures ordinaires le 1^{er} juillet 2024, les professionnels de la santé peuvent se procurer les vaccins par l'intermédiaire des titulaires des autorisations et de leurs partenaires distributeurs. Les indications fournies par Swissmedic sont déterminantes pour les autorisations (www.swissmedicinfo.ch).

En [septembre 2026](#), les vaccins à ARNm autorisés et [\(encore\) disponibles en Suisse](#) sont les suivants :

- ***Comirnaty*[®] XFG (autorisé depuis l'été 2026)** : ce vaccin contient, par dose, 30 µg d'ARN messager modifié par des nucléosides (ARNm) qui code pour la protéine Spike du sous-variant XFG du SARS-CoV-2. Swissmedic a autorisé [la primovaccination \(immunisation de base\) avec deux doses ainsi que](#) la vaccination de rappel (au minimum six mois après la dernière dose d'un vaccin contre le COVID-19) pour les personnes à partir de 12 ans. [Conformément aux recommandations nationales, les personnes de \$\geq 12\$ ans présentant une immunodéficience sévère peuvent recevoir des doses supplémentaires de *Comirnaty* XFG.](#)
- ***Spikevax*[®] XFG (autorisé depuis l'été 2026)** : ce vaccin contient, par dose, 50 µg d'ARNm modifié par des nucléosides qui code pour la protéine Spike du sous-variant XFG du SARS-CoV-2.

Swissmedic a autorisé une dose de vaccin contre le COVID-19 (au minimum trois mois après la dernière dose) pour les personnes de ≥ 12 ans, qu'elles soient déjà vaccinées ou non. Pour les personnes immunodéprimées de ≥ 12 ans (vaccinées ou non), le rappel au moyen d'une ou de plusieurs doses est autorisé au moins deux mois après la dernière dose d'un vaccin COVID-19.

- **Comirnaty® LP.8.1** (autorisé depuis août 2025, encore disponible pour une courte durée seulement) : ce vaccin contient, par dose, 30 µg d'ARNm modifié par des nucléosides qui code pour la protéine Spike du sous-variant LP.8.1 du SARS-CoV-2 (variant de l'antigène vaccinal pour la saison 2025/2026). Voir plus haut pour plus d'informations sur l'autorisation.

Aucun vaccin contre le COVID-19 n'est actuellement autorisé en Suisse pour les enfants de < 12 ans.

3.2 Immunogénicité et efficacité

Les études réalisées en vue de l'autorisation de mise sur le marché et de nombreuses études observationnelles ont montré que les vaccins contre le COVID-19 utilisés en Suisse présentaient, de manière générale, une très bonne immunogénicité et une grande efficacité contre le SARS-CoV-2 d'origine (virus de type sauvage) [24].

En réponse à l'apparition et à la propagation des sous-variants d'Omicron, des vaccins adaptés ont été développés ; ils offrent une meilleure protection que les vaccins initiaux contre les nouveaux variants. L'autorisation des nouveaux vaccins adaptés se fonde sur l'efficacité observée de la composition précédente du vaccin et sur les données précliniques concernant la formation d'anticorps neutralisant le virus.

Dans plusieurs études observationnelles, les vaccins adaptés au LP.8.1 pour la saison 2025/2026 ont montré, après un rappel, une réponse en anticorps neutralisants contre LP.8.1 et contre un spectre de variants, y compris XFG (l'antigène vaccinal choisi pour la saison 2025/2026) [25, 26]. Les données issues de modèles animaux montrent qu'un vaccin contre le COVID-19 adapté au XFG a provoqué une forte réponse immunitaire contre les variants du SARS-CoV-2 alors en circulation, dont XFG, XFG.1.1 et NB.1.8.1 [27].

La protection vaccinale contre les infections, généralement bénignes, est principalement conférée par des anticorps neutralisants. Elle dépend donc beaucoup plus de la concordance entre le variant viral utilisé dans le vaccin et celui qui circule que la protection contre les formes graves de la maladie. En effet, cette dernière, y compris la prévention des hospitalisations, est essentiellement induite par la réponse des cellules T et la mémoire immunologique réactivée, qui garantissent une protection croisée entre les variants.

Prévention des formes graves : les preuves issues d'études observationnelles réalisées dans plusieurs pays montrent qu'à l'automne 2025, la vaccination a encore permis d'augmenter le niveau de protection des personnes âgées et des personnes présentant une maladie préexistante contre les formes graves du COVID-19, y compris celles qui entraînent une hospitalisation [15, 16, 28, 29]. Dans la plupart des études, on a observé à cet égard une protection contre les formes graves de 40 à 60 % supérieure à celle des personnes n'ayant pas reçu de doses de vaccin supplémentaires (*incremental vaccine efficacy*). Le renforcement de la protection assurée par la vaccination dépend de l'intervalle séparant cette dernière de la précédente dose de vaccin : plus cette dernière est ancienne, plus la protection supplémentaire assurée par une nouvelle dose est importante [30]. Ce phénomène s'explique par la baisse, au fil du temps, de la protection immunitaire résultant d'une vaccination ou d'une infection. Les données disponibles permettent de supposer que la vaccination protège pendant six mois contre les formes graves de COVID-19 : la protection est toutefois plus élevée au cours des trois premiers mois après la vaccination qu'après des intervalles > 3 mois. Cela vaut tout particulièrement pour les personnes présentant une immunodéficience [15, 29].

Maladie post-COVID-19 : La vaccination peut également réduire le risque de maladie post-COVID-19. Des données relevées en Suisse entre août 2020 et février 2022 montrent qu'après une infection par le variant Omicron, les personnes vaccinées risquent nettement moins d'être atteintes d'une

affection post-COVID-19 que les personnes non vaccinées après une infection par le SARS-CoV-2 de type sauvage [31]. L'étude en question montre que, pour les personnes non vaccinées, ce risque est aussi élevé après une infection par le variant Omicron qu'après une infection par le variant Delta ou par le SARS-CoV-2 de type sauvage. [Dans d'autres études internationales, le risque de développer une affection post-COVID-19 ou un COVID long après une infection par le variant Omicron s'est avéré bien plus faible qu'après une infection par des sous-variants précédemment en circulation \[32, 33\]. La vaccination confère une certaine protection contre l'apparition de symptômes associés au COVID long après une infection par des sous-variants d'Omicron : une revue systématique et une méta-analyse réalisées en 2025 indiquent une réduction du risque de 20 à 30 % selon l'étude \[34\].](#)

Des informations complémentaires concernant l'immunogénicité et l'efficacité des vaccins contre le COVID-19 [depuis le début de la pandémie jusqu'en octobre 2023](#) sont disponibles dans les directives et recommandations pour la vaccination contre le COVID-19 [35].

3.3 Effets indésirables de la vaccination (EIV) et sécurité

La sécurité et la tolérance des vaccins à ARNm contre le COVID-19, [disponibles en Suisse entre 2020 et 2025](#), ont été démontrées dans le cadre d'études pour l'autorisation de mise sur le marché et de nombreuses études observationnelles [menées sur des adultes \[24, 36\] et des adolescent-e-s \[36–40\]. Les études observationnelles n'ont pas mis en évidence d'augmentation du taux d'effets indésirables chez l'adulte avec les vaccins adaptés aux variants et disponibles ces dernières années en Suisse \(XBB.1.5 \[41\], JN.1 \[42\], LP.8.1 \[26\]\).](#)

Les systèmes de surveillance mis en place après la mise sur le marché des vaccins à ARNm, dès la fin 2020, ont permis d'identifier un risque accru de myocardite ou de péricardite après l'une des trois premières doses de vaccin à ARNm [24, 36]. Le risque relatif après la vaccination restait toutefois significativement inférieur au risque de myocardite ou de péricardite après une infection par SARS-CoV-2. Les facteurs de risque identifiés incluaient le fait d'être de sexe masculin, le jeune âge (entre 12 et 29 ans), les intervalles courts entre la première et la deuxième dose (< 30 jours) et le dosage d'antigène plus élevé du *Spikevax*[®] (100 µg) par rapport au *Comirnaty*[®] pour la primovaccination. Plus aucune différence en termes d'incidence de la myocardite n'a été constatée entre les deux vaccins après la première vaccination de rappel chez les adultes [24, 36]. Cela pourrait s'expliquer par l'intervalle de temps plus long entre les doses de vaccin, ainsi que par le dosage réduit à 50 µg utilisé pour le rappel avec *Spikevax*[®].

[Pour les vaccins *Spikevax*[®] et *Comirnaty*[®] adaptés aux variants de la saison 2023/2024 \(XBB.1.5 \[41\]\) et 2024/2025 \(JN.1, \[42\]\), il a été démontré qu'une dose unique n'augmentait pas le risque de myocardite chez les adultes. On ignore si le risque de myocardite associé à *Spikevax*[®] avec la posologie de 50 µg \(adaptée aux variants\) chez les jeunes adultes, dans le cadre d'un schéma à 4 doses \(« 3+1 »\) pour la primovaccination, est accru ou non par rapport à *Comirnaty*[®].](#)

3.4 Contre-indications et mesures de précaution

Contre-indications

- Anaphylaxie ou réaction allergique généralisée : une sensibilisation connue ou probable de type immédiate aux composants du vaccin – polyéthylène glycol (PEG, macrogol) ou trométhamine / trométamol (TRIS) – constitue au moins une contre-indication relative à l'administration du vaccin (voir les [informations professionnelles](#) pour des précisions concernant les composants du vaccin). Pour les personnes qui présentent des antécédents correspondants avérés ou suspects, ainsi que pour celles qui présentent une anaphylaxie grave (grade III-IV) d'origine incertaine ou non investiguée ou une anaphylaxie idiopathique, un examen ou une consultation par un spécialiste en allergologie et en immunologie clinique est recommandé.

Mesures de précaution

- Myocardite/péricardite après une dose de vaccin : dans un tel cas, les experts recommandent de reporter l'administration de doses de vaccin supplémentaires [43]. L'administration d'une

dose supplémentaire peut être envisagée après consultation d'un spécialiste incluant une analyse risque-bénéfice individuelle. À cet égard, le risque individuel de développer une forme grave et aiguë du COVID-19 et le risque d'exposition au SARS-CoV-2 doivent être pris en considération.

- En cas de maladie fébrile aiguë, la vaccination est reportée.
- En cas de réaction allergique, du personnel de santé formé ayant un accès direct à l'équipement d'urgence, y compris l'adrénaline, est présent et assure une surveillance pendant 15 minutes au minimum sur le site de vaccination juste après l'injection. Si la première dose a été bien tolérée, une surveillance de cinq minutes après la nouvelle dose est suffisante.
- Avant la première dose de vaccin : chez les personnes ayant des antécédents d'anaphylaxie à d'autres vaccins, qui présentent des allergies sévères aiguës ou une mastocytose systémique ou cutanée dans l'anamnèse, une clarification est effectuée conformément au chapitre 6 des « directives et recommandations pour la vaccination contre le COVID-19 » (état au 2.10.2023) [35].
- Avant les doses suivantes : clarifier si des EIV sont survenues après des doses antérieures.
- Il n'est pas nécessaire de respecter un intervalle de temps minimal entre l'administration d'un vaccin contre le COVID-19 et celle d'autres vaccins, comme pour tous les autres vaccins inactivés. Ainsi, l'administration concomitante du vaccin contre la grippe est possible.

4 Groupes cibles pour la vaccination contre le COVID-19

La vaccination est recommandée pour les personnes qui présentent un risque élevé de développer une forme grave de COVID-19.

Concernant ces personnes vulnérables, des vaccinations complémentaires sont recommandées pour les personnes auxquelles, en raison de leur âge, la vaccination confère une protection individuelle contre les formes graves de la maladie, ainsi que pour les groupes à risque accru de complications comparé à la population générale du même âge.

La vaccination contre le COVID-19 est donc recommandée à titre complémentaire pour les personnes âgées de ≥ 65 ans. La vaccination est également recommandée pour les groupes à risque suivants : personnes âgées de ≥ 16 ans qui présentent une maladie préexistante figurant dans la liste des catégories de l'annexe 1, personnes âgées de ≥ 16 ans atteintes de trisomie 21 et femmes enceintes présentant une maladie préexistante selon la définition de l'OMS (voir chap. 4.3).

4.1 Personnes âgées de ≥ 65 ans

La vaccination saisonnière contre le COVID-19 avec une dose unique est recommandée pour les personnes âgées de ≥ 65 ans en tant que vaccination complémentaire pour leur protection individuelle contre une forme grave de COVID-19. Un intervalle de six mois suivant la dernière dose de vaccin contre le COVID-19 ou la dernière infection connue par le SARS-CoV-2 doit être respecté. Les personnes âgées de ≥ 65 ans présentent, en raison de leur âge, un risque accru de développer une forme grave de la maladie.

Durant la saison 2025/2026, tout comme les années précédentes, la plupart des cas de SARS-CoV-2 rapportés par les laboratoires concernaient le groupe d'âge des > 64 ans [2]. Le taux de déclaration des ≥ 65 ans était toutefois plus faible que les années passées. Aucune donnée relative aux hospitalisations dues au COVID-19 n'est encore disponible pour les années 2024 et 2025 en Suisse. Des données internationales plus récentes montrent que le fardeau de la maladie a encore diminué depuis 2024 grâce à l'immunité de la population, mais que les groupes d'âge les plus avancés restent les plus touchés par les formes graves de la maladie [3, 4].

4.2 Personnes présentant un risque élevé de forme grave de COVID-19

Les personnes qui présentent, par rapport à la population générale du même âge, un risque plus élevé de contracter une forme grave de COVID-19 sont les suivantes :

- **personnes de ≥ 16 ans atteintes :**
 - **d'une ou de plusieurs maladies préexistantes** figurant dans la liste des catégories de l'annexe 1 ;
 - **de trisomie 21** ;
- **femmes enceintes présentant une maladie préexistante selon la définition de l'OMS** (voir chap. 3.3) ;
- **femmes enceintes sans maladie préexistante, uniquement** dès lors qu'un rapport bénéfice-risque individuel fait apparaître que la vaccination est médicalement indiquée.

L'administration d'une dose saisonnière d'un vaccin à ARNm adapté aux variants est recommandée pour toutes les personnes à risque à partir de l'âge de 16 ans, indépendamment du nombre de doses de vaccin contre le COVID-19 reçues et d'infections par le SARS-CoV-2 contractées. Elle doit avoir lieu au plus tôt six mois après la dernière dose de vaccin contre le COVID-19 ou la dernière infection connue par le SARS-CoV-2.

Femmes enceintes : le chapitre 4.3 donne des explications détaillées sur la vaccination contre le COVID-19.

Pour les personnes âgées de ≥ 16 ans présentant une immunodéficience sévère, il convient de respecter des recommandations spécifiques concernant la vaccination saisonnière, notamment en ce qui concerne le choix du moment de la vaccination (voir chapitre 5.1).

Après une greffe de cellules souches (GCS), une primovaccination en 4 doses (schéma « 3+1 ») est recommandée pour les personnes âgées de ≥ 16 ans. Des informations détaillées sur la vaccination contre le COVID-19 après une GCS figurent au chapitre 5.3.

4.3 Femmes enceintes

Des études montrent que les femmes enceintes ont un risque plus élevé de développer une forme sévère de COVID-19 et des complications de la grossesse [4, 44, 45] ; c'était le cas en particulier avec le variant Delta [46–48]. Ce risque reste élevé avec l'apparition des sous-variants Omicron [46–48], mais il est plus faible qu'avec les variants antérieurs, ce que confirme une étude de cohorte prospective franco-suisse [47]. Les femmes enceintes qui présentent des comorbidités restent à risque accru [4, 44, 45, 49, 50].

Avec l'apparition des variants Omicron, des études ont montré qu'une vaccination adaptée aux variants pendant la grossesse réduisait le risque, pour les femmes enceintes, de développer une forme grave de COVID-19 et des complications de la grossesse [51–54]. De nombreuses études établissent que la vaccination pendant la grossesse protège la personne enceinte, la grossesse et l'enfant à naître [36, 51, 54–56]. Elle permet aux anticorps de la personne enceinte d'être transmis au fœtus, ce qui représente une protection indirecte supplémentaire de l'enfant à naître contre le SARS-CoV-2 notamment [57].

Depuis le milieu de l'année 2023, peu d'études et de données de surveillance ont été publiées quant au fardeau que représentent, pour les femmes enceintes, les sous-variants d'Omicron alors en circulation. Aucune étude ne porte spécifiquement sur les femmes enceintes sans maladie préexistante. En Allemagne, le nombre de cas rapportés de femmes enceintes hospitalisées en raison du COVID-19 a été très faible entre 2023 et 2025 (2023 : $n = 35$, 2024 : $n = 18$, 2025 : $n = 5$) [3]. Compte tenu de la diminution du fardeau de la maladie ces dernières années, les commissions pour les vaccinations allemande et danoise ont par exemple décidé, en juillet 2026 [3] et en octobre 2025 [58]

respectivement, d'exclure les femmes enceintes en bonne santé des groupes cibles des recommandations de vaccination générales contre le COVID-19.

En revanche, selon une évaluation de mars 2026 du *Strategic Advisory Group of Experts* (SAGE) sur l'immunisation [4], l'OMS préconise d'envisager une recommandation de vaccination générale pour les femmes enceintes en tenant compte de la situation propre au pays. Les données encore non publiées dont dispose l'OMS pour les années 2023 à 2025 montrent manifestement qu'une infection durant la grossesse pendant la période de circulation d'Omicron avait encore augmenté le risque de forme grave de COVID-19, de complications de la grossesse et d'accouchement prématuré, moins toutefois que les variants précédents d'Omicron.

En raison de l'immunité préexistante au sein de la population (voir chap. 2.2) et du fardeau de la maladie plus faible avec les variants actuels du virus, le risque d'une évolution grave de la maladie chez les femmes enceintes et de complications de la grossesse liées au SARS-CoV-2 est considéré par la CFV et l'OFSP comme nettement plus faible que les années précédentes, **en particulier chez les personnes qui ne présentent pas de maladie préexistante.**

Compte tenu des preuves scientifiques disponibles et de l'évaluation de plusieurs groupes d'experts internationaux [3, 4, 58], **la CFV et l'OFSP recommandent la vaccination contre le COVID-19 avec un vaccin à ARNm idéalement à partir du deuxième trimestre (dès 12 semaines de grossesse) aux :**

- **femmes enceintes présentant une maladie préexistante** selon la définition de l'OMS [4] : **maladies cardio-vasculaires chroniques, maladies respiratoires chroniques, maladies rénales chroniques, maladies hépatiques chroniques, diabète, obésité, maladies neurologiques et maladies affaiblissant le système immunitaire ;**
- **femmes enceintes sans maladie préexistante, uniquement dès lors qu'un rapport bénéfice-risque individuel fait apparaître que la vaccination est médicalement indiquée.**

Il est recommandé d'administrer le vaccin à partir du deuxième trimestre de la grossesse, car le développement des organes du fœtus est en grande partie terminé à ce moment-là. La vaccination est en principe possible aussi au cours du premier trimestre de la grossesse et peut être effectuée à la demande de la personne enceinte. Des études montrent qu'une vaccination au premier trimestre est également sûre [59].

Des données scientifiques concernant la vaccination des femmes enceintes sont disponibles dans les « directives et recommandations pour la vaccination contre le COVID-19 » (état en octobre 2023) [35].

4.4 Prise de position sans recommandation : personnel de santé et personnes qui voyagent

Le **personnel de santé**³ peut se faire vacciner contre le COVID-19 ; toutefois, l'OFSP et la CFV ne formulent aucune recommandation pour ce groupe. En raison de l'immunité préexistante, les personnes sans facteurs de risque sont exposées à un très faible risque de développer une forme sévère de la maladie. La vaccination n'offre à ces personnes qu'une protection faible et de courte durée contre les infections à évolution bénigne. Aucune protection vaccinale significative n'est attendue contre la transmission. En revanche, on s'attend à un effet plus important sur la transmission grâce notamment à des mesures non pharmaceutiques, par exemple l'utilisation de masques. Si une vaccination contre le COVID-19 est nécessaire pour voyager, on peut appliquer le schéma de vaccination conformément à l'autorisation. Ce motif de vaccination ne fait pas partie des recommandations de vaccination formulées par l'OFSP et la CFV.

³ Pour la vaccination contre le COVID, il s'agit en particulier du personnel médical et infirmier, de toutes les personnes travaillant dans le domaine paramédical et du personnel des établissements médico-sociaux, y compris les étudiants et les stagiaires.

Toutes les personnes peuvent se faire vacciner contre le COVID-19 si, après évaluation et décision individuelles, elles souhaitent réduire quelque peu le risque d'infection et si le vaccin est prescrit par un médecin, respectivement administré en pharmacie. Si la vaccination n'est pas recommandée, elle n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

5 Recommandations pour les personnes présentant une immunodéficience sévère

5.1 Personnes présentant une immunodéficience sévère (sans transplantation de cellules souches)

Les personnes [de ≥ 16 ans](#) présentant un système immunitaire considérablement affaibli (immunodéficience sévère) risquent également de contracter une forme grave de la maladie. La déficience immunitaire peut être congénitale, acquise ou causée par des médicaments immunosuppresseurs (p. ex. chimiothérapie, traitement de maladies auto-immunes ou à la suite d'une transplantation d'organe solide). Ces personnes ont un risque nettement plus important que d'autres personnes du même âge de développer une forme grave du COVID-19 et leur réponse immunitaire au vaccin peut être limitée, ce dont il faut tenir compte pour le choix du moment de la vaccination.

[Les enfants et les adolescents atteints d'un déficit immunitaire sévère ne sont plus considérés comme des personnes présentant un risque accru de développer une forme grave de COVID-19, quel que soit leur statut vaccinal. Selon l'avis des experts et les retours des grands centres pédiatriques suisses, les formes graves de COVID-19 ne sont plus observées que très rarement au sein de ce groupe de personnes.](#)

5.1.1 Définition de l'immunodéficience sévère (sans TCS)

Sont considérées comme présentant une immunodéficience sévère les personnes [de ≥ 16 ans](#) qui, pendant la saison du SARS-CoV-2, reçoivent l'un des traitements immunosuppresseurs sévères suivants ou sont atteintes de l'une des maladies suivantes :

- traitement de déplétion des cellules B (p. ex. rituximab, ocrelizumab, cyclophosphamide) ;
- chimiothérapie à forte dose ;
- corticothérapie ≥ 20 mg par jour d'équivalent prednisolone pendant plus de deux semaines ;
- thérapie combinée de médicaments immunosuppresseurs ;
- autres traitements conduisant à une immunosuppression sévère (p. ex. mycophénolate, ciclosporine, inhibiteur de Janus kinase).

Il en va de même pour les :

- personnes ayant subi ou devant subir une transplantation d'organe solide ;
- personnes atteintes d'une immunodéficience congénitale entraînant un déficit des cellules B et T (p. ex. déficit immunitaire commun variable : DICK, lymphocytopénie isolée de CD4) ;
- personnes avec une infection à VIH et un nombre de cellules CD4⁺ < 200/μl ;
- personnes sous dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) ;
- personnes atteintes d'autres maladies entraînant une immunodéficience de sévérité comparable.

5.1.2 Choix du moment de la vaccination en cas d'immunodéficience sévère (sans TCS)

Concernant les personnes qui présentent une immunodéficience sévère, les mêmes recommandations que pour les autres vaccinations [s'appliquent pour la vaccination saisonnière contre le COVID-19 avec une dose unique](#) [60–65] :

- Les vaccinations doivent de préférence être effectuées pendant une phase stable de la maladie. De manière générale, l'immunosuppression doit être aussi faible que possible au moment de la vaccination, si le traitement de la maladie le permet.
- Si l'on prévoit chez une personne un traitement immunosuppresseur ou l'intensification d'un traitement immunosuppresseur existant, une vaccination préalable est recommandée. Il n'est pas nécessaire de respecter un intervalle de temps minimal entre la vaccination et le traitement, car il ne s'agit pas d'un vaccin vivant.
- En cas d'immunosuppression sévère temporaire ou de thérapie de déplétion des lymphocytes B, le moment idéal pour la vaccination doit être déterminé avec le spécialiste traitant en tenant compte du risque d'infection et de la réponse immunitaire attendue. Dans la mesure du possible, en cas de traitement de déplétion, le vaccin ne devrait pas être administré à un moment où les cellules B sont complètement supprimées. La vaccination peut toutefois conférer une protection partielle contre les formes graves de COVID-19 aux personnes dont les lymphocytes B sont supprimés, car une réponse des lymphocytes T peut être induite [66–68].

5.1.3 Schéma vaccinal pour les personnes présentant une immunodéficience sévère (excepté TCS)

Pour les personnes âgées de ≥ 16 ans présentant un déficit immunitaire sévère, la vaccination saisonnière avec une dose unique d'un vaccin à ARNm adapté aux variants est recommandée [en automne \(dès septembre\)](#), comme pour toutes les autres personnes présentant un risque accru de développer une forme grave de COVID-19 (voir chap. 1). [Une vaccination qui n'a pas encore été effectuée devrait être rattrapée au cours de la saison](#). La vaccination est indépendante du statut vaccinal ou du nombre d'infections confirmées par le SARS-CoV-2. Un délai de six mois doit être respecté depuis la dernière vaccination contre le COVID-19 ou depuis la dernière infection confirmée par le COVID-19. [Il n'est plus recommandé de procéder à une primovaccination contre le COVID-19 chez les personnes présentant un déficit immunitaire sévère, âgées de \$\geq 6\$ mois à \$< 16\$ ans, qui n'ont pas encore été vaccinées contre le COVID-19. Selon l'évaluation de la CFV, la charge de morbidité pour ce groupe cible a considérablement diminué avec l'apparition des variants Omicron du virus. Les hospitalisations liées au COVID-19 ne sont plus que rarement observées en Suisse chez les enfants et adolescents gravement immunodéficients et non vaccinés. De plus, pour la tranche d'âge comprise entre \$\geq 6\$ mois et \$< 12\$ ans, il n'existe plus de vaccin autorisé contre le COVID-19.](#)

5.2 Immunisation passive par anticorps monoclonaux pour les personnes présentant une immunodéficience sévère

En cas d'infection par le SARS-CoV-2, il convient d'envisager un traitement précoce par des antiviraux à action directe (DAA, *direct acting antivirals*) pour les patients vaccinés ou non qui présentent une immunodéficience sévère. [Durant les premières phases de la pandémie, des anticorps monoclonaux ont été utilisés pour le traitement et la prophylaxie de certaines personnes présentant une immunodéficience sévère ; toutefois, faute d'efficacité prouvée contre les variants en circulation, aucun n'est actuellement disponible et leur utilisation n'est pas recommandée.](#)

5.3 Personnes ayant subi une transplantation de cellules souches

L'indication pour la vaccination contre le COVID-19 chez les personnes de ≥ 16 ans ayant subi une transplantation autologue ou allogénique de cellules souches est déterminée par ou d'entente avec le centre de transplantation correspondant. Les considérations et recommandations suivantes

s'appuient sur l'évaluation de la *European Society for Blood and Marrow Transplantation* (EBMT) de janvier 2022 [69] et sur une revue de la littérature plus récente [70].

Il n'est **plus** recommandé de procéder à une primovaccination contre le COVID-19 chez les personnes âgées de ≥ 6 mois à < 16 ans ayant subi une transplantation de cellules souches. Selon l'évaluation de la CFV, la charge de morbidité pour ce groupe cible a considérablement diminué avec l'apparition des variants du virus Omicron. Des hospitalisations liées au COVID-19 ne sont plus que rarement observées en Suisse chez les enfants et les adolescents ayant subi une transplantation de cellules souches. De plus, pour la tranche d'âge ≥ 6 mois à < 12 ans, il n'existe plus de vaccin autorisé contre le COVID-19.

5.3.1 Moment de la vaccination et schéma vaccinal après une transplantation de cellules souches

Les recommandations suivantes s'appliquent aux personnes **de ≥ 16 ans** ayant subi une transplantation de cellules souches :

- Une primovaccination est recommandée, que la personne ait contracté le COVID-19 ou ait été vaccinée avant la TSC.
- Schéma vaccinal pour la primovaccination (« 3+1 ») : trois doses de vaccin administrées à un intervalle minimal de quatre semaines entre chacune d'elles, suivies d'une dose de rappel après six mois.
- Moment de la vaccination : la vaccination doit avoir lieu dans les trois à six mois suivant la transplantation de cellules souches. Elle déclenche une meilleure réponse immunitaire si elle est effectuée à un moment plus éloigné de la transplantation (six mois).
- Vaccins à ARNm adaptés aux variants pour la primovaccination après une TCS :
 - Pour les **personnes âgées de ≥ 30 ans**, les vaccins actuellement disponibles, *Comirnaty*® ou *Spikevax*®, sont recommandés comme équivalents.
 - Pour les **personnes âgées de 16 à 29 ans**, l'utilisation du vaccin adapté aux variants *Comirnaty*® est recommandée.
- Il n'est pas nécessaire de respecter un intervalle minimal entre la vaccination contre le COVID-19 (ARNm) et l'administration d'autres vaccins.
- Sérologie : étant donné que la mémoire immunitaire disparaît après une transplantation de cellules souches, un test sérologique pour déterminer le schéma vaccinal n'est pas indiqué. Après la troisième dose, un test sérologique peut permettre de déterminer si une réponse immunitaire a été induite.
- Vaccination annuelle : **tant que l'immunodéficience persiste**, la vaccination saisonnière avec une dose de vaccin est recommandée, comme c'est le cas pour les autres personnes présentant un risque accru de forme grave de COVID-19 (voir chapitre 1).

La vaccination doit être **retardée** :

- en cas de forme sévère de la maladie du greffon contre l'hôte (GvHD ; degré 3 - 4) ;
- en cas d'administration d'anticorps anti-CD20 ou d'autres traitements déplétifs des cellules B au cours des six derniers mois, si en dehors de la saison du SARS-CoV-2 (automne/hiver) ;
- chez les personnes au bénéfice d'une thérapie par lymphocytes T exprimant un récepteur antigénique chimérique (CAR-T) ou présentant une aplasie des cellules B dans les six mois après le traitement ;
- en cas de traitement récent avec un sérum anti-lymphocytaire (ATG) ou l'alemtuzumab.

Pour ces situations particulières, le moment idéal est déterminé en étroite collaboration avec les médecins spécialistes qui suivent le patient.

6 References

- [1] Office fédéral de la santé publique. Rapport annuel sur les virus respiratoires 2024/2025. Bull OFSP 2025, Vol. 42 : 2-16. Disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/fr/virus-respiratoires> [consulté le 08.09.2026].
- [2] Office fédéral de la santé publique. Rapport annuel sur les virus respiratoires 2025/2026. Bull OFSP 2026 (publiée le 30.09.2026). Disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/fr/virus-respiratoires>
- [3] Robert Koch Institut. STIKO : Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung 2026. Epidemiologisches Bulletin, Vol. 28 (09. Juli 2026). Disponible sur : https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/28_26.pdf?__blob=publication-File&v=3
- [4] World Health Organization (WHO). WHO Position Paper on COVID-19 vaccines– July 2026. Weekly epidemiological record, No. 30, 2026, 101, 134-151. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/abc7e160-6cd7-4762-a492-40293d4fa7b1/content>
- [5] World Health Organization (WHO). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic: 5 May 2023, Geneva [consulté le 08.09.2026]. Disponible sur : [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
- [6] Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. COVID-19 : stratégie de vaccination ; 29.11.2022. Disponible sur : <http://bag.admin.ch/covid-19-fr> [consulté le 08.09.2026].
- [7] Amati R, Frei A, Kaufmann M, Sabatini S, Pellaton C, Fehr J *et al.* Functional immunity against SARS-CoV-2 in the general population after a booster campaign and the Delta and Omicron waves, Switzerland, March 2022. Eurosurveillance 2022 ;27(31).
- [8] Frei A, Kaufmann M, Amati R, Butty Dettwiler A, Wyl V von, Annoni AM *et al.* Development of hybrid immunity during a period of high incidence of Omicron infections. International journal of epidemiology 2023 ;52(6):1696–707.
- [9] World Health Organization (WHO). WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: XFG. [Internet]. Geneva: Word Health Organization; 25 June 2025 [consulté le 08.09.2026]. Disponible sur : 25062025_xfg_ire.pdf
- [10] World Health Organization (WHO). WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: BA.3.2. [Internet]. Geneva : Word Health Organization; 5th december 2025 [consulté le 08.09.2026]. Disponible sur : 05122025_BA.3.2_IReV3
- [11] Azhar, L.E., Samkari, D.A., Hassan, A.M. *et al.* The Emergence and Characterization of SARS-CoV-2 Variant XFG (“Stratus”): Comparative Virological, Epidemiological, and Public-Health Perspectives. J Epidemiol Glob Health 16, 8 (2026).
- [12] Relan P, Motaze NV, Kothari K *et al.* Severity and outcomes of Omicron variant of SARS-CoV- 2 compared to Delta variant and severity of Omicron sublineages: a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health 2023 ;8 : e012328.
- [13] Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Fardeau de la maladie COVID-19 (état juin 2022). URL : accessible dans la section Documents du site <https://www.bag.admin.ch/covid-19-fr>.
- [14] Alhumaid, S., Alkhars, O., Algrafi, A.S. *et al.* Vaccine effectiveness across the Omicron evolutionary spectrum (BA.2, BA.5, XBB, JN.1, KP.3): a systematic review of studies published 2022–2025. BMC Infect Dis 26, 1014 (2026).
- [15] Hansen C, Soborg B, Rasmussen M *et al.* Effectiveness of the BNT162b2 LP.8.1-adapted SARS-CoV-2 vaccine against COVID-19-associated hospitalisation and death: a Danish nationwide cohort study. The Lancet Infectious Diseases, 2026; 26, e269-e270.

- [16] Vicic N, Bogdanov A, Hensler H et al. Interim Effectiveness of 2025-2026 mRNA-1283 and BNT162b2 COVID-19 Vaccines Against COVID-19-Related Outcomes Among Adults Aged ≥ 65 Years in the United States. *Infect Dis Ther*. 2026 Sep;15(9):2307-2318.
- [17] Haley J. A. et al. BNT162b2 LP.8.1 early vaccine effectiveness against COVID-19 emergency department, urgent care, and outpatient visits. *Nat Commun*. 2026 May 28;17(1):6912.
- [18] Althaus T, Overton CE, Devaux I et al. How effective is the BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 transmission and infection? A national programme analysis in Monaco, July 2021 to September 2022. *BMC Med*. 2024 Jun 5;22(1):227.
- [19] Benist SC, Smith-Jeffcoat SE, Talbot HK et al. Recent COVID-19 Vaccination and Risk of SARS-CoV-2 Transmission. *JAMA Netw Open*. 2026 May 1;9(5):e2612609.
- [20] Mongin D, Bürgisser N, Laurie G et al. Effect of SARS-CoV-2 prior infection and mRNA vaccination on contagiousness and susceptibility to infection. *Nat Commun*. 2023 Sep 6;14(1):5452.
- [21] European Medicines Agency (EMA). Emergency Task Force ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target XFG variant [Internet]. Amsterdam, 29 May 2026 [consulté le 08.09.2026]. Disponible sur : [ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target XFG variant | European Medicines Agency \(EMA\)](#)
- [22] U.S. Food & Drug agency (FDA). COVID-19 Vaccines (2026-2027 Formula) for Use in the United States Beginning in Fall 2026 [Internet]. US, 29 May 2026. [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/industry-biologics/covid-19-vaccines-2026-2027-formula-use-united-states-beginning-fall-2026>
- [23] World Health Organization (WHO). Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines [Internet]. Geneva: WHO 16 May 2026 [abgerufen am 08.09.2026]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news/item/16-05-2026-statement-on-the-antigen-composition-of-covid-19-vaccines>
- [24] Blakney AK, Top KA, Cowling BJ, Larson HJ, Shattock RJ, Sadarangani M. Safety and efficacy of mRNA vaccines: a mechanistic and public health perspective. *Lancet*. 2026 Jul 18;408(10551):275-288.
- [25] Happle C, Hoffmann M, Stankov MV, Nehlmeier I, Eichmann A, Witte T, Manthey L, Pöhlmann S, Dopfer-Jablonka A, Behrens GMN. Effects of LP.8.1-adapted mRNA vaccination on SARS-CoV-2 variant neutralisation. *Lancet Infect Dis*. 2026 Jan;26(1):e3-e5.
- [26] Dadhe R, Gayed J, Iqbal M, Solan R et al. A Study to Investigate the Safety and Immunogenicity of Monovalent Omicron LP.8.1-Adapted BNT162b2 COVID-19 Vaccine in Adults ≥ 65 Years of Age and High-Risk Adults 18-64 Years of Age (Preliminary Results). *Vaccines (Basel)*. 2026 Apr 15;14(4):350.
- [27] U.S. Food&Drug Agency (FDA). Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee. Meeting Presentation - 2026-2027 COVID-19 Vaccine Formula: Pfizer/BioNTech Supportive Data [Internet] May 28, 2026 [consulté le 08.09.2026]. Disponible sur : <https://www.fda.gov/media/192765/download>
- [28] Wiegand RE, Chickery S, Yang DH et al. Interim Estimated Effectiveness of 2025-2026 COVID-19 Vaccines in Adults Using a Test-Negative Design. *JAMA Netw Open*. 2026 Jun 1;9(6): e2625152.
- [29] Gram MA, Thieson EM, Pihlström N, Perälä J, Poukka E, Leino T, Ljung R, Andersson NW, Hviid A. Comparative effectiveness of bivalent BA.4-5 or BA.1 mRNA booster vaccines among immunocompromised individuals across three Nordic countries: A nationwide cohort study. *J Infect*. 2024 Oct;89(4):106261.
- [30] Tenforde MW, Weber ZA, Natarajan K et al. Early Estimates of Bivalent mRNA Vaccine Effectiveness in Preventing COVID-19-Associated Emergency Department or Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Immunocompetent Adults - VISION Network, Nine States, September-November 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023 Mar 17;71(53):1637-1646.

- [31] Ballouz T, Menges D, Kaufmann M, Amati R, Frei A, von Wyl V, Fehr JS, Albanese E, Puhon MA. Post COVID-19 condition after Wildtype, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 infection and prior vaccination : Pooled analysis of two population-based cohorts. PLoS One. 2023 Feb 22 ;18(2) : e0281429.
- [32] Diexer S, Klee B, Gottschick C, Xu C, Broda A, Purschke O, Binder M, Frese T, Girndt M, Hoell JI, Moor I, Gekle M, Mikolajczyk R. Association between virus variants, vaccination, previous infections, and post-COVID-19 risk. Int J Infect Dis. 2023 Nov ; 136 : 14-21.
- [33] Hou Y, Gu T, Ni Z, Shi X, Ranney ML, Mukherjee B. Global Prevalence of Long COVID, Its Subtypes, and Risk Factors: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. Open Forum Infect Dis. 2025 Aug 30 ; 12(9) : ofaf533.
- [34] Green R, Marjenberg Z, Lip GYH, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Vaccination on Prevention of Long COVID. Nature Communications. 2025 ; 16 :10326.
- [35] Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Directives et recommandations : Recommandations pour la vaccination contre le COVID-19. 02.10.2023 URL: accessible dans la section Documents du site [https:// www.bag.admin.ch/covid-19-fr](https://www.bag.admin.ch/covid-19-fr).
- [36] Scott J, Abers MS, Marwah HK et al. Updated Evidence for Covid-19, RSV, and Influenza Vaccines for 2025-2026. N Engl J Med. 2025 Dec 4 ; 393(22) : 2221-2242.
- [37] Hause AM, Gee J, Baggs J et al. COVID-19 Vaccine Safety in Adolescents Aged 12-17 Years - United States, December 14, 2020-July 16, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021 Aug 6;70(31):1053-1058.
- [38] Hause AM, Baggs J, Marquez P et al. Safety Monitoring of COVID-19 Vaccine Booster Doses Among Persons Aged 12-17 Years - United States, December 9, 2021-February 20, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022 Mar 4 ; 71(9) : 347-351.
- [39] Ali K, Berman G, Zhou H et al. Evaluation of mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine in Adolescents. N Engl J Med. 2021 Dec 9 ; 385(24) : 2241-2251.
- [40] Figueroa AL, Torres D, Reyes-Acuna C et al. Safety and immunogenicity of a single-dose omicron-containing COVID-19 vaccination in adolescents : an open-label, single-arm, phase 2/3 trial. Lancet Infect Dis. 2025 Feb ; 25(2):208-217.
- [41] Pan Y, Han Y, Zhou C, Zhao L, Zheng J, Ye X, He Y ; N3C Consortium. Evaluating the safety of XBB.1.5-containing COVID-19 mRNA vaccines using a self-controlled case series study. Nat Commun. 2025 Jul 15 ;16(1) :6514.
- [42] Andersson NW, Thieson EM, Hviid A. Safety of JN.1-Updated mRNA COVID-19 Vaccines. JAMA Netw Open. 2025 Jul 1 ;8(7) : e2523557.
- [43] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines in the United States. 5. Contraindications and Precautions. (Updated on 4th of November 2024) [consulté le 07.09.2026]. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/covid/hcp/vaccine-considerations/contraindications-precautions.html>
- [44] Zhou SM, Ahmadi H, Huo L, et al. COVID-19 and pregnancy: a comprehensive study of comorbidities and outcomes. BMC Public Health. 2024 Nov 13 ;24(1):3157.
- [45] Smith ER, Oakley E, Grandner GW et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection : an individual participant data meta-analysis. BMJ Glob Health. 2023 Jan ;8(1) : e009495.
- [46] Deng J, Ma Y, Liu Q et al. Association of Infection with Different SARS-CoV-2 Variants during Pregnancy with Maternal and Perinatal Outcomes : A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Nov 29 ;19(23) :15932.
- [47] Günther J, Ziert Y, Andresen K et al. Variability in COVID-19 symptom presentation during pregnancy and its impact on maternal and infant outcomes across the pandemic. Int J Infect Dis. 2024 Sep ;146 :107157. doi : 10.1016/j.jid.2024.107157.

- [48] Favre G, Maisonneuve E, Pomar L, et al. ; French and Swiss COVI-PREG group. Maternal and perinatal outcomes following pre-Delta, Delta, and Omicron SARS-CoV-2 variants in infection among unvaccinated pregnant women in France and Switzerland : a prospective cohort study using the COVI-PREG registry. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Mar ; 26 :100569.
- [49] Örtqvist AK, Magnus MC, Aabakke AJM et al. Severe COVID-19 during pregnancy in Sweden, Norway, and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023 Jun ; 102(6) : 681-689.
- [50] Magnus MC, Örtqvist AK, Urhoj SK, Aabakke A, Mortensen LH, Gjessing H, Nybo Andersen AM, Stephansson O, Håberg SE. Infection with SARS-CoV-2 during pregnancy and risk of stillbirth: a Scandinavian registry study. *BMJ Public Health*. 2023 Oct 25 ;1(1) : e000314.
- [51] Fernández-García S, Del Campo-Albendea L, Sambamoorthi D, et al. Effectiveness and safety of COVID-19 vaccines on maternal and perinatal outcomes : a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2024 Apr 4;9(4): e014247.
- [52] McClymont E, Blitz S, Forward L, Cole S, et al. The Role of Vaccination in Maternal and Perinatal Outcomes Associated With COVID-19 in Pregnancy. *JAMA*. 2026 Jan 13 ;335(2):154-162.
- [53] Villar J, Soto Conti CP, Gunier RB, et al. Pregnancy outcomes and vaccine effectiveness during the period of omicron as the variant of concern, INTERCOVID-2022 : a multinational, observational study. *Lancet*. 2023 Feb 11;401(10375):447-457.
- [54] Ciapponi A, Berrueta M, Argento FJ, Ballivian J, et al. Safety and Effectiveness of COVID-19 Vaccines During Pregnancy : A Living Systematic Review and Meta-analysis. *Drug Saf*. 2024 Oct ; 47(10) : 991-1010.
- [55] Gereade A, Daskalakis G, Mikos T, et al. Safety of COVID-19 Vaccination in Pregnancy : A Systematic Review. *Diagnostics (Basel)*. 2024 Aug 14 ;14(16) : 1775.
- [56] Norman M, Magnus MC, Söderling J, et al. Neonatal Outcomes After COVID-19 Vaccination in Pregnancy. *JAMA*. 2024 Feb 6 ; 331(5) :396-407.
- [57] Cardemil CV, Cao Y, Posavad CM, et al. Maternal COVID-19 Vaccination and Prevention of Symptomatic Infection in Infants. *Pediatrics*. 2024 Mar 1;153(3) : e2023064252.
- [58] Statens Serum Institut (Danemark). Autumn vaccination program against influenza and COVID-19, 2025. Updated 30 october 2025 [Internet]. [consulté le 07.09.2026]. Disponible sur : <https://en.ssi.dk/news/epi-news/2025/no-39---2025>
- [59] Favre G, Maisonneuve E, Pomar L, et al. Risk of congenital malformation after first trimester mRNA COVID-19 vaccine exposure in pregnancy: the COVI-PREG prospective cohort. *Clin Microbiol Infect*. 2023 Oct ;29(10) :1306-1312.
- [60] Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations de vaccination avant et après transplantation d'organe solide. *Bulletin OFSP* 2014(8) : 155-8.
- [61] Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination des personnes souffrant de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou d'autres maladies gastro-intestinales à médiation (auto-)immune : principes et recommandations. *Bulletin OFSP* 2017(50) : 28-31.
- [62] Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations pour la vaccination des patients receveurs de cellules souches hématopoïétiques. *Bulletin OFSP* 2024 (8) : 159-161.
- [63] Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination des personnes avec maladies rhumatismales auto-immunes inflammatoires : résumé des principes et recommandations. *Bulletin OFSP* 2012 (21) : 363 – 70.
- [64] Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination des personnes atteintes d'une maladie neuro-immunologique : principes et recommandations. Berne, office fédéral de la santé publique 2016.
- [65] Office fédéral de la sante publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination des personnes avec maladies rhumatismales auto-immunes inflammatoires : résumé des principes et recommandations. *Bulletin OFSP* 2014(8) : 159-61.

- [66] Alfonso-Dunn R, Lin J, Kirschner V, Lei J, Feuer G, Malin M et al. Strong T-cell activation in response to COVID-19 vaccination in multiple sclerosis patients receiving B-cell depleting therapies. *Frontiers in immunology* 2022;13: 926318.
- [67] Riise J, Meyer S, Blaas I, Chopra A, Tran TT, Delic-Sarac M et al. Rituximab-treated patients with lymphoma develop strong CD8 T-cell responses following COVID-19 vaccination. *British journal of haematology* 2022;197(6):697–708.
- [68] Atanackovic D, Luetkens T, Omili D, Iraguha T, Lutfi F, Hardy NM et al. Vaccine-induced T-cell responses against SARS-CoV-2 and its Omicron variant in patients with B cell-depleted lymphoma after CART therapy. *Blood* 2022;140(2):152–6.
- [69] European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). EBMT Covid-19 Vaccine Information - 3 January 2022 [Internet]. [Consulté le 07.09.2026]. Disponible sur : [COVID vaccines version 8.3 - 2022-01-03.pdf](#).
- [70] Silva-Pinto A, et al. Vaccination After Haematopoietic Stem Cell Transplant: A Review of the Literature and Proposed Vaccination Protocol. *Vaccines (Basel)*. 2024 Dec 23;12(12) : 1449.

Annex 1. Liste de catégories : personnes qui présentent un risque élevé de forme grave de COVID-19 en raison d'une maladie préexistante

L'OFSP tient compte de l'état actuel des connaissances scientifiques et des évaluations des sociétés médicales suisses.

Les personnes âgées de ≥ 16 ans atteintes des maladies chroniques suivantes présentent, par rapport à la population générale du même âge, un risque plus élevé de développer un COVID-19 ou des complications.

1. Hypertension artérielle

- Hypertension artérielle avec atteinte d'organes cibles
- Hypertension artérielle résistante au traitement

2. Maladies cardio-vasculaires

2.1 Critères généraux

- Patients avec dyspnée de classe fonctionnelle NYHA II-IV et NT-Pro BNP > 125 pg/ml ;
- Patients ayant au moins deux facteurs de risques cardiovasculaires (dont du diabète ou de l'hypertension artérielle)
- Antécédent d'attaque cérébrale et/ou de vasculopathie symptomatique
- Insuffisance rénale chronique (stade 3, DFG < 60 ml/min)

2.2 Autres critères

2.2.1 Maladie coronarienne

- Infarctus du myocarde (STEMI et NSTEMI) au cours des douze derniers mois
- Syndrome coronarien chronique symptomatique malgré un traitement médical (indépendamment de toute revascularisation préalable)

2.2.2 Maladie des valves cardiaques

- Sténose modérée ou sévère et/ou régurgitation associée à au moins un critère général
- Tout remplacement valvulaire chirurgical ou percutané associé à au moins un critère général

2.2.3 Insuffisance cardiaque

- Patients ayant une dyspnée de classe fonctionnelle NYHA II-IV ou NT-Pro BNP > 125 pg/ml
- Cardiomyopathie de toute origine
- Hypertension artérielle pulmonaire

2.2.4 Arythmie

- Fibrillation atriale avec un score CHA2DS2-VASc d'au moins 2 points
- Implantation préalable d'un stimulateur cardiaque (y c. implantation d'un appareil d'ICD et/ou de CRT) associée à un critère général

2.2.5 Adultes atteints d'une maladie cardiaque congénitale

- Maladie cardiaque congénitale selon l'évaluation individuelle par le cardiologue traitant

3. Diabète

- Diabète sucré, avec complications tardives ou HbA1c ≥ 8 %

4. Maladies pulmonaires et respiratoires chroniques

- Maladies pulmonaires obstructives chroniques, stades II-IV de GOLD
- Emphysème pulmonaire
- Asthme bronchique non contrôlé, notamment sévère
- Maladies pulmonaires interstitielles / fibrose pulmonaire
- Cancer actif des poumons

- Hypertension artérielle pulmonaire
- Maladie vasculaire pulmonaire
- Sarcoïdose active
- Mucoviscidose
- Infections pulmonaires chroniques (mycobactérioses atypiques, bronchectasies, etc.)
- Patients sous assistance respiratoire
- Maladies associées à une capacité pulmonaire fortement réduite

5. Maladies / traitements qui affaiblissent le système immunitaire

- Immunosuppression sévère (p. ex. infection à VIH avec un nombre de cellules T CD4+ < 200/ μ l)
- Neutropénie (< 1000 neutrophiles/ μ l) pendant $\geq$ 1 semaine
- Lymphocytopénie (< 200 lymphocytes/ μ l)
- Immunodéficiences héréditaires
- Prise de médicaments qui répriment les défenses immunitaires (p. ex. prise de glucocorticoïdes durant une longue période [une dose équivalente de prednisolone > 20 mg/jour], anticorps monoclonaux, cytostatiques, produits biologiques, etc.)
- Lymphomes agressifs (tous les types)
- Leucémie lymphatique aiguë
- Leucémie myéloïde aiguë
- Leucémie aiguë promyélocytaire
- Leucémie prolymphocytaire T
- Lymphome primitif du système nerveux central
- Transplantation de cellules souches
- Amyloïdose (amyloïdose à chaînes légères [AL])
- Leucémie lymphatique chronique
- Myélome multiple
- Drépanocytose
- Greffe de moelle osseuse
- Greffe d'organes
- Personnes sur liste d'attente en vue d'une greffe

6. Cancer

- Cancer sous traitement médical (dont lymphome, leucémie, myélome multiple).

7. Obésité

- Patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) d'au moins 35 kg/m²

8. Maladies hépatiques

- Cirrhose du foie

9. Maladies rénales

- Insuffisance rénale chronique avec DFG < 60ml/min

Impressum

Editeur

Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Maladies transmissibles

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Case postale
3003 Berne
info-mt@bag.admin.ch
bag.admin.ch/

Date de publication

28 septembre 2026